



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN-MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINAR (FAREM-CHONTALES)
“Cornelio Silva Arguello”

**TESIS DOCTORAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN EDUCACIÓN E
INTERVENCIÓN SOCIAL**
(II EDICIÓN)

Título

**Organización comunitaria para el cuidado de la salud pública: experiencia de la
comarca San Diego II y Barrio México del Municipio La Paz del Departamento
de Carazo (2020-2021)**

Autor: MSc. Ramón Ignacio López García

Director: Dr. Marvin Antonio Villalta Orozco

Managua, enero, 2022



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

“2022. Vamos por más Victorias Educativas”

Dr. Tony Romero
Coordinador
Programa de Doctorado en Educación e Intervención Social.
Facultad Regional Multidisciplinar FAREM-chontales
Sus manos

Estimado Dr. Romero, reciba saludos cordiales.

Sirva la presente para extender carta aval del Trabajo titulado **Organización comunitaria para el cuidado de la salud pública: experiencia de la comarca San Diego II y Barrio México del municipio La Paz del departamento de Carazo (2020-2021)**, que el Doctorante, MSc. Ramón Ignacio López García presenta, como tutor me permito hacer las siguientes anotaciones:

El trabajo desarrollado por el postulante posee originalidad científica, consistencia teórico metodológica, y claridad en la discusión y presentación de sus resultados. Aborda los procesos organizativos desarrollados por las comunidades en estudio, desde la visión de los propios involucrados, teniendo en cuenta, *conceptos claves como organización y participación comunitaria y el capital social, intervención comunitaria, Salud Pública, empoderamiento*; lo que permite posicionarse como un referente epistémico a nivel nacional para fortalecer la Salud Pública y la atención al desarrollo en las comunidades.

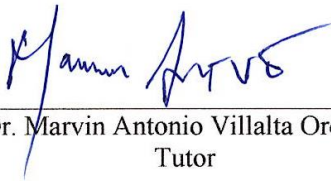
El master López combina el enfoque educativo, la prevención de Salud y la intervención comunitaria como base para obtener resultados que les permitirán a las nuevas generaciones de maestrantes y doctorantes, tener referentes científicos y académicos para el desarrollo de sus propuestas de investigación.

Como fortaleza metodológica muestra un acercamiento continuo a las comunidades en estudio, logrando insertarse a ambas comunidades a través de las autoridades municipales y luego desarrollando empatía con los líderes locales de ambas comunidades en estudio, luego aplica sus instrumentos y desarrolla una serie de encuentros talleres, que le permiten recopilar y validar información, a ello, le suma el análisis de fuentes documentales que muestran datos de la región en estudio y el análisis de los propios datos recopilados.

Como producto de ello, se obtienen resultados originales y en su redacción se muestra fortaleza y claridad en cada uno de sus argumentos; describiendo las prácticas organizativas familiares y comunitarias que la población usa para la prevención y mitigación de los problemas de salud pública en ambos espacios de estudio. De igual manera desentraña las afectaciones en la salud pública presentes en la comarca San Diego II y Barrio México y finalmente diseña una propuesta metodológica sustentada sobre la base de las prácticas de organización comunitaria, lo que permite el fortalecimiento y manejo adecuado de la salud pública territorial; siendo este un aporte fundamental del trabajo de investigación del postulante.

Por tanto, me es grato avalar esta novedosa propuesta de estudio apta para ser presentada y defendida ante el honorable tribunal académico que el Programa de Doctorado designe.

Con respeto y fraternidad, atentamente.



Dr. Marvin Antonio Villalta Orozco.
Tutor

Glosario de siglas

COVID-19: Coronavirus

GRUN: Gobierno de Reconstrucción y Unidad Nacional

INIDE: Instituto Nicaragüense de Información de Desarrollo

INIFOM: Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal

MINED: Ministerio de Educación

MINSA: Ministerio de Salud

MOSAFC: Modelo de Salud Familiar y Comunitario

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNDH: Programa Nacional de Desarrollo Humano

RURD: Recinto Universitario Rubén Darío

UNAN-Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

DEDICATORIA

A mi Madre Elsa García Reyes

"Mujer valiente y de hermoso corazón, que ha sabido cuidar mi salud y me ha enseñado a ser constante en el logro de mis metas, sin perder la humildad"

Gracias Mama Elsa

A mi Amigo Osbaldo Acevedo (Q.E.P.D.)

"Entrañable compañero del doctorado, que nos recordó siempre la importancia de un desafío y que todo es mejorable. Gracias por tus aportes en el campo de la cultura, la amistad y la docencia. Si nosotros lo logramos... vos también amigo"

AGRADECIMIENTOS

A nuestra comprometida Alma Mater, la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-Managua), que me ha brindado la oportunidad y el espacio para continuar mi formación humana y profesional. En especial, a nuestros docentes y personal administrativo-logístico de la Facultad Regional Multidisciplinar (FAREM-Chontales), por la conducción del programa doctoral en Educación e Intervención Social.

A la Universidad Pablo de Olavide (UPO) de Sevilla, España, por el acompañamiento brindado en nuestro proceso formativo, particularmente a los docentes que nos apoyaron durante los diferentes cursos en la formación doctoral.

A mi familia, esposa, hermanos y hermanas, padres, sobrinos y sobrinas, tíos y tías. Gracias por animarme en todo momento y comprender mis ausencias necesarias para alcanzar esta meta.

A mis compañeros y compañeras del doctorado. Gracias por compartir sus experiencias y sus conocimientos tan importantes para lograr espacios de discusión y aprendizaje colectivo. De forma exclusiva a Maestra Zenayda Suárez, gracias por creer en mí y apoyarme en esta inolvidable etapa en que fuimos estudiantes.

A los líderes, pobladores y autoridades del municipio La Paz del municipio de Carazo. De forma singular, a los del barrio México y a los de la comarca San Diego II. En especial a la compañera Karla Licinia Delgado, por su excelente gestión y aporte desde la municipalidad.

Al genial equipo de estudiantes, docentes y egresados de la carrera de Trabajo Social de la UNAN-Managua y de la FAREM-Carazo, que con mucho empeño colaboraron en los diferentes momentos del proceso metodológico de la presente investigación.

A mi equipo de trabajo, el colectivo de Trabajo Social de la UNAN-Managua y el rol de tutor facilitado por el Doctor Marvin Villalta.

CRÉDITOS

Redacción y conducción de campo:

MSc. Ramón Ignacio López García.

Dirección Metodológica:

Dr. Marvin Villalta Orozco.

Revisión y Edición:

MSc. Karolay Morales López.

Asistencia logística y motivación comunitaria:

MSc. Karla Licinia Delgado.

Kristhel María Cano Salazar.

Meyling Herrera Vásquez.

Juan Francisco López.

Asistencia en fase exploratoria

Lic. Yahoska Pérez López.

Asistencia en fase cuantitativa:

Lic. Valeska Mendoza Rivera.

Lic. Heydy Guadalupe Fuentes.

Asistencia en fase cualitativa:

Loanna Auxiliadora Gutiérrez Gómez.

Mónica Vanessa Vega López.

María Fernanda Ramos Conrado.

Emeling Paola Calero García.

Kevin Valverde Díaz.

María Isabel García Alemán.

Carla María Echaverry.

Sheyla Carolina Angulo Ortiz.

Contenido

| | |
|--|-----------|
| I. CONTEXTO Y ÁMBITO | 1 |
| 1.1. <i>Introducción.....</i> | 1 |
| 1.2. <i>Justificación de la investigación</i> | 2 |
| 1.3. <i>Delimitación del objeto de estudio.....</i> | 4 |
| 1.4. <i>Matriz de descriptores</i> | 7 |
| 1.5. <i>Objetivos de investigación.....</i> | 9 |
| 1.5.1. <i>Objetivo General.....</i> | 9 |
| 1.5.2. <i>Objetivos Específicos</i> | 9 |
| II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN | 10 |
| 2.1. <i>Antecedentes investigativos.....</i> | 10 |
| 2.2. <i>Aspectos contextuales de la investigación</i> | 13 |
| 2.3. <i>Aspectos teóricos de la investigación.....</i> | 16 |
| 2.3.1. <i>Aproximaciones sobre la Organización comunitaria</i> | 16 |
| 2.3.2. <i>Comprensión de las ideas sobre Salud Pública.....</i> | 28 |
| 2.3.3. <i>Métodos y modelos de intervención para el cuidado de la Salud Pública.....</i> | 33 |
| 2.3.4. <i>Posicionamiento sobre los aspectos teóricos referidos</i> | 36 |
| III. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... | 39 |
| 3.1. <i>Metodología de investigación.....</i> | 39 |
| 3.2. <i>Sujetos de la investigación.....</i> | 41 |
| 3.3. <i>Instrumentos de recolección de información</i> | 41 |
| 3.3.1. <i>Fases de la investigación, muestras e instrumentos correspondientes.....</i> | 41 |
| 3.3.2. <i>Técnicas e instrumentos del proceso investigativo</i> | 48 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 3.4. | <i>Técnicas de análisis</i> | 50 |
| 3.4.1. | Tratamiento de los datos | 50 |
| 3.4.2. | Análisis de información | 51 |
| 3.4.3. | Plan de análisis..... | 51 |
| 3.5. | <i>Elaboración de informe de investigación</i> | 53 |
| IV. | RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN | 55 |
| 4.1. | <i>Organización comunitaria para la salud pública</i> | 55 |
| 4.1.1. | Prácticas organizativas familiares y comunitarias..... | 55 |
| 4.1.2. | Prácticas organizativas comunitarias..... | 63 |
| 4.1.3. | El Empoderamiento en los procesos de organización comunitaria..... | 84 |
| 4.1.4. | Formas del capital social | 94 |
| 4.2. | <i>Afectaciones en la salud pública presente en las comunidades en estudio</i> | 103 |
| 4.2.1. | La Salud Pública en su método y modelo de comprensión | 103 |
| 4.2.2. | Problemas de salud identificados tendencialmente. | 105 |
| 4.2.3. | El sistema de dispensarización como elemento preventivo | 108 |
| 4.2.4. | Enfermedades crónicas en el municipio La Paz, Carazo..... | 119 |
| 4.2.5. | Las causas de hospitalización en el municipio | 122 |
| 4.2.6. | Comportamiento de enfermedades epidémicas | 124 |
| 4.2.7. | Comportamiento de Enfermedades Infecciosas | 125 |
| 4.2.8. | Valoración de los problemas de salud presente | 125 |
| 4.2.9. | Potencial comunitario para enfrentar los problemas de salud. | 126 |
| 4.3. | <i>Propuesta metodológica organizativa</i> | 133 |
| 4.3.1. | Objetivos de la propuesta | 134 |
| 4.3.2. | Matriz de la propuesta metodológica | 135 |
| 4.3.3. | Estrategia de acompañamiento para el fortalecimiento organizativo de las comunidades en función del cuidado de la salud. | 142 |

| | |
|--|------------|
| V. CONCLUSIONES..... | 147 |
| 5.1. <i>Conclusiones.....</i> | 147 |
| 5.2. <i>Los logros de la investigación</i> | 148 |
| 5.3. <i>Limitaciones de la investigación</i> | 150 |
| VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 151 |
| VII. ANEXOS..... | 154 |

INDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|--|-----|
| Ilustración 1: Organización de jornada de vacunación en casa de las comunidades..... | 69 |
| Ilustración 2: Prácticas organizativas para el cuidado de la salud..... | 81 |
| Ilustración 3: Relación de dialéctica y empoderamiento en la vida cotidiana. | 90 |
| Ilustración 4: Elementos que limitan el proceso de empoderamiento en las comunidades..... | 93 |
| Ilustración 5: Principales causas de las enfermedades más comunes en las comunidades San Diego II y Bº México, La Paz, Carazo..... | 115 |
| Ilustración 6: Esquema resumen del potencial comunitario para enfrentar los problemas de salud en las comunidades en estudio..... | 132 |

I. CONTEXTO Y ÁMBITO

1.1. Introducción

Nicaragua es un país con una historia ejemplar en temas de desarrollo comunitario, basados en la estrategia práctica de la organización comunitaria. Sin embargo, en los últimos años y debido al efecto de la implementación de las políticas neoliberales en las que el país estuvo sumergido durante diecisiete años¹ (1990-2006), la preocupación por resolver los asuntos colectivos² vio reducido su interés, incluso dentro de los roles estatales. Este hecho, aunado a un nuevo contexto nacional, anima a revisar la experiencia de organización comunitaria existente en las localidades, con la intención de encontrar una propuesta para la mejora de la aplicación de los procesos territoriales que dinamicen la solución a los problemas, en especial los relacionados con la salud pública comunitaria, que resulta clave para el buen desarrollo de las familias nicaragüenses.

Este proceso de investigación e inserción de la propuesta, se enfoca en la práctica y contexto de dos territorios del municipio de La Paz, Carazo (Comarca San Diego II y Barrio México), aprobados por en consenso con el consejo municipal de La Paz, municipio del departamento de Carazo, en la zona sur de Nicaragua.

El interés investigativo en el área de la organización comunitaria con miras a la mejora de la salud pública de las comunidades seleccionadas en este estudio, es de mucha utilidad para identificar concretamente propuestas de desarrollo metodológico-organizativo, que permitan la estructuración de un plan de acción o lineamientos genéricos que retomen un ciclo de organización, en el que, tanto la

¹ Este proceso fue producto del giro neoliberal y el desmantelamiento del Estado, como producto del interés de las políticas mercadológicas promovidas por el “consenso de Washington”, especialmente en la década de los años noventa.

² Debe comprenderse el tema de la colectividad, como una estrategia de trabajo y resultado común que beneficia a la población, donde la suma de todos es el resultado para todos. Una propuesta totalmente opuesta con el individualismo.

participación como el empoderamiento comunitario sean las bases fundamentales para el cuidado y la prevención de los problemas existentes en los territorios en su nivel particular.

La salud pública es un garante de la estabilidad física y emocional de las personas en una comunidad, y trabajar por su conservación, debe ser una tarea educativa y preventiva de la que nos podamos apropiar para mantenerla y dimensionarla a todos los campos de la vida humana.

En tal sentido, el estudio persigue el reconocimiento de las formas y prácticas que desarrollan las comunidades, el análisis de sus limitaciones y potencialidades organizativas, la identificación de problemáticas concretas en el campo de la salud, para poder incursionar en el nivel propositivo, apuntando al fortalecimiento de los modelos de trabajo organizativo local.

Para esta labor, el estudio contempla varias fases, la más importante, relacionada con el proceso de recopilación de información que ha tenido un momento cuantitativo y otro más cualitativo, que sea útil en la comprensión de la realidad del objeto de estudio.

1.2. Justificación de la investigación

La salud pública en Nicaragua es un área de suma importancia para el desarrollo local y nacional, porque es un tema que se encuentra inserto en los objetivos de desarrollo de corte internacional, valorado como un indicador esencial del desarrollo humano. Definido en el objetivo 4, 5 y 6 de los ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio) planificados al 2015, referidos ampliamente a aspectos de salud, y hoy en el objetivo 3 de los ODS (Objetivos de Desarrollo Sustentable) “Salud y Bienestar” contemplados en la agenda 2030. Cada uno de esos objetivos se han venido incorporando en el marco nacional, auxiliados principalmente por las instancias correspondientes (Ministerio de Salud), y están siendo retomados en los lineamientos de trabajo y ejes principales, primero en el Plan Nacional de Desarrollo

Humano (al 2017) y el Programa Nacional de Desarrollo (2018-2021) que organiza el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN).

Una de las tareas básicas para alcanzar buenos resultados en la gestión de la salud pública local, es apostar en las estrategias de organización comunitaria caracterizadas no solo por la respuesta a los problemas de salud, sino también, por la prevención necesaria para una mejor condición de salud en las comunidades.

La investigación propuesta en este ámbito y con un enfoque de acción, tiene la siguiente utilidad:

- En primera instancia, permite identificar una propuesta de corte participativo, que permita gestionar de mejor manera el cuidado de la salud pública territorial.
- Otro aspecto relevante de la investigación, es que aporta a los objetivos del programa nacional de desarrollo (2018-2021) en el campo de las políticas sociales nicaragüenses, específicamente en el área de la salud, contemplada en el capítulo I: Desarrollo Social y las acciones del inciso B: Salud en todas sus modalidades.
- La investigación, retoma el tema de la salud pública desde dimensiones integrales que reconocen la salud, más allá de su concepto biológico y psicológico. Además, busca un enfoque más sistémico socio-ambiental, en el que la persona humana es clave para la definición de las transformaciones territoriales.
- Permite, además estructurar, validar y pilotar una propuesta metodológica para fortalecer la organización comunitaria en aras de la mejora de la salud pública desde ese enfoque sistémico, socio-ambiental.

- La propuesta identificada busca ser transferible o replicable a otras comunidades, como producto científico social que recree en las instituciones y población interesada una oportunidad para el desarrollo territorial.
- Desde la academia científica, acuerpados en la formación profesional y recurriendo a las funciones de extensión universitaria de la universidad pública de Nicaragua, la investigación apoya el fortalecimiento de las capacidades territoriales del municipio, donde se ha puesto en marcha el proceso, con la intención de recuperar experiencias de trabajo comunitario que dirigen sus esfuerzos en el cuidado de la salud pública y aportando así, en la identificación de propuestas de organización comunitaria en términos locales.

1.3. Delimitación del objeto de estudio

Existen varios factores que afectan la participación e integración de la comunidad en los procesos del cuidado y prevención de los problemas de salud. Estos a su vez, intervienen de forma negativa en la condición organizativa local que limita el desarrollo humano adecuado en la microlocalización.

Nicaragua tiene una vasta experiencia en procesos de organización comunitaria para resolver problemáticas de cualquier índole. Su tradición de compromiso y efectiva planificación territorial desde los años ochenta en el contexto de la primera Revolución sandinista, ha permitido que la riqueza interpretativa de sus problemas sea tomada con madurez y revertida a la solución, a través de procesos organizativos comunitarios.

Una de las mayores tareas y a la vez beneficio de estar organizados en las comunidades, es la acción preventiva, dado que el ciclo de la organización comunitaria en torno a la salud pública, se alcanza únicamente con procesos de apropiación y educación de la población en todos sus niveles.

Sin embargo, en los últimos años estos procesos dejaron de sistematizarse y la cultura moderna privada, influyó en la individualización de la vida, sobre todo en las nuevas generaciones, modificando su cultura organizativa frente a los problemas sociales. Entre estos problemas, la atención de la salud pública que se presenta como básica para el desempeño diario de la población en sus tareas locales.

Dado esta situación y con la existencia de programas nacionales de salud en el que se incluyen modelos de atención comunitaria, se encontró la necesidad de estudiar el entorno y la lógica de la participación de la comunidad, además de su empoderamiento en los procesos actuales, dicho sea de paso, se encuentran poco dirigidos al área de la prevención y muy vinculados al funcionamiento institucional de las unidades de salud más próximas a las comunidades.

El estudio de las prácticas organizativas familiares y comunitarias, en torno a la salud pública de las comunidades, genera pistas para el engranaje de una propuesta útil para el trabajo de base en el marco local, que ayude a una relación más amigable con los medios de sobrevivencia, con el medio ambiente y entre la misma población, destacando una experiencia del buen vivir, a expensas de que la salud pública debe verse como un objeto de estudio más allá de la atención directa a las enfermedades de carácter biológico, para alcanzar una conexión equilibrada con el medio.

Al respecto, se plantean algunas inquietudes que han sido guía efectiva en el desarrollo del estudio y la exploración de conocimientos para proponer una línea de intervención social.

Estas interrogantes son:

¿Qué prácticas organizativas tienen las familias y las comunidades para prevenir los problemas de salud pública?

¿Cuáles son los principales problemas de salud que afectan a las comunidades estudiadas?

¿Cuáles son las acciones organizativas que permiten la mejora de la salud pública de las comunidades?

Una vez planteadas estas interrogantes, es necesario tener presente que el estudio no está planificado para la comprobación de hipótesis, sino más bien, se trata de un ejercicio de carácter cualitativo en el que la medición no es la característica de relevancia. Por el contrario, lo que se requiere es que exista una descripción de los principales aspectos categóricos que se estudian en el plano práctico. Sin menospreciar, los aportes significativos de aspectos cuantitativos que se contemplan como recurso auxiliar, en la explicación de los resultados.

1.4. Matriz de descriptores

| Objetivos | Variables / categorías | Concepto de la variable o categoría | Sub variable o subcategoría | Técnicas a utilizar |
|--|---------------------------------|---|--|--|
| <p>Describir las prácticas organizativas familiares y comunitarias utilizadas para el cuidado de la salud pública.</p> | <p>Organización comunitaria</p> | <p>Las estrategias de movilización de la comunidad en torno a intereses comunes, implicando procesos de participación, empoderamiento y prácticas de organización familiar y comunitaria.</p> | <p>Prácticas organizativas familiares y comunitarias</p> <p>Participación comunitaria</p> <p>Empoderamiento</p> <p>Formas del capital social</p> | <p>Encuesta a pobladores de las comunidades / Observación</p> <p>Encuesta a pobladores de las comunidades y entrevistas con líderes</p> <p>Encuesta a pobladores de las comunidades y entrevistas con líderes</p> <p>Entrevistas con líderes / Observación</p> |

| Objetivos | Variables / categorías | Concepto de la variable o categoría | Sub variable o subcategoría | Técnicas a utilizar |
|--|------------------------|--|---|---|
| <p>Identificar los problemas de salud pública tendientes en las comunidades en estudio</p> | <p>Salud Pública</p> | <p>Más allá de ausencia de enfermedad, es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad, donde lo colectivo representa el canal de la aplicación de modelos de trabajo comunitario para el cuidado de la salud.</p> | <p>Problemas de salud Potencialidades para enfrentar problemas de salud Planes para potencializar la organización comunitaria en las comunidades. Proceso de acompañamiento en salud.</p> | <p>Entrevistas con líderes y pobladores / Observación / Revisión documental. Talleres de retroalimentación</p> |

1.5. Objetivos de investigación

La investigación se ha propuesto el alcance de objetivos concretos, que en el tiempo, espacio y condiciones se logren desarrollar.

Por ello, se ha organizado en un objetivo general y tres objetivos de carácter específico que direccionen el proceso y el alcance de los hallazgos por determinar.

1.5.1. Objetivo General

Determinar una propuesta de acompañamiento comunitario, que permita el fortalecimiento de la organización local para la mejora de la salud pública en la comarca San Diego II y Barrio México del municipio La Paz, Carazo.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Describir las prácticas organizativas familiares y comunitarias utilizadas para el cuidado de la salud pública, presentes en la comarca San Diego II y Barrio México del municipio La Paz, Carazo.
- Identificar los problemas de salud pública tendientes en la comarca San Diego II y Barrio México del municipio La Paz, Carazo.
- Diseñar una propuesta metodológica sobre la base de las prácticas de organización comunitaria, que permita el fortalecimiento y manejo adecuado de la salud pública territorial.

II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se rescata las teorías y conceptos que se relacionan con las principales categorías de estudio. Al igual se define la postura teórica con la que se direcciona la investigación.

2.1. Antecedentes investigativos

La exploración temática referida a los aspectos categóricos claves de esta investigación (organización comunitaria y salud pública), nos han llevado a los aportes de Pérez, Tamayo, Casas, Nuñez, y Hervás de la Torre.

No se trata quizá de los estudios que logran vincular exclusivamente una y otra categoría principal, sin embargo, son los aportes relevantes con mayor relación encontrados en el proceso investigativo.

En el marco internacional se logró encontrar investigación de interés:

En el año 2010, María Isabel Tamayo Velázquez, asume la presentación de la investigación titulada: Efectividad de una intervención comunitaria integral para facilitar la cumplimentación de las voluntades vitales anticipadas, para un estudio doctoral en la Universidad de Granada, España. Su objetivo ha sido estudiar la efectividad de una intervención comunitaria integral en la población asignada a un área de gestión sanitaria en la mejora de los conocimientos, actitudes y cumplimentación de las voluntades vitales anticipadas.

Para el estudio aplica intervención comunitaria, con diseño de ensayo cuasiexperimental controlado, no aleatorio con valoración antes y después. El tipo de muestreo utilizado ha sido el aleatorio estratificado, con asignación muestral igual en cada una de las dos áreas territoriales trabajadas: zonas norte de Málaga y zona norte de Almería.

La participación comunitaria en Salud y el Trabajo Social Sanitario, es otra de las investigaciones importantes relacionadas con el tema de interés investigativo. Esta fue realizada en 2010 por Agustina Hervás de la Torre, quien

lo presenta en el Postgrado de Trabajo Social Sanitario de la Universidad Oberta de Catalunya (UOC), España.

El estudio analiza algunos de los planes de participación que se están llevando a cabo en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) en función del tipo de participación que realmente realizan, diferenciando entre lo que es Participación Ciudadana, Participación Comunitaria e Intervención Sanitaria en la Comunidad, términos que habitualmente se utilizan de forma indistinta. Para ello se define: qué es participar, qué es participación ciudadana, participación comunitaria y cómo se orienta desde el trabajo social sanitario comunitario.

En el mismo, se analizan 11 experiencias presentadas en las Jornadas de Participación en el Sistema Sanitario Público Andaluz, celebradas en noviembre de 2008 en Granada en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y las organizadas por el SAS en mayo de 2009 en Huelva. Basando dicho análisis en la comprobación del cumplimiento, en cada experiencia, de las características que para la Participación Comunitaria en Salud describe la SEMFyC, en su “Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español”

La Universitat Autònoma de Barcelona en 2014, a través del estudio doctoral de Héctor Nuñez López, presenta la investigación: Funciones y estrategias socioeducativas de los técnicos comunitarios en procesos de evaluación participativa de acciones comunitarias (EPAC). Se trata de la trayectoria de un trabajo iniciado en 2008 por un equipo de investigadores de la Universidad Autónoma de Barcelona y tiene por objetivo describir un proceso de evaluación participativa de acciones comunitarias en una comunidad específica de referencia.

En 2015 Jaime R. Pérez Souza presenta la investigación titulada: La inversión pública para la salud comunitaria, una herramienta eficaz para mejorar la atención de los servicios de salud en la comunidad: el caso de la República de Panamá. Este estudio es presentado como producto de tesis doctoral en la Universitat Politècnica de Catalunya Barcelona, España.

Esta investigación aborda el tema de la salud pública en función de dos variables altamente ligadas al proceso de Atención Primaria de la Salud (en adelante APS), la inversión pública y la salud comunitaria: la primera, controlada por los sistemas nacionales de inversión pública (SINIP), como es el caso de América latina; y la segunda, por los sistemas nacionales de salud pública (SNSP), como en el resto del mundo; tema que revela un estado de ineficiencia del uso de la inversión pública.

Por objetivo principal tiene, proyectar el rol y el impacto que una herramienta financiera como la inversión pública utilizada de manera eficaz puede causar sobre el bienestar y la calidad de vida de una población en su entorno comunitario, desde la perspectiva desafiante que asume la ingeniería de proyectos, al abrir un abanico multidisciplinario de líneas de especialización que dan paso a diversos enfoques de estudios doctorales.

Se identifica también, una investigación titulada: Estudio comparado de la asistencia sanitaria pública en dos regiones comunitarias: el modelo español de Castilla y León y el modelo alemán de Baviera. Una tesis doctoral de D. Ricardo Casas Fischer, presentado en la Universidad de Valladolid, España. Su objetivo central ha sido comparar las trayectorias de los sistemas sanitarios de dos países desarrollados de la Unión Europea, como son los sistemas sanitarios español y alemán, a través de un análisis crítico de las diferencias y elementos comunes, profundizando hasta en el ámbito autonómico de ambos países, con el fin de plantear mejoras en los aspectos deficitarios, asimilar los elementos positivos existentes en uno y otro territorio y definir líneas convergentes hacia una provisión sanitaria universal, excelente y sostenible a medio y largo plazo.

La base de referencia del presente estudio es, por una parte, el estudio de los sistemas sanitarios que a nivel europeo lleva a cabo el Observatorio Europeo sobre Sistemas Sanitarios dentro de una filosofía de convergencia y búsqueda de eficiencia, y por otra, un estudio de comparación entre dos ciudades Barcelona y Montreal, según el modelo descrito por García-Altés y colaboradores de la Agencia de Salud Pública de Barcelona en su comparación de servicios sanitarios entre las ciudades de Barcelona y Montreal.

En el marco nacional, la tarea de encontrar investigaciones vinculadas al tema en estudio no logró ser muy exitosa, lo que nos remite pensar que probablemente los estudios que existen han sido divulgados, por tanto, es más complejo tener acceso a ellos y sus resultados. Sin embargo, se continúa en esa tarea permanente de búsqueda de los aportes en ese sentido.

Los antecedentes encontrados y seleccionados por su relación temática, resultan útiles para la definición de las áreas concretas de estudio que el presente proceso investigativo requiere. Es de reconocer que en el nivel local se cuenta con muy poca producción científica en el marco temático de interés, sin embargo, los antecedentes identificados son útiles para tener presente la tendencia de los estudios realizados y con ello, encuadrar la propuesta de investigación-intervención que se pretende realizar.

2.2. Aspectos contextuales de la investigación

El estudio se lleva a cabo en Nicaragua, enfocado en la comarca San Diego II y Barrio México del municipio La Paz en el departamento de Carazo. El departamento de Carazo se encuentra ubicado en la zona sur de Nicaragua. Carazo, es un departamento que tiene 8 municipios: Jinotepe, Diriamba, San Marcos, Dolores, Santa Teresa, La Conquista, El Rosario y La Paz.

Carazo, se destaca por la celebración de las fiestas patronales de la ciudad de Diriamba y Jinotepe con los santos patronos San Sebastián y Santiago apóstol. Uno de los rubros de mayor producción es y ha sido el café, ganadería, granos básicos y pesca en menor escala.

Ahora bien, el municipio La Paz, escenario del presente estudio, está ubicado en el extremo sur del departamento de Carazo, limitando con las comarcas del municipio de Nandaime del departamento de Granada. Se encuentra ubicado a 55 kilómetros de la ciudad capital Managua y a 8 kilómetros de la cabecera departamental de Carazo, Jinotepe.

Sus límites territoriales son, al norte con el municipio de Niquinohomo del departamento de Masaya, al sur con el municipio de Santa Teresa, Carazo, al

este con los municipios de Diriyá y Nandaime del departamento y al oeste con el municipio El Rosario del departamento de Carazo.

En el municipio se celebra cada 24 de enero las festividades religiosas en honor a Nuestra Señora Reina de La Paz y las fiestas municipales se celebran en la segunda quincena de febrero, siempre en honor a la misma virgen.

Cuenta con una riqueza cultural y turística muy variada, comparte con los demás municipios de Carazo, la obra teatral bailable “El Güegüense” patrimonio cultural intangible de la humanidad. Además de algunas de las mejores playas del litoral pacífico entre ellas La Boquita, Huehuete y Casares.

La Paz de Carazo, es uno de los municipios más pequeños del país y del departamento de Carazo, tiene una extensión territorial de 19 KM2 esto según levantamiento cartográfico del INETER.

Según los datos de Cartografía digital y censo de edificaciones (2017), en el municipio La Paz, se presentan las cinco actividades económicas que concentran el mayor número de establecimientos, estas están relacionadas con “las actividades de servicio y comercio e industria manufacturera (55.3% de los establecimientos de la ciudad). Estas actividades se especializan en la venta al por menor, elaboración de productos de panadería, restaurantes y servicio móvil de comidas, actividades de organizaciones religiosas y suministro de vapor y de aire acondicionado (elaboración de hielo). Las actividades especializadas en la venta de alimentos y bebidas se realizan en restaurantes y viviendas”.

De acuerdo con los datos proporcionados por el mapa de salud, el municipio La Paz cuenta con una “población estimada para el año 2020 de 5,717 habitantes, para una densidad poblacional de 369 habitantes por Km2. El 50.3% de la población es femenina y el 37% es menor de 20 años” (MINSA, 2020).

Este municipio cuenta actualmente con algunos recursos para trabajar en el campo de la mejora de la salud de sus habitantes, entre ellos cuenta con 1 centro de salud, 1 puesto de salud, 1 casa materna con 8 camas y 1 Casa para personas con necesidades especiales. Para el traslado de pacientes, el

municipio tiene 1 ambulancia. En el subsistema privado cuenta con 3 farmacias que atienden a la población en general.

Además de los recursos locales en el tema de la medicina curativa, el municipio cuenta con una clínica de medicina natural que apuesta por el uso de recursos más tradicionales de la cultura popular para el cuidado de la salud.

Las dos comunidades en estudio, corresponden a dos zonas con características territoriales distintas una de otra. Por un lado, el Barrio México con características urbanas y con una cercanía considerable con el centro de la ciudad, y por otro, San Diego II con una perspectiva más rural, ubicado a unos 10 kilómetros del centro de la ciudad de La Paz.

Barrio México se encuentra organizado con unas 5 manzanas de viviendas, 5 calles y un total de 100 lotes de viviendas. Cuenta además, de forma interna, con un colegio de educación preescolar. La característica de la organización de sus viviendas es de forma continua, sus viviendas se encuentran planificadas en terreno firme y una a la par de otra, sobre terrenos de aproximadamente 300 varas cuadradas. Estas viviendas se encuentran construidas en su mayoría por material de concreto (mampostería) y otra mitad construidas con estilo mini falta, es decir, mitad concreto y otra mitad de madera o material de láminas de zinc. Las divisiones de las viviendas entre sí están establecidas por cercas tradicionales organizadas con postes a veces naturales y alambres de púas.

Algunos de los programas que se han ejecutado en este barrio a través del Gobierno de Reconstrucción y Unidad Nacional (GRUN), son: Lotificación, Adoquinado de calles, Proyecto de Letrinas, Electrificación, Entrega de títulos de propiedad, Paquetes alimenticios, Alumbrado público y Reparación de calles (Alcaldía Municipal La Paz, 2020).

En el caso de la comunidad San Diego II, su entrada principal de acceso se encuentra ubicada a unos 6 kilómetros de la entrada principal de La Paz, en dirección hacia el municipio de Nandaime, Granada. Desde su entrada principal

hasta la comunidad central existe un recorrido de aproximadamente un kilómetro en calle de tierra con laderas de campos, sobre los cuales se ven apareciendo algunas de sus viviendas a lo largo del camino. Al llegar al pueblito central, se encuentran organizadas 60 viviendas continuas en tres manzanas. Esas 60 viviendas agrupadas, más 77 que se ubican a lo largo del recorrido del camino y algunas entradas breves, suman un total de 137 viviendas que componen la comarca.

Algunos de los programas que se han ejecutado en esta comunidad a través del Gobierno de Reconstrucción y Unidad Nacional (GRUN), son: Lotificación, Electrificación, Entrega de títulos de propiedad, Paquetes alimenticios, Alumbrado público, Reparación de caminos, Mejoras de viviendas, Proyecto de letrinas. Sus principales problemas externados son: deterioro de caminos y abastecimiento de agua potable en temporada de verano (Alcaldía Municipal La Paz, 2020).

2.3. Aspectos teóricos de la investigación

Los aspectos centrales teóricamente relevantes para esta investigación son principalmente: la *organización comunitaria* y los conceptos relacionados con la comprensión de la *Salud Pública*. Para trabajar esos aspectos se retoma inicialmente los aportes de Montero, Terris, González, Hurtado y Vicente Navarro.

Empecemos por las aproximaciones referidas a la Organización Comunitaria, en la que vemos dos claras dimensiones para el análisis, por un lado, el tema de la participación y por otro lado, el empoderamiento sin olvidar la importancia del capital social:

2.3.1. Aproximaciones sobre la Organización comunitaria

Para Montero (2004), la organización comunitaria es “un entramado de relaciones que mantiene un flujo y reflujo constante de informaciones y mediaciones organizadas y establecidas en pro de un fin común: el desarrollo, el fortalecimiento y alcance de metas específicas de una comunidad en un contexto

particular” (p. 173). Particularmente se logra notar que existe una necesidad de organizarse para el logro de metas y de objetivos, pero de carácter común que es el valor agregado requerido para su característica comunitaria.

Además del factor común, es necesario que la comunidad implicada asuma los retos de alcanzar logros colectivos partiendo de un sentimiento compartido, a eso podemos llamarle Sentido de Comunidad que deberá acompañarse de una actitud personal que solemos llamar Empoderamiento, concepto al que nos referimos de manera posterior.

En términos más sencillos, Hurtado (2008), menciona que la organización comunitaria es “cuando un grupo de personas se unen para ver los problemas que les afectan en su comunidad y le buscan soluciones. Los problemas pueden ser de carácter social, cultural, económico, político y productivo”.

Cabe rescatar que la organización implica de cierta manera estructurar un grupo de personas que se reúnen de común acuerdo y definen conscientemente o no, un método y objetivos comunes para poder funcionar. Estos deben ser más o menos aceptados para que puedan tener éxito como bloque organizado que le exige unirse para enfrentar situaciones relevantes del quehacer cotidiano.

También es importante tener presente que la organización comunitaria implica el desarrollo de ciertas dimensiones necesarias para su funcionamiento, entre ellas se encuentran **la participación, el empoderamiento** y sobre todo la vivencia de experiencias de lucha común. Estos elementos con sus propias características pueden convertirse en factores limitantes o en facilitadores de la organización comunitaria, sin dejar fuera la importante labor de la perspectiva del **capital social** como fuente inagotable de crecimiento y desarrollo humano en el marco de lo territorial.

Es menester para el estudio, tener presente los comportamientos humanos respecto al tema de la participación como dimensión clave de la organización comunitaria. Veamos algunas propuestas conceptuales que podrán ayudarnos en la comprensión teórica y su aplicación práctica social.

2.3.1.1. *La participación. Comprensión y alma de los procesos organizativos*

El elemento de la participación resulta indispensable para poder generar oportunidades, crecer en valores, potenciar el capital social y comprender mejor la realidad para poder actuar sobre ella. Por ello, abordamos esta categoría de estudio que resulta determinante en la construcción de procesos personales y sociales. Según el diccionario de Trabajo Social de Ezequiel Ander-Egg, la palabra participación proviene del latín: *participare*, compuesto de *pars* “parte” y *capere* “tomar”. Es decir, tomar parte en algo. Pero este significado de participación, en términos constructivos de personas y sociedades viene a ser apenas el comienzo, el punto de partida para la culminación de una obra.

La participación tiene diferentes niveles, a juzgar por la experiencia de cada sujeto o grupo en estudio. Y los resultados de ella, dependen de la intensidad con que se viva o se practique, puesto que la participación nos remite a la generación de procesos, y cada persona o cada sociedad viven y experimentan los fenómenos, los hechos y acontecimientos de diferentes maneras, ello es lo que dará particularidad a cada efecto de participación en la sociedad.

Los principales tipos de participación en su nivel general están definidos por: participación pasiva y por participación activa, de acuerdo con el grado de intervención y protagonismo que cada sujeto asume ante su realidad.

La expresión de participar es más que “estar en algo”, como escribe Ander Egg, “pues no se trata solo de estar en algo sino de decidir en algo” (Ander-Egg, 1988). Sin embargo, se debe considerar que además de estar en algo y de decidir en algo, se trata de accionar en ese algo, ser parte de ello y asumirlo desde el talento individual y colectivo. Lo anterior, requiere y exige un compromiso de la vivencia de la participación para poder generar resultados óptimos.

Podríamos decir que la participación es un proceso social que facilita la contribución integral de los individuos al trabajo colectivo, promovido o impulsado

por la existencia de necesidades o requerimientos comunes. Pero, además, contribuye al alcance de metas, de propósitos, muchas veces no explícitos, pero siempre reales, que permiten madurar y sensibilizar a través de las experiencias vividas.

En términos comparativos, participar sería la contrapuesta de excluir. Si la exclusión está referida a medios que nos limitan el desarrollo; entonces, la participación se refiere a procesos que generan desarrollo, tanto individual como colectivo, por tanto, es una forma de enfrentar los designios de la pobreza no solo en términos económicos sino también, desde las perspectivas humanas, sociales y culturales.

En este sentido, resulta fundamental promover la participación de la comunidad, su integración en los diferentes procesos le dará éxito a las propuestas organizativas que se gesten en el seno local.

Para lograr esto, la participación en las expresiones organizativas de la comunidad, debe representar un papel fundamental y realizarse de manera óptima en su forma activa para concretar un proceso de aprendizaje, que le permita construirse y desarrollarse, y así mismo, aportar en la construcción y desarrollo de la localidad.

Algunas perspectivas encontradas sobre los niveles de involucramiento de las personas o comunidad para una clasificación de la participación las hemos encontrado en López (2006):

- Participación como medio de colaboración: Una de las características que podemos captar es aquella participación referida a un medio, una relación de **“colaboración”** de la forma en que se pueden involucrar las personas en los procesos organizativos. Colaborar en este caso significa “participar desde lejos”, es decir, no involucrarse tanto en el desarrollo de su persona o de la comunidad, limitándose a cumplir con pequeñas tareas puntuales que se solicitan o que es necesario realizarlas.

- Participación como oportunidad para expresarse: Otra característica encontrada de la participación es aquella referida a un **espacio para poder expresar las opiniones**. Las comunidades tienen el espacio para opinar y expresar sus ideas o valoraciones, sobre los aspectos que les interesa abordar de acuerdo a la organización a la que pertenezcan. De hecho, opinar no necesariamente contempla siempre el elemento “toma de decisiones”, aunque en su forma ideal, debe contenerlo, pues ésta representa un primer paso para la práctica de la toma de decisiones.
- Participación como medio de intercambio: En un sentido más activo y reflexivo surge otra característica de la participación. La participación como **una forma de intercambio** “un dar y recibir”, es decir, que las personas siempre puedan desarrollar procesos evaluativos que le permitan medir de alguna manera la capacidad que entrega al participar, recoger y encontrar los beneficios que obtiene al haber aportado con su participación. Los aprendizajes, el crecimiento como persona o su satisfacción por el aporte a la comunidad.

La participación implica un proceso de intercambio: es “un dar y un recibir”. Por un lado, dar parte de nuestro tiempo, nuestras habilidades, opiniones, aportes, compromisos, acciones, conocimientos y, por otro lado, recibir y recoger las oportunidades donde se genera la experiencia y los espacios para poderse desarrollar, asimismo el aprendizaje individual y colectivo que se genera en la dinámica de un proceso de socialización.

- Participación como forma productora de conciencia individual y colectiva: Un último aporte y no menos importante, es la visión de participación como la vía o el conducto que puede orientar **la adquisición de niveles de conciencia** sobre la realidad que se vive, la que invita a que la comunidad asuma nuevos compromisos con su entorno. Es decir, la generación de conciencia de compromiso como un producto de los procesos participativos, que a su vez permiten reorientar sus nuevas

acciones, el mejoramiento de su experiencia de vida, la readecuación de la práctica humana.

De todo este aporte, podemos deducir que el desarrollo personal y colectivo de la comunidad, es posible únicamente a través de su participación activa en los procesos, además de manera continua y sistemática; precisamente porque es ella misma quien conoce sus necesidades, dónde están, cómo son y cómo se les puede ofrecer una respuesta, pues participar es intervenir en las decisiones y acciones que nos afectan.

Para poder participar eficazmente es necesario que cada persona, obtenga información, se capacite y se organice, aquí su importancia en los procesos organizativos. Se debe asumir la capacidad, voluntad y responsabilidad de intervenir en busca del beneficio de todas y todos al momento de decidir qué hacer, cómo hacerlo, dónde, quiénes y con qué recursos hacerlo.

La participación puede darse sobre distintos aspectos de la vida de un grupo o de una comunidad, y no debe reducirse a un simple acto de presencia o permanencia en un espacio de “discusión” o en las actividades del mismo. Como dice Baruch Belmar Cerda: “El participar en una sociedad es, en su origen, **hacerse parte, ser parte, formar parte** y como tal se deberá asumir la responsabilidad a que se está obligado. De allí que toda persona e institución tiene el deber de colaborar en el mejoramiento del nivel de vida COMUNITARIO, pues es parte de ella” (Belmar, 1996).

En esta perspectiva de la integración de las personas en nuestro caso al sistema del funcionamiento de la sociedad, la participación implica comprometerse, ser consciente de una realidad en la que se vive para comprenderla y poder actuar sobre ella para poder mejorarla, y en esa práctica volcarse de nuevo hacia los beneficios que genera una participación, pues se trata de un resultado de doble vía: la individual y la colectiva.

En síntesis, la participación contribuye al Desarrollo y sobre ello, Belmar (1996), continúa expresándolo de mejor manera:

El desarrollo es inicio en tanto cuanto surge del esfuerzo creativo y responsable de la persona y es término en la medida que el esfuerzo colectivo le permite, a la persona, mejorar sus condiciones y calidad de vida. Dicho de otra manera, el desarrollo se cristaliza en la medida que desarrollemos las potencialidades que le son propias a las personas, conjuntamente con la toma de conciencia y aprehensión de valores que propendan a un perfeccionamiento constante y permanente y al mismo tiempo que asuma el compromiso irrenunciable de luchar por el desarrollo de los otros (Belmar, 1996).

Otra de las virtudes que posee la participación es que ésta cumple una función educativa, produciendo cambios y transformaciones en las personas y en los grupos o colectivos, especialmente conduce a la adquisición de niveles de conciencia sobre la realidad, que obligan a asumir nuevos compromisos. Estos compromisos se hacen efectivos en el seno de los procesos de organización comunitaria que se van desarrollando en la práctica de los grupos o comunidades, sea para resolver problemáticas conjuntas que se presentan o simplemente como una adopción de forma de vida comunitaria. Esta última con ideal interés.

La participación es en sí, una **actitud**, una filosofía que se da y se expresa en todos los momentos de la vida cotidiana, por ello, es indispensable promover y estimular su acción en las más mínimas situaciones de la vida. La tarea por supuesto no es fácil, dado que la dinámica social es compleja al igual que el comportamiento de las personas en su nivel individual, alimentando por el contexto actual invadido por el consumismo, muchos valores colectivos se refuerzan cada vez menos.

2.3.1.2. El empoderamiento como elemento de la organización comunitaria

La otra dimensión clave de la organización comunitaria es la comprensión teórica sobre **el empoderamiento**.

Existe el precepto de que trabajar para la comunidad o en la comunidad no contiene la misma carga de riqueza que trabajar con la comunidad. La

diferencia de estas ideas consiste en que es necesario desarrollar una conciencia primero individual y luego colectiva, de que muchos de los resultados de las experiencias en la comunidad, responden a los esfuerzos protagónicos realizados por las personas que habitan en la comunidad misma.

Alcanzar estos niveles de empoderamiento por parte de la comunidad, no es una tarea sencilla. Se trata de ir más allá de los conceptos y apostar por una práctica generadora de aprendizajes colectivos, a ello apunta la idea del empoderamiento como herramienta protagónica de los hechos y de la historia de las comunidades.

El empoderamiento resulta ser un estado de conciencia social de parte de las personas en el desarrollo colectivo de su comunidad. Se logra este estado sí y solo si, se involucra en los espacios y procesos participativos que contempla la comunidad. Esos espacios no se reducen a los beneficios colectivos, no a la evaluación de los problemas de carácter público en temas de salud, sino también, se expande a otras esferas de participación en la que la comunidad se integra para la convivencia y para compartir la vida. El empoderamiento se alcanza con el fomento y promoción de esos espacios y habrá que preguntarse cómo se desarrolla esa dinámica en las comunidades en estudio.

Para comprender un poco más sobre la idea del empoderamiento, captamos algunas nociones teóricas al respecto que a continuación compartimos.

Soler, Planas y Ciraso-Calí y Ribot-Horas, (2014), mencionan que entre los autores que han profundizado en este término hay que mencionar los aportes de Rappaport (1981, 1985, 1986, 1987), según el cual el objetivo de la teoría es producir empoderamiento y efectos positivos en la colectividad. Sus aportes se desarrollan desde la perspectiva de la psicología comunitaria, sin embargo, es posible extrapolarlos hacia una dimensión más social.

Soler, Et. Al, (2014), citando a (Rowlands, 1997, p.13), mencionan que el concepto de empoderamiento, “se entiende de manera diferente dentro de cada

interpretación de poder; donde se enlazan además distintos conceptos de lo personal, lo político, y lo económico. Así, la autora especifica diferentes connotaciones del término “poder”: “power over”, poder controlador; “power to”, poder generativo o productivo; “power with”, un sentido de unidad de un grupo, mayor que la suma de sus miembros; y “power from within”, una fortaleza espiritual de cada uno, que permite la aceptación y el reconocimiento de los demás”

El término “empoderamiento” tiene sus orígenes en el verbo empower que “aparece en Gran Bretaña a mediados del S.XVII para designar el poder o autoridad formal otorgada por un poder superior, pero no es hasta el S.XIX que se crea el término empowerment que es definido como un estado y una acción, la de dar poder” (Bracqué y Biewener, 2013). Como vemos, desde los orígenes de la idea del concepto de empoderamiento, existe una estrecha relación entre las relaciones de poder.

Entre las distintas nociones de empoderamiento se pueden diferenciar como mínimo dos grandes enfoques, a partir del cuestionamiento o no de las estructuras existentes y del poder establecido.

Un primer enfoque estaría formado por las nociones de empoderamiento vinculadas a la corriente pedagógica de la educación popular y las propuestas de Paulo Freire. Éstas apuestan manifiestamente por la toma de conciencia que invita a revisar las estructuras y el sistema establecido. Este enfoque del empoderamiento sugiere un incremento de poder, el acceso al uso y control de los recursos materiales y simbólicos, además, de la participación para el cambio social. Tiene un carácter holístico que implica la superación de desigualdades o déficits a partir de un proceso de transformación y de superación de la opresión, como lo describe Soler, Et. Al, (2014), citando a (Maton, 2008).

La extensión del término llega a las agencias de cooperación para el desarrollo y pasa a aplicarse a distintos colectivos vulnerables como objetivo de intervención para su desarrollo y da lugar a un segundo enfoque en el que el concepto de empoderamiento adquiere algunos matices específicos,

significando un incremento de la capacidad individual para ser más autónomos y autosuficientes, depender menos de la provisión estatal de servicios o empleo y tener más espíritu emprendedor para crear microempresas y empujarse uno mismo en la escala social.

Desde este segundo enfoque, empoderar implica ser emprendedor y dominar los recursos y medios que el sistema pone a nuestro alcance.

Pese a esas dos corrientes o enfoques sobre la comprensión del empoderamiento, Soler, Et. Al, (2014), citando a Bacqué y Biewener (2013), identifican un tercer modelo o aproximación al empoderamiento, el enfoque social-liberal. Este coincide con una forma de liberalismo social que legitima al Estado y las políticas públicas para la promoción de los derechos cívicos y la reducción de las desigualdades sociales y económicas.

Se persigue la defensa de las libertades individuales poniendo atención en la cohesión social y la dimensión comunitaria sin cuestionar las estructuras establecidas. El empoderamiento en este caso está relacionado con la igualdad, la oportunidad, la lucha contra la pobreza, la gobernanza y la capacitación para elegir. Según los aportes de Bacqué y Biewener, es el modelo hacia el cual evolucionan la mayoría de prácticas profesionales. Si entendemos el empoderamiento desde la perspectiva que puede llegar a cuestionar las estructuras y el sistema establecido, hay que pensar que algunas iniciativas empoderadoras no serán las más habituales en los proyectos comunitarios y socioculturales impulsados desde determinadas estructuras conservadoras (públicas o privadas).

Continúan Soler, Et. Al, (2014), citando a Jennings, Parra-Medina, Hilfinger & McLoughlin, (2013), mencionando que “queda claro que hay enfoques y discursos con distintos alcances e implicaciones y que no se trata de un concepto simple. Es un constructo multi-nivel que consiste en enfoques prácticos y aplicativos, procesos de acción social y resultados individuales y colectivos”.

La distinción entre el empoderamiento individual y el empoderamiento comunitario es básica, aunque en la práctica están estrechamente relacionados en la medida que la mayor parte de los programas existentes no conciben el progreso de uno sin el otro. Como argumenta Soler, Et Al. (2014) usando los aportes de Maton (2008), “un escenario empoderador tiene el potencial para contribuir en tres ejes: el individual, el comunitario y el que incide en la sociedad en general”.

Los aportes de Rappaport (1981,1987) son relativamente bastante nuevos, sus propuestas del análisis desde los contextos de la Psicología Comunitaria han generado marcos de acción que dan vida e interés al estudio del empoderamiento como tal.

Por su parte, Sánchez (1996), citado por Soler, Et Al. (2014), introduce una idea más ecológica aludiendo a una calidad fundamental de interacción de las personas con su entorno relacional y físico. Esta propuesta sugiere que el concepto sea comprendido en términos activos como: permitir, capacitar, autorizar o literalmente, empoderar sobre algo, alguien o para hacer algo.

De tal forma, que es necesario reconocer que se comprenda que para que exista empoderamiento, deben existir condiciones para su promoción y para su incubación. Desde esta arista, es necesario tener presente que los programas y proyectos previos o actuales en el tema de salud pública, promovidos por el aparato institucional expresado directamente por los gobiernos locales o las redes del Ministerio de Salud (MINSAs), forman parte de los aprendizajes locales y del alimento de las bases para el empoderamiento. Sin embargo, es clave reconocer que el empoderamiento debe gestarse en el medio como una forma de vida desde lo comunitario, que genere de igual manera, el recurso para el desarrollo local y la sostenibilidad.

Cabe señalar, que el empoderamiento de los procesos comunitarios transita por una conexión interna en la comunidad, que no necesariamente está ligada a vínculos sanguíneos entre las personas que habitan una localidad.

Hablamos entonces, de un elemento clave que aporta al desarrollo y que supera las ideas economicistas para alcanzar desarrollo, se trata del capital social.

2.3.1.3. La pauta del capital social: sus ideas y elementos para empoderar

Brevemente, pondremos en contexto las ideas del capital social, dado que son aspectos a tener presente en la formulación de propuestas para fortalecer el empoderamiento de la población, como mecanismo para la mejora de la praxis del cuidado de la salud y aportar en la calidad de vida.

Los primeros trabajos que ponen en discusión las ideas del Capital Social, provienen de autores como Bourdieu y Coleman en la década de los ochenta, un concepto relativamente nuevo. Lin (2001) citando a Bourdieu, menciona que “el capital social sería un disfraz del capital económico, definido como una forma de capital en manos de una red social o un grupo, y que puede dotar a los miembros de este grupo con créditos, pudiendo ser mantenido o reforzado a medida que los miembros invierten constantemente en las relaciones de esa red”. Es un hecho que las primeras ideas sobre el concepto se encuentran muy relacionadas a la creación de recursos y a la idea del fortalecimiento de lo económico como estrategia para enfrentar las condiciones de pobreza, probablemente por la coyuntura en la que se desarrollan estas ideas.

Este mismo autor, menciona que para Coleman (1988), “el capital social consiste en dos elementos, por un lado, ser un aspecto de la estructura social y, por otro lado, disminuir la incertidumbre de las acciones individuales dentro de la estructura social, convirtiéndose de esta manera en un recurso, real o potencial, producto de las relaciones y no de los individuos ni de las actividades”. Esta idea tiene una base diferente, se concentra en la importancia de la colectividad como recurso potencial.

Con esas ideas rescatadas por Lin (2001), es posible tener claro que existe una diferencia entre las aristas para concebir el capital social, sin embargo, es fácil reconocer que los elementos comunes en sus ideas, giran alrededor de la importancia de las redes sociales, como estrategia básica para el fortalecimiento de los vínculos sociales.

De acuerdo con Lin (2001), también es posible rescatar los aportes de Robert Putnam (1993), uno de los autores de gran relevancia para el estudio del capital social, quien explica que el capital social está referido a los “aspectos de las organizaciones sociales tales como las redes, las normas y la confianza, que facilitan la acción para beneficio mutuo”.

Es justamente esta perspectiva que propone Putnam la que resulta de mejor impacto para el estudio presente, por varias razones. Primero, porque recoge la organización social como elemento básico en el que opera el capital social. Segundo, porque rescata la idea de las redes que funcionan en nuestro caso como vínculos sociales internos de la comunidad, sumado a la forma en que viven y sus prácticas comunitarias, que vendrían siendo la relación de las normas como elemento de estudio. Y tercero, porque identifica las bondades de la confianza como elemento clave en el éxito del aprovechamiento del capital social.

En este caso, diremos que el capital social es una estrategia relevante para que la comunidad desarrolle su potencial empoderamiento colectivo, en función de la mejora de la organización comunitaria, para enfrentar de mejor manera los problemas de salud pública que se encuentren presentes.

Por tal razón, el concepto de capital social al que nos referimos, sustenta su existencia en el nivel comunitario, donde relaciones de confianza y colaboración son capaces de producir efectos sinérgicos, que mejoren la calidad de vida de la comunidad. Por un lado, por la tranquilidad que transfiere el hecho de poseer buenas relaciones con los demás. Por otro lado, porque abona a la capacidad de unirse de forma cooperativa para realizar juntos, las acciones requeridas en beneficio del cuidado de la salud.

2.3.2. Comprensión de las ideas sobre Salud Pública

Para la comprensión del campo teórico de la **salud pública** se retoman principalmente los aportes de Terris, González y Navarro.

2.3.2.1. *Breve marco histórico de la idea sobre la Salud Pública*

Empezaremos por mantener en la concepción temática que el concepto de salud pública ha cambiado a lo largo de la historia, dependiendo del contexto en el que se desarrolla y de los medios disponibles para enfrentarle como una necesidad primaria en el marco social.

Actualmente, existe una complejidad para referirse a ella, lo que algunos llaman poliedro por sus cambiantes formas de analizarle y por los distintos enfoques profesionales que justifican su tratamiento. Sin embargo, fuese desde cualquier ángulo que se le estudie o atienda, es de reconocer que sus múltiples manifestaciones son efectivamente lo que permite explicarle y definirle de distintas maneras o de enfrentarle desde ámbitos específicos.

La Doctora Sandra Figueroa de López, citando a Winslow menciona, que “en los años 20, se propuso una definición muy amplia que incluye la mayor parte de los elementos de la salud pública en el momento actual, a pesar de haber sido dada hace más de 90 años; su énfasis está dirigido hacia la enfermedad y en el paradigma higiénico/sanitario hegemónico en la época, aunque incorpora la dimensión social de la salud y la naturaleza colectiva de la actuación de la salud pública”.

Así menciona que la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para ciertas tareas concretas, entre ellas a saber:

- El saneamiento del medio.
- El control de las enfermedades transmisibles.
- La educación de los individuos en los principios de la higiene personal.
- La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades.

- El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad.

Como puede verse, pese que los aportes de Winslow rondan los cien años de haberse formulado, existe una pertinencia en sus hallazgos de manera que, los aspectos que dimensiona para el estudio de la salud pública resultan vigentes ante el actual contexto.

Siguiendo los aportes de Figueroa de López, se encuentra en el marco histórico algunas ideas para definir la salud pública que se resumen a continuación:

Hanlon en 1974, propone que “la salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental, y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados”. Busca este propósito como una contribución al desarrollo de la vida del individuo y su sociedad.

Piédrola Gil en 1991, propone que “la Salud Pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad”. Esta idea amplía el campo de actuación de la salud pública e incorpora de manera específica el área de la restauración de la salud. La idea de centrar el concepto de salud pública en la salud de la población viene adquiriendo fuerza y consenso creciente en el marco de su importancia socio comunitaria.

Por su parte Frenk, en 1992, “propone un nuevo campo científico para la salud pública, y desarrolla una tipología de investigación, diferenciando los niveles de actuación individual y subindividual, donde se concentran la investigación biomédica y la investigación clínica, con relación al nivel poblacional, que toma como objetos de análisis las condiciones (investigación

epidemiológica) y las respuestas sociales frente a los problemas de salud (investigación en sistemas de salud, políticas de salud, organización de sistemas de salud, investigación en servicios y recursos de salud)".

En otras palabras, plantea que, a diferencia de la medicina clínica, que opera a nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva de trabajo con grupos de gente o bien dicho, promueve la idea del estudio de la salud pública enfocándose en grupos poblacionales.

Ese mismo año (1992), Milton Terris prescribía cuatro tareas básicas para la teoría y práctica de la "Nueva Salud Pública":

- Prevención de las enfermedades no infecciosas.
- Prevención de las enfermedades infecciosas.
- Promoción de la salud.
- Mejora de la atención médica y de la rehabilitación.

Terris actualizó entonces, la clásica definición de Salud Pública elaborada por Winslow en la década del veinte, en los siguientes términos: "Salud Pública es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad".

Otro aporte de relevancia para el marco histórico de las ideas sobre la Salud Pública, es la definición propuesta por Testa en 1992, quien, a partir de una reflexión sobre las políticas sociales, y buscando un redimensionamiento teórico de la salud como "campo de fuerza" y de aplicación de la ciencia, reconocía a la salud pública en tanto práctica social, por lo tanto, como construcción histórica.

En el recorrido histórico, es muy claro que el aporte de la construcción de políticas de salud como eslabón de las políticas sociales, resultan una importante medida para el desarrollo de la población. En tanto, la evolución, de las medidas

públicas se configuran como medio alternativo para mejorar las condiciones de vida de cualquier país.

2.3.2.2. Idea sobre la Salud Pública en el marco actual

Rescatando aportes del marco histórico, empecemos con los aportes de Terris en la década de los noventa. La salud pública “es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.

Como podemos identificar, el concepto de salud pública propuesto por Terris (2006), es una definición de carácter incluyente en el que se retoman aspectos no solo individuales sino también colectivos, por otro lado, resalta enfáticamente la necesidad de comprender el concepto como una categoría de índole preventiva, lo que brinda un valor importante a los procesos de cuidado de la salud y es útil para pensar en un concepto más allá de la curación de enfermedades y el medio.

Por su parte Vicente Navarro (2013), propone que para comprender mejor esta definición de salud pública tenemos que desglosar los términos utilizados en ella, a saber, «salud» y «población». Y rescata que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad”. Continúa mencionando que se trata de una definición progresista, en el sentido que considera la salud no sólo como un fenómeno somático (biológico) y psicológico, sino también social.

Esta propuesta de Navarro proporciona un sentido interesante al concepto de salud pública, dado que retoma otras dimensiones de la vida misma, por un

lado, la salud mental como elemento básico para enfrentar la cotidianidad y por otro lado, el aspecto social como un espacio necesario para la construcción de los procesos comunitarios.

Así en el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone la siguiente definición en el contexto de Iniciativa de Salud Pública de las Américas. “La Salud Pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo”. Sin embargo, queda abierta esa posibilidad creativa, en la que la comunidad misma, puede ser un elemento clave y básico en el fortalecimiento de los procesos de cuidado de la salud.

2.3.3. Métodos y modelos de intervención para el cuidado de la Salud Pública

Existen varias formas de intervenir desde el punto de vista socio interpretativo, para el cuidado de la salud pública. Rescatamos los aportes de Carlos Mauricio González para la comprensión teórica de los métodos y teorizamos los aportes del modelo de cuidado de la salud propuesto por el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) de Nicaragua.

Sobre los métodos de intervención vinculados al tratamiento de la **salud pública**, González (2013), identifica tres propuestas que pueden verse como modelos desde los cuales se puede asumir la comprensión de su manejo. Entre ellos el método epidemiológico, el método interpretativo y el método complejo.

Cada uno de estos métodos está vinculado característicamente a una perspectiva de comprensión de las ciencias, así tendremos el positivismo, la hermenéutica y la combinación entre los dos antes mencionados con el acompañamiento social, cada uno de manera respectiva.

2.3.3.1. El método epidemiológico

El método epidemiológico se encuentra sustentado en el positivismo, permite ser una herramienta de la salud pública para controlar la enfermedad,

predecir su trayectoria, o bien, para establecer parámetros en los procesos de prevención de acuerdo a las mediciones y controles establecido en el objeto de estudio, la medición facilita la explicación de la relación causal de la enfermedad.

Este método tiene de interesante el hecho de enfocarse en comprender las causas de los problemas de salud pública y el tener presente la prevención como medida de control ante las enfermedades o situaciones que afecten la salud pública.

Como su característica lo indica, este método concentra su atención en el estudio y control de variables que permitan la comprensión de los fenómenos de salud pública, y estructurar lineamientos para la prevención, mitigación y control de los problemas de salud pública, asumiendo que el comportamiento de los problemas de salud pública puede ser medible y predecible en su dinámica de conducta y afectación.

2.3.3.2. *El método interpretativo*

Este método se encuentra fundamentado en la hermenéutica, se sustenta en los métodos cualitativos, permite comprender las situaciones sociales en las cuales la enfermedad puede encontrar un sentido social y cultural, con ello los abordajes pueden ser múltiples, entendiendo la complejidad del entramado social.

Esta perspectiva es relevante en el sentido de tener presente una relación íntima entre la comunidad con su compleja dinámica social y los problemas en la salud pública. Es importante rescatar que su estudio vincula el desarrollo progresivo de una afectación en el medio social y cómo los comportamientos humanos generan un nido o un espacio de exclusión para las afectaciones de la salud.

A diferencia del método epidemiológico, este método resulta más versátil en su enfoque de comprensión y tratamiento de los problemas de salud pública, dado que traslada la esencia de lo cualitativo al escenario de los procesos de socialización que se encuentran en la población, complejizando el análisis y

teniendo presente la particularidad que puede extrapolar una situación concreta de salud pública, percibida en el medio.

2.3.3.3. *El método complejo (múltiples perspectivas)*

Este método comprende la salud pública como un campo de convergencias de los métodos positivistas, hermenéuticos y de intervenciones o acompañamientos sociales para redefinir los problemas de orden biopsicosocial que afectan a las comunidades y en donde se hacen necesarios el control, la comprensión y la reflexión del objeto.

Además de controlar, comprender y reflexionar, este método abre la posibilidad de que se estructure la puesta en marcha de una intervención en salud que dicho sea de paso vincula con facilidad la organización comunitaria como estrategia para el desarrollo de intervenciones en el marco territorial.

La propuesta de este método que combina las dos propuestas previas, y que, además, agrega un componente axiológico a la realidad en estudio, resulta novedoso para nuestro campo de trabajo, en el que los aportes de la comunidad, la participación, el empoderamiento y el compromiso con la acción transformadora se convierten en ingrediente básico para la definición de experiencias relevantes en el marco del cuidado de la salud pública.

El auxilio de este tercer método expuesto, es sumamente enriquecedor para la definición de procesos de acompañamiento comunitario, en los que trascender el nivel protagónico de los habitantes de un entorno geográfico en la comprensión, prevención, mitigación y cuidado de la salud pública es de carácter prioritario.

2.3.3.4. *El modelo de Salud Pública en Nicaragua*

Otro aporte importante en el campo de la salud pública es el conocimiento del **Modelo de Salud Familiar y Comunitario** (MOSAF) generado por el actual gobierno de Nicaragua, en síntesis, el Ministerio de Salud (MINSA, 2008), lo plantea de la siguiente manera:

Este Modelo, se sustenta en la Estrategia de Atención Primaria en Salud, que consiste en establecer el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, mediante su plena participación, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyéndose en primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, función central del desarrollo social y económico global de la comunidad. Así mismo, orienta la organización de los establecimientos de salud en redes articuladas para brindar los servicios integralmente (MINSA, 2008, 3).

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario conocido como MOSAFC, plantea de forma relevante en su estrategia los beneficios de la participación, la asistencia sanitaria y la descentralización de los servicios de salud. Sin embargo, operativamente aún posee limitantes de carácter organizativo por su perspectiva institucional y las capacidades de instalación local.

El estudio de la organización comunitaria con categorías concretas como la participación y el empoderamiento, serán un medio para dinamizar la propuesta del MOSAFC y potenciar el éxito del modelo, asumiendo las características de las categorías propias de las comunidades en estudio.

2.3.4. Posicionamiento sobre los aspectos teóricos referidos

Se ha realizado breves discusiones sobre los principales aspectos que rigen la construcción del conocimiento de este proceso de investigación, sin embargo, se hace necesario determinar las posturas frente a las categorías de estudio que se asumen en esta investigación.

A continuación, se plantean las perspectivas teóricas en las que se inscribe la investigación presente.

La perspectiva debe comprender la **organización comunitaria** como las estrategias de movilización de la comunidad en torno a intereses comunes,

implicando procesos de participación, empoderamiento y la calidad del capital social con sus elementos, como ser: la confianza, la comunicación, la solidaridad.

El posicionamiento en el caso de **la salud pública**, se asume desde la perspectiva del *modelo complejo* para lograr una propuesta donde se pueda fusionar el estudio de las causas de las afectaciones en salud, la comprensión de la lógica de la comunidad en su entramado y sus relaciones de convivencia con el fin de tener presente cómo enfrentan las situaciones, y por supuesto, también el planteamiento de propuestas de intervención o acompañamiento social en el que se determine la forma para aprovechar los problemas de salud, las necesidades y las potencialidades que se encuentran presente en las comunidades.

La apuesta del estudio es generar un acercamiento a la práctica social desde la lucha ante los problemas de salud que afectan a la comunidad, tomando en cuenta sus potencialidades y limitantes para el manejo de los procesos de desarrollo local.

Asumir la postura de este modelo, contrapone efectivamente la propuesta de organización comunitaria de acuerdo con sus implicancias y sus elementos de intervención. Será necesario entonces, tener presente los elementos rescatados sobre la participación, el fortalecimiento del capital social con sus propios determinantes, y el empoderamiento como aspectos centrales de la idea de organización comunitaria.

Partiendo de estas propuestas teóricas reflexionadas sobre las implicaciones de la organización comunitaria y la comprensión de la concepción de salud pública, es posible determinar un supuesto inicial para desarrollar progresivamente la investigación. Este supuesto se explica de la siguiente forma:

Potencializar un plan de organización comunitaria en el marco territorial genera fructíferos beneficios en el capital social de la comunidad y en la prevención-solución de problemas comunes que atentan contra la salud pública.

Se determina la necesidad de diseñar un plan de acompañamiento a la organización comunitaria para enfrentar las problemáticas de salud y a la vez para dejar las capacidades instaladas en función de las acciones organizativas de carácter preventivo, de mitigación y de adaptación en los casos requeridos.

Esta propuesta de mejora de los procesos sociales implica:

- Mayor compromiso de la comunidad.
- Una participación decidida en los procesos de organización.
- Sensibilización ante las dimensiones psicológicas y ambientales de la salud pública.
- Un ensayo del empoderamiento de la población ante amenazas vigentes que atentan contra la salud pública.
- Una clara determinación que la salud de la comunidad no depende de las instituciones en primer plano, sino de una buena organización comunitaria.

III. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología utilizada en esta investigación tiene el propósito de obtener explicaciones descriptivas, derivadas de la experiencia acumulada en el desarrollo de los programas de prevención de salud local y la experiencia natural de las comunidades en estudio.

Estos protagonistas serán contactados para colaborar con sus testimonios y vivencias de trabajo comunitario, apoyándose en la aplicación de encuestas y entrevistas para luego preparar el análisis de datos.

3.1. Metodología de investigación

Un paradigma es el modo en que comprendemos el mundo, los paradigmas contienen reglas y regulaciones que nos proponen fronteras y nos rigen ciertas tendencias de la práctica investigativa ante esas guías.

Se puede mencionar que un paradigma es una concepción general del objeto de estudio de una ciencia, de los problemas que deben estudiarse, del método que debe emplearse en una investigación y de las formas de explicar, interpretar y comprender, según el caso los resultados obtenidos por un proceso investigativo.

De acuerdo con las implicaciones investigativas, la presente tesis se encuadra en el paradigma interpretativo, ya que, con este, se puede comprender la realidad como dinámica y diversa, a este paradigma se le denomina cualitativo, fenomenológico - naturalista o humanista. Su interés está dirigido al significado de las acciones humanas y de la práctica social, su propósito es hacer una negación de las nociones científicas de explicación, predicción y control del paradigma positivista por las nociones de comprensión, significación y acción.

Para determinar los procesos investigativos, se identifica como una investigación de tipo descriptivo, de acuerdo con su profundidad natural. Este tipo de investigación permite ordenar el resultado de la observación de las conductas y de las discusiones compartidas en el entorno comunitario.

La determinación de su tiempo de aplicación corresponde a un corte de periodo de forma transversal, que está determinado por fases de aplicación en un proceso que contempla un año, considerando 2020 y parte del 2021.

Según la ocurrencia de los hechos rescatados como información y expresión de los fenómenos, e incluso de las reacciones a los procesos de intervención, el estudio contempla revisar sus análisis de manera recurrente, es decir, tomando en cuenta los conocimientos que se van creando de forma paralela a la aplicación de instrumentos de recolección de información y de revisión de materiales de contenido temático. De manera, que todos los acontecimientos y expresiones del fenómeno se pueden registrar, estudiar y experimentar a medida que se van desarrollando en avances de manera procesal.

El estudio presenta principalmente un enfoque de investigación cualitativa. Según autores como Hernández, Fernández y Baptista (2010), el enfoque cualitativo puede definirse como “conjunto de prácticas interpretativas que hace al mundo visible, lo transforma y convierte en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos” (pág.168). Acompañado del análisis y síntesis de la información y datos obtenidos de fuentes primarias-secundarias y de trabajo de campo, como principal método de conocimiento utilizado para profundizar en el estudio del problema de investigación y llegar a las conclusiones que sintetizan los principales resultados.

Sin embargo, cabe mencionar que el estudio contempla un proceso organizado en varios subprocesos, sobre todo en la fase de trabajo de campo. El primer subproceso será auxiliado por las características del enfoque cuantitativo, dado que en ella se rescata una etapa exploratoria del proceso para conocer generalidades prácticas de las comunidades en estudio.

3.2. Sujetos de la investigación

Los sujetos protagonistas de esta investigación son principalmente los pobladores de las comunidades San Diego II y Barrio México del municipio de La Paz en Carazo. Sin embargo, un rol importante es jugado por los líderes identificados, quienes desarrollan su trabajo en la localidad, junto con la población.

Otro ente de relevancia es el Consejo Municipal de La Paz, que ha venido hilvanando las coordinaciones con el equipo de investigación organizado desde la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua).

Los sujetos concretos del proceso investigativo se definen en la muestra de cada fase que se explica con posterioridad, atendiendo a la dinámica de los objetivos que persigue la investigación.

3.3. Instrumentos de recolección de información

Para determinar los instrumentos de la investigación, se organizó el texto de forma que, el procedimiento de la investigación aparece distribuido en fases. En ellas, se explica el uso de los instrumentos requeridos para la recolección de información.

3.3.1. Fases de la investigación, muestras e instrumentos correspondientes

La muestra es la parte de la población que se selecciona para el trabajo de campo, es el sujeto en sí, del cual se obtiene el insumo informativo para el desarrollo del estudio. En ella se organiza el proceso de observación o discusión de las categorías de análisis del estudio.

Para efectos de esta investigación la muestra se define en proceso, debido a sus cuatro fases diseñadas. Sin embargo, llamaremos a un primer proceso como fase *i* o fase inicial, que contempla la etapa de diseño y negociación del proceso de investigación:

En la fase *i* se ha trabajado en la definición del diseño de la investigación o planificación del proceso investigativo mismo. Han sido parte de esta fase las tareas de revisión bibliográfica sobre el tema en estudio, determinación de objetivos y proceso metodológico en nivel de planificación y valoración de la viabilidad del proceso de investigación en términos de recursos, tiempos y contextos. De igual manera, se ha venido estructurando la propuesta de un documento que orienta el proceso investigativo, tanto para la parte teórica, como para los aspectos prácticos que son guiados por la metodología.

Una de las acciones clave en la fase *i*, ha sido la coordinación con el consejo municipal del municipio La Paz del departamento de Carazo. Equipo de trabajo local muy importante en la toma de decisiones de la investigación y en la definición de la propuesta.

Para esta tarea se realizó una coordinación interinstitucional entre la municipalidad y la academia universitaria, una gestión necesaria para entablar acuerdos de colaboración en el desarrollo de procesos de acompañamiento territorial. La propuesta de planificación de la investigación fue presentada ante el consejo municipal de la localidad, para retroalimentar la idea y para alcanzar un acuerdo mutuo de ejecución del proyecto de investigación.

Este proceso de fase inicial ha sido acogido con mucho interés por parte de las autoridades municipales, primeramente, externando la importancia del estudio y luego accediendo a su aprobación unánime mediante certificación emitida el 19 de agosto 2020, en la que también se decide seleccionar las comunidades en las que se realizó el estudio, teniendo en cuenta el interés por destacar la experiencia de una comunidad urbana (Barrio México) y una rural (San Diego II).

A partir de ese momento, las tareas giraron en torno a complementar los aspectos teóricos pendientes, además, de la afinación del diseño de los instrumentos de trabajo de campo, útiles en el proceso de recolección de información.

Esta fase *i* también contempla dos tareas esenciales del proceso, que ayudaron a estructurar de mejor forma la propuesta del diseño de la investigación:

- La primera ha sido la realización de visitas de campo directamente en la comunidad para efecto del cumplimiento de dos propósitos: Uno, el reconocimiento territorial tanto de la comarca San Diego II, como del Barrio México, que permitió organizar breves mapas de ubicación de las viviendas que existen y que luego fueron útiles como marco muestral, auxiliados también, con la información catastral que desde el orden institucional posee la municipalidad. Y dos, para aclarar y definir mejor la muestra a ser tomada en cuenta en la fase posterior, con la que se logró el levantamiento de información.
- La segunda, relacionada con el ejercicio de revisión de instrumentos por parte de otros profesionales que permitió alcanzar criterios de validación del proceso de investigación en el marco científico. Para ello, se presentó los instrumentos de recolección diseñados y un formato de evaluación para tal efecto, a cuatro profesionales con nivel de maestría y doctorado, de manera, que sus observaciones fueron clave para la readecuación de los instrumentos de recolección.

Posterior a la fase *i*, se desarrolló la fase 1 o fase de trabajo de campo (levantamiento de información), dividido en tres subprocesos que dieron lugar a la comprensión de los objetivos específicos trazados en la investigación.

El primer subproceso de la fase 1, comprendió un trabajo con características cuantitativas, por tanto, se planificó realizar un cálculo de muestra utilizando su fórmula estadística, de acuerdo con la cantidad de viviendas existentes en las dos comunidades involucradas, tomando referente los datos proporcionados por la oficina catastral de la Alcaldía de La Paz.

El uso de cálculo de muestra utilizando la vivienda, responde a una organización clave del marco muestral que tienen las comunidades, es decir, el

mapa de ubicación y de cantidad de viviendas que existe en las mismas. La unidad de análisis en este caso fue el jefe de familia (hombre o mujer) quien facilitó la información de sus prácticas sobre salud y sus formas de participación en la organización comunitaria frente a los retos del cuidado de la salud.

En cada una de las comunidades se distribuyó el resultado de la muestra de manera porcentual, según el peso habitacional de cada una de las localidades o como bien se le llama: muestreo aleatorio ponderado.

Este primer subproceso de la fase de trabajo de campo, tuvo por objeto explorar la situación práctica referida al tema de estudio, rescatar insumos para la comprensión de las prácticas organizativas y problemas de salud, familiarizarse con el entorno y determinar algunas acciones que paralelo al proceso de investigación permitieron la integración y desarrollo de propuestas en el territorio.

La muestra se calculó con base en los datos recopilados en las visitas de reconocimiento realizadas en la fase *i*, a través, de la organización del marco muestral correspondiente y con la ayuda de los datos del sistema catastral de la municipalidad. En ellas se logró determinar que la comarca San Diego II posee 137 viviendas habitadas y el Barrio México cuenta con 100 viviendas habitadas, juntando un total de 237 viviendas (100%) a tener presentes en el estudio.

Para calcular la muestra se utilizó la siguiente fórmula estadística sencilla:

$$\frac{Z^2 * p * q * N}{N * e^2 + Z^2 * p * q}$$

Donde,

N es el total de población (total de viviendas).

Z es el nivel de confianza a utilizar.

e es el error muestral.

p: probabilidad de certeza

q: probabilidad de No certeza

N: es la muestra a determinar

Sustituyendo datos:

N: 237 viviendas.

Z: 95% (1.96) valor constante.

e: 5%.

p: 50%

q: 50%

N: es la muestra a determinar.

Calculando con fórmula:

$$\frac{Z^2 * p * q * N}{N * e^2 + Z^2 * p * q}$$

n: (1.96)² (0.5) (0.5) (237)

(237) (0.05)² + (1.96)² (0.5) (0.5)

n: (3.8416) (0.25) (237)

$$(237) (0.0025) + (3.8416) (0.25)$$

n: 227.6148

$$0.5925 + 0.9604$$

n: 227.6148

$$1.5529$$

n: 146.57= 147

La muestra a investigar fue de 147 viviendas. Estas se calculan de forma proporcional al peso del porcentaje correspondiente en cada comunidad de estudio:

Tabla 1: Distribución de muestra según peso proporcional en cada comunidad

| Comunidad | Total de Viviendas (N) | Porcentaje | Total de muestra (n) |
|----------------|------------------------|------------|----------------------|
| Barrio México | 100 | 42% | 62 encuestas |
| San Diego II | 137 | 58% | 85 encuestas |
| Conjunto total | 237 | 100% | 147 encuestas |

Fuente: Elaboración propia con base en cálculo de muestra de estudio.

Este cálculo de muestra para cada comunidad refiere la cantidad de instrumentos para recopilación de información a aplicar en las comunidades.

El segundo subproceso de la fase de trabajo de campo, fue de carácter cualitativo y para ello se determinó una muestra con características específicas

de la población, es decir, se realizó un muestreo por conveniencia, con el fin de obtener información cualificada sobre las prácticas de organización comunitaria frente a la protección de la salud.

Para ello se seleccionó a 3 madres/padres de familia de cada comunidad, juntando un total de 6 personas.

Estas mujeres u hombres según sea el caso, tuvieron como criterio para su selección:

- Ser habitante de la comunidad por más de 6 años en cada localidad.
- Tener facilidad de expresión-comunicación.
- Manejo informativo y participativo de los procesos comunitarios existentes en la comunidad.
- Deseos de colaborar como participante en el estudio.
- Poseer características de líder en la comunidad donde habita.

Cada una de estas personas por ser quienes poseen el mayor rescate de las costumbres y prácticas de la salud comunitaria, fueron entrevistadas, con un instrumento que fue enriquecido por el resultado del trabajo obtenido en el primer subproceso de fase de trabajo de campo (la parte cuantitativa). Este instrumento funcionó como una guía para la discusión del objeto de estudio dado que la característica de esta fase fue de corte cualitativo.

También se contempló en este momento, la posibilidad de aplicar algunas herramientas metodológicas que ayudaron en la promoción de la organización comunitaria, en el mejoramiento de la salud pública local. Este ejercicio participativo permitió de alguna forma, obtener un termómetro de la integración y reacción de las comunidades al estímulo que busca el empoderamiento de las comunidades en la prevención y organización frente al fenómeno de la salud pública. Implicó la realización de algunas acciones conjuntas con la comunidad en el marco educativo sobre los aspectos de salud de la comunidad.

El tercer subproceso de esta fase de trabajo de campo, de igual manera, fue de carácter cualitativo y comprendió la selección de una muestra más

exclusiva en la que se tomó la participación de actores y protagonistas específicos en la comunidad: principalmente de carácter institucional. Estos permitieron obtener la visión de los expertos en el desarrollo de la temática en cuestión y de la problemática en sí. Entre ellos se encuentran funcionarios de algunas instituciones locales como el caso concreto de la conexión con el Ministerio de Salud (MINSA) y sus redes locales, Gobiernos locales y estructuras comunitarias locales existentes en las comunidades sujetas de estudio.

El propósito de esta fase ha sido validar la propuesta del plan de organización comunitaria, estructurado con insumos de las fases uno y dos. En este momento también fue importante integrar la visión de otros actores como maestras/os, representantes de iglesias de la comunidad, representantes de la municipalidad y otros presentes de manera más estable dentro de las comunidades que resultan clave en los procesos socio culturales.

En este subproceso la técnica trabajada fue un taller participativo aplicando recursos del grupo focal que permitió una discusión de carácter municipal para integrar en una misma cita a protagonistas de las dos comunidades involucradas.

3.3.2. Técnicas e instrumentos del proceso investigativo

Como bien se ha mencionado, la fase de trabajo de campo está organizada en tres subprocesos.

El primer subproceso por ser de carácter cuantitativo, ha sido auxiliada por la técnica de recopilación para tales fines: la Encuesta, esta es diseñada con interrogantes que tienen características cerradas en sus respuestas, en la medida posible para generar base de datos exploratorios sobre la situación de las comunidades. Ello permitió tener un acercamiento de la experiencia organizativa en temas de salud y algunas prácticas organizativas comunes locales.

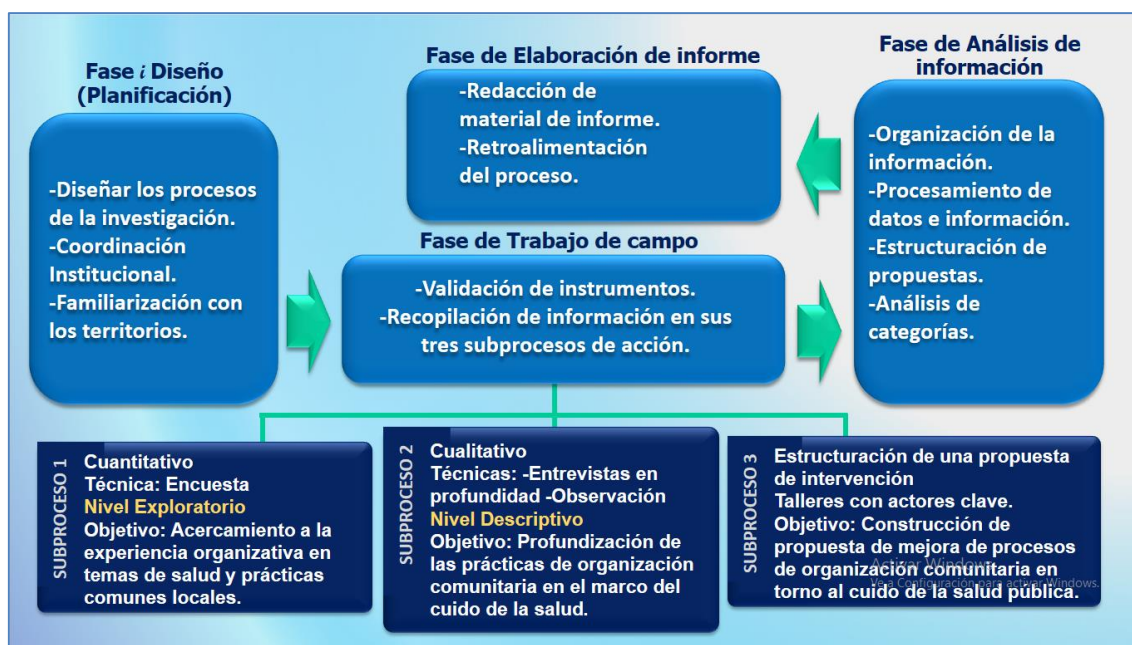
En el segundo subproceso, se aplicó la técnica de Entrevistas, con el interés de profundizar sobre las prácticas de organización comunitaria en el

marco del cuidado de la salud. Estas entrevistas han sido de carácter abierto, utilizando una guía que permitió rescatar las ideas y experiencias territoriales sobre los temas en estudio. De igual forma, los aportes para visualizar algunas pistas útiles en la determinación de ideas para formular la propuesta de trabajo para el siguiente subproceso.

En este segundo momento, además, se desarrolló un proceso de observación, que permitió comprender la lógica organizativa y la realidad vivida por las comunidades respecto al fenómeno en estudio.

El tercer subproceso implicó una dinámica vinculada a la estructuración y validación de una propuesta de intervención. Para ello se determinó taller con protagonistas clave de la localidad, organizando una convocatoria común para discutir, validar y mejorar la propuesta de fortalecimiento de la organización comunitaria en función de la protección de la salud pública.

Gráfico 1: Esquema del procedimiento metodológico de la investigación desarrollada



Fuente: Elaboración propia con base en la descripción metodológica de la investigación.

3.4. Técnicas de análisis

3.4.1. Tratamiento de los datos

Para el manejo de los datos fue útil organizar procesamiento de información para cada técnica de manera adecuada y de forma separada respondiendo a la lógica de cada subproceso.

En el caso del primer subproceso, se auxilió de un procesador de datos cuantitativo que permitió ver los resultados generales de la información recopilada. En esta parte interesó ver las relaciones y determinar situaciones concretas dado que se trata de una fase explorativa.

El procesador estadístico utilizado fue el SPSS 20, para organizar y estructurar los datos en este primer subproceso, en el que se requirió de resultados de carácter descriptivo, utilizando tablas de frecuencia, datos porcentuales para reinventar gráficos que han permitido presentar la información obtenida por comunidad y de manera integrada en algunos casos.

Para los subprocesos dos y tres de la fase de trabajo de campo, se realizó análisis de las entrevistas estructurando resultados vinculados a los objetivos de la investigación. Para ello, se diseñó matrices que permitieron organizar la información y comprenderla mejor. Ese recurso fue válido para la técnica de entrevistas exclusivamente. En este recurso se trabajó en el ordenamiento y extracción de los aportes más sustanciales para comprender el fenómeno en estudio.

De igual forma, los resultados del subproceso tercero fueron estructurados en esquemas y rutas que nos permiten visualizar de mejor forma la propuesta y sus alcances.

3.4.2. Análisis de información

Los datos de la fase de trabajo de campo, fueron de carácter cuantitativo para dar respuesta al primer objetivo específico diseñado y su alcance es exploratorio. La información de carácter cualitativa que responde fundamentar los objetivos específicos dos y tres, han sido de comprensión y de corte propositivo respectivamente.

En el objetivo específico uno, la información requerida se vincula a identificar las prácticas organizativas y las afectaciones en la salud pública presentes en las comunidades estudiadas. Esta información fue pertinente para comprender la magnitud de las afectaciones en la salud pública, además saber, cómo la población en estudio percibe el componente de la salud pública y cuáles son algunas de sus prácticas.

Los datos de esta primera parte fueron útiles para tener un marco de actuación posterior y tener mayor dominio de las problemáticas presentes en las comunidades. En ello se debe contemplar las prácticas que desarrollan para la prevención a enfermedades y otras afectaciones de la salud en el hogar y en la comunidad. Así como también, la determinación de cuáles son aquellos factores que obstaculizan el éxito de la salud en la comunidad y los que facilitan la prevención de los problemas de salud.

3.4.3. Plan de análisis

Para el manejo de los datos fue útil organizar procesamiento de información para cada técnica de manera adecuada.

En el caso del subproceso cuantitativo, se auxilió de un procesador de datos que permitió ver los resultados generales de la información recopilada. En esta parte interesó destacar las relaciones entre las comunidades y determinar situaciones concretas dado que se trató de una fase exploratoria.

Los datos han sido útiles para tener un marco de actuación posterior y tener mayor dominio de la situación presente en la comunidad. En ello se debe

contemplar las prácticas que desarrollan los habitantes de las comunidades para la prevención de enfermedades y otras afectaciones de la salud en el hogar y en la comunidad.

La información fue dispuesta en ejercicio de síntesis y análisis para lograr un conocimiento y comprensión pertinente, trabajada en varios momentos principales:

- Selección de la muestra y organización de las condiciones para el levantado de información.
- Trabajo de campo: Recopilación de información de fuente primera mano con la aplicación de encuesta a la población.
- Organización de la base de datos en función del procesamiento de datos con programa SPSS versión 20.
- Determinación de datos. Por su nivel descriptivo el recurso estadístico utilizado fue:
 - Tablas de frecuencia.
 - Gráficos de frecuencia.
 - Porcentaje de datos.
- Análisis de los datos: para ello se tomó partida de los objetivos planteados, realizando análisis de los datos externados.
- Redacción de los resultados extraídos y las conclusiones del apartado en estudio.

Para la segunda parte o segundo subproceso, que responde al objetivo específico dos, interesó mucho saber directamente cuáles fueron las enfermedades de mayor afectación en las comunidades y cómo las enfrentan. Las entrevistas permitieron obtener esta información, de manera que, al analizarla se logró estructurar resultados bastante sólidos sobre esa realidad vivida por las comunidades.

El análisis de esta información fue dispuesto en ejercicio de síntesis y análisis para lograr un conocimiento y comprensión pertinente.

Para analizar los aspectos referidos al tercer objetivo específico, teóricamente la información de los momentos uno y dos de la fase de trabajo de campo con sus respectivos análisis fueron la base para alcanzar una propuesta de intervención coherente con la realidad de las comunidades y el análisis de su entorno, pensando en limitantes y facilitadores de la determinación de un plan de acompañamiento social.

El análisis de la información de este tercer momento, permitió la realización de procesos de discusión sobre una propuesta estructurada previamente, pero discutida de manera colectiva con los protagonistas clave de su desempeño mismo.

Los protagonistas clave que participaron en esta fase jugaron un rol evaluador para la validación de las ideas de la propuesta de acompañamiento en el campo de la organización comunitaria para efectos del mejoramiento de la salud.

Su enriquecimiento permitió además de validez de la propuesta, un alto nivel de aceptación a la misma, dado su vinculación con la problemática y su coherencia con el desempeño práctico.

3.5. Elaboración de informe de investigación

Para efecto de documentación, los resultados de la investigación han sido presentados en una estructura que permite tener coherencia lógica y procedimental con los objetivos específicos diseñados.

Para efectos de operatividad, los resultados han tenido un ejercicio de evaluación de la calidad y validez de la información. Para ello, se contempló espacios de presentación para la comunidad y para los actores clave en dos espacios diferentes. De manera, que este ejercicio permitió organizar nuevas ideas y reacciones ante los resultados y las propuestas. En otras palabras, un ejercicio de realimentación.

Este ejercicio de carácter científico fue coordinado con la comunidad misma y las autoridades locales. Una vez que se presentó, se determinó el producto final incorporando los aportes recibidos y discutidos en el ejercicio de validación.

En este momento fue importante tener presente también, la revisión de las prácticas de triangulación utilizados como forma de validación y científicidad del proceso de investigación, de manera que, el producto social alcanzado logre ser un referente aplicativo para mejorar las prácticas organizativas de las comunidades en torno al cuidado de la salud pública local.

Cabe mencionar, que algunos aportes de los protagonistas han sido utilizados para respaldar o fundamentar algunos análisis en la redacción del informe. Sin embargo, se convenio utilizar dos siglas de cualquiera de sus nombres, como medio de tranquilidad de sus intervenciones al estudio. Esta decisión no responde a un asunto de temor sobre el uso de la información, sino, a un asunto de poca costumbre por parte de los protagonistas. Corresponde al investigador, respetar ese planteamiento solicitado por los protagonistas del estudio.

IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente acápite se recogen los aportes extraídos en la fase de trabajo de campo y el análisis de la información recopilada para alcanzar los fines del proceso investigativo.

Para esta tarea, se ha organizado la información en tres bloques, respondiendo a los planteamientos establecidos en los objetivos específicos de la investigación.

El primer objetivo específico plantea las prácticas organizativas familiares y comunitarias utilizadas para la prevención de los problemas de salud pública en las comunidades en estudio (Barrio México y Comunidad San Diego II).

4.1. Organización comunitaria para la salud pública

Un primer bloque de información, está referido a los procesos de organización comunitaria existentes en las comunidades estudiadas. Para lograr el análisis, se ha combinado los aportes de los instrumentos aplicados (entrevistas y encuestas), con el análisis del investigador, tomando en cuenta los aportes y reacciones emitidas por colaboradores del proceso y algunos líderes de la comunidad que también han sido parte del proceso de trabajo de campo.

4.1.1. Prácticas organizativas familiares y comunitarias

Sobre el tema de las prácticas organizativas se encontró lo siguiente:

4.1.1.1. Prácticas organizativas familiares.

En el ámbito familiar, es posible notar que las personas en sus hogares se ordenan de acuerdo con los hechos que van sucediendo en el marco domiciliar. Estas acciones son realizadas de forma lógica con sus diferentes situaciones vividas, aunque muchas de sus prácticas responden a patrones culturales y a condiciones infraestructurales existentes en sus viviendas.

Para cuidar su salud y la salud de todas las personas en las viviendas, las familias acostumbran realizar acciones concretas de forma diaria, como lavar sus

vestimentas, barrer y limpiar la casa, mantener los platos limpios, y otras acciones más individuales como las referidas a la higiene personal: bañarse a diario, lavarse las manos de forma frecuente (sobre todo porque se enfrenta un contexto de pandemia).

Desde el punto de vista socio familiar, las personas de las comunidades investigadas, tienden a preocuparse entre unas y otras de forma mutua, existe una red interna de apoyo familiar que abre lugar a las medidas preventivas para el cuidado de la salud, se preocupan entre sí, para garantizar que todos se encuentran bien. Las prácticas en las que se refleja esto, pueden verse en el esfuerzo por garantizar: una alimentación básica, una práctica evaluativa de las condiciones de salud, una práctica sistemática del uso de medicinas y en el actual contexto de pandemia, un cuidado preventivo ante el COVID-19.

4.1.1.2. Las prácticas alimenticias y la salud

En el caso de la alimentación, las familias en sus viviendas procuran mantenerla tres tiempos en el día, contemplando componentes nutritivos mínimos requeridos para sostener una dieta que permita una buena salud. De acuerdo con la información obtenida, puede notarse una amplia similitud en la práctica alimenticia entre las dos comunidades.

En el barrio México los componentes básicos mencionados en sus alimentos son: el frijol, el arroz, el uso de lácteos, el huevo y derivados del maíz. Por su parte, la comunidad San Diego II, consume frijol, arroz, huevo, derivados de lácteos y del maíz, además del uso más frecuente de las musáceas, principalmente el plátano. En ocasiones consumen carne, pero no es un alimento de todos los días, primero por su posibilidad de acceso y segundo por un tema de consumo cultural.

También se puede mencionar otras prácticas como el cultivo de patio de las familias en las comunidades, entre ellas se puede identificar la siembra de plátanos en baja magnitud, lo que permite compartir o intercambiar con otros vecinos de la comunidad, enriqueciendo así, la dieta del consumo nutritivo en cada familia. Sobre este aspecto es posible identificar en algunas de las

viviendas, la existencia de al menos dos a tres plantas de chagüite, y otras en menor frecuencia como el caso del tomate que también es útil en la propuesta alimenticia de las comunidades.

Cabe señalar, que la práctica alimenticia de estas comunidades, se encuentra íntimamente ligada a prácticas culturales propias de nuestro país, es decir, la cultura culinaria del pueblo nicaragüense es centrada básicamente en los rubros de mayor importancia productiva de la región. Siendo entonces, el maíz y el frijol los componentes de mayor uso en la alimentación de las comunidades.

El maíz proporciona minerales como zinc, hierro, fósforo, cobre y magnesio, por tanto, un excelente antioxidante que favorece el metabolismo en el cuerpo y a la vez, resulta ser un hábil conductor de las vitaminas A, B y E, que ayudan a combatir la anemia y otras enfermedades. Por su parte, el frijol es rico en proteína vegetal, fibra, proporción de vitamina B, minerales como el hierro, calcio, potasio, fósforo y zinc, en ocasiones un buen sustituto de las propiedades de la carne, pero sin grasa animal.

En el caso del aspecto alimenticio, es menester señalar, que la debilidad para el cuidado de la salud es el hecho de no tener la costumbre o las condiciones para el consumo más sistemático de ciertos componentes nutritivos y preventivos como las vitaminas C, que se pueden encontrar fácilmente en los cítricos y resultan un excelente defensor de los virus que se expresan en las llamadas gripes que circulan temporalmente en las comunidades. De igual manera, el uso de ensaladas en las que se encuentran muchas funciones intestinales, previniendo mejorando el estreñimiento, la reducción del colesterol, el control de la glucemia y la prevención de enfermedades cardiovasculares y la diabetes.

Estas prácticas alimenticias, además de estar ligadas a procesos culturales de las comunidades, también se encuentran limitadas por las condiciones económicas que poseen las familias, dado que el poder adquisitivo juega un papel importante en la variedad de los componentes alimenticios.

Muchas de las familias sobre todo en el caso de la comunidad San Diego II, se dedican a trabajos eventuales en las siembras (maíz o frijol) o en los trapiches de la localidad, donde su condición obrera y en parte campesina, no garantiza una estabilidad en los ingresos económicos.

4.1.1.3. Práctica sistemática del uso de medicinas

El uso de medicinas resulta ser una práctica generalmente preventiva, pero en ocasiones se convierte en tratamiento curativo, sobre todo cuando ha pasado el proceso evaluativo del centro de salud u hospital, para identificar las causas de los malestares.

Los miembros de la familia suelen expresar el sentir de posibles síntomas de enfermedad o malestar. Cuando algunos de estos síntomas aparecen, los familiares se apoyan para atenderse de forma inmediata con el uso de hierbas naturales con propiedades curativas en estado de cocimiento, para disminuir los efectos de enfermedad y para atacar posibles causas de una enfermedad. En este sentido, el conocimiento popular ancestral juega un papel muy relevante en su transmisión, de una generación a otra.

Las hierbas más comunes mencionadas por la comunidad en el uso preventivo de enfermedades suelen ser: la canela para uso relajante y desinflamante, jengibre para combatir resfríos y enfermedades respiratorias, la raíz de zorrillo para combatir las gripes y enfermedades respiratorias, y otras como la hoja de mango y la de guanábana usada para efectos desinflamatorios y dolores artríticos, el eucalipto para combatir la tos y resfríos, la hoja de guayaba para cicatrizaciones, desparasitantes y desinflación estomacal.

Cabe mencionar, que una mayoría de estas hierbas o plantas para uso medicinal, suelen sembrarse en los patios de las viviendas de la comunidad o son plantas (árboles) que pueden encontrarse de forma fácil en los campos aledaños a las comunidades, sobre todo en el caso de la comunidad San Diego II por encontrarse ubicada en un territorio con características rurales.

La comunidad expresa que cuando aparecen síntomas de enfermedad, algunas familias acuden a la automedicación, cuando se trata de situaciones leves como dolores de cabeza, diarreas, espasmos o resfriados. Sin embargo, cuando se trata de síntomas de mayor alerta, entonces practican la visita al centro de salud más cercano.

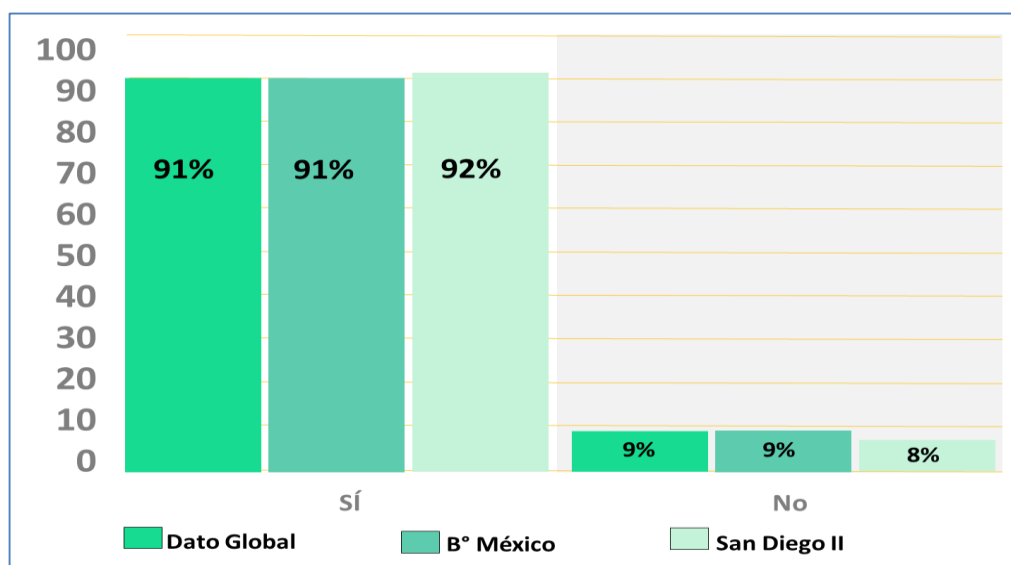
La práctica de la automedicación es de fácil acceso en las comunidades, dado que se puede adquirir fármacos en pulperías, en farmacias o en el mercado de Jinotepe, mientras se aprovecha para las compras de las necesidades en los hogares. Cabe destacar que estas prácticas no son controladas, lo que podría en alguna ocasión, resultar un problema de salud adjunto.

4.1.1.4. Prácticas evaluativas de condiciones de salud

Las prácticas evaluativas de las condiciones de salud, están consideradas por la identificación y control de síntomas de enfermedades posibles en los miembros de la familia. De tal manera que, expresan acudir a los Centros de Salud cuando consideran que los síntomas tienden a ser más agresivos y menos controlables o menos pasajeros. En estos casos, la práctica inmediata es asistir al Centro de Salud más cercano para hacer evaluación del caso y tomar las medidas recomendadas por los doctores. Para cualquiera de los casos, el centro de salud más cercano es el que se encuentra ubicado en el centro del municipio La Paz, siendo más accesible para los habitantes del barrio México.

De acuerdo con la encuesta aplicada, en los datos globales aparece que, el 91% de las comunidades en estudio realizan visita a los Centros de Salud más cercanos para evaluar su condición de salud. Para el caso particular, puede notarse que en el barrio México mantiene la misma frecuencia que el dato general, sin variante, es decir, 91%, y en el caso de la comunidad San Diego II existe una variación mínima en decimal, que finalmente también permite concluir que 92% de las familias participan de esta práctica preventiva en el cuidado de la salud, como puede notarse en el Gráfico N° 2.

Gráfico 2: Visita de la comunidad a los centros de salud más cercanos.



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Estos datos, reflejan que existe un alto interés por mantener una buena salud en los miembros de la familia. En cada vivienda se aplican prácticas de cuidado de la salud que muestran un compromiso con el bienestar de cada integrante, haciendo un trabajo solidario entre sí y preventivo de las condiciones de salud.

La accesibilidad del Centro de Salud entre una y otra comunidad tiene su variante en términos de distancia. Para el habitante del barrio México resulta más sencillo porque se encuentra a unos quinientos metros de distancia desde el barrio, en cambio, los habitantes de San Diego II, deben realizar un mayor recorrido para lograr recibir los servicios que brinda el centro de salud, que en vehículo puede tardar aproximadamente unos veinte minutos en promedio. Estas diferencias, responden a la ubicación urbano-rural a la que pertenece cada una de las comunidades. El barrio México por su característica urbana, se encuentra a poca distancia del Centro de Salud. San Diego II, es rural y su distancia es más significativa.

4.1.1.5. *Prácticas familiares para la prevención del COVID.*

En cada vivienda, las familias de las dos comunidades, se encuentran claramente alertadas con el tema de la pandemia mundial del COVID-19 y desde 2020 vienen aplicando medidas preventivas con más rigurosidad, haciendo de algunas prácticas, una costumbre más cotidiana, sobrellevando la situación que envuelve en un problema de salud a los habitantes de forma global.

Entre las prácticas sencillas que están aplicando se encuentran:

- El frecuente lavado de manos asumiendo la responsabilidad de hacerlo de manera correcta.
- El uso de mascarilla, aunque esta práctica es desarrollada generalmente cuando tendrán viajes a otra comunidad o cuando realizan gestiones laborales o personales.
- El uso de alcohol en las manos de forma frecuente.
- Evitar el contacto directo con otras personas.
- Mantenimiento de las distancias mínimas con otras personas.
- Organizándose para los procesos preventivos de atención en los Centros de Salud al tomar las dosis de ivermectina.
- Participando en las jornadas de vacunación anti COVID que ha desarrollado el gobierno, a través del Ministerio de Salud con la participación de la red de voluntarios comunitarios.

Será necesario mencionar, que estas prácticas se acrecientan en las costumbres de las familias, cada vez que se sabe o se escucha que el virus COVID-19 ha estado afectando a personas cercanas a sus viviendas o si escuchan en las noticias que los casos de virus se encuentran en aumento.

En algunos momentos del proceso de acompañamiento, pudo ser notable que la comunidad no tenía mucha importancia a las afectaciones del virus, aduciendo que se trataba de naturaleza. Por ejemplo, en una de las convocatorias a los talleres realizados en el barrio México, las personas se presentaron a la actividad sin mascarilla, sin excepción alguna, incluyendo a personas adulta mayor. A partir de este hecho, se tomó la decisión de promover

más el uso de la mascarilla llevando ese recurso y entregándole a las personas que pudiesen presentarse sin mascarilla a los talleres comunitarios.

Leyendo los comportamientos y escuchando los argumentos de la comunidad, fue fácil identificar que se encontraban en un momento de cansancio ante todo lo vivido y sufrido por las familias ante los estragos causados por la pandemia, un estado emocional que es importante tenerlo presente en procesos de atención y tratamiento de enfermedades, en especial, las tipificadas como pandemias. Sin embargo, este escenario fue una oportunidad para sensibilizar sobre los procesos preventivos ante tal contexto.

Las prácticas preventivas en función del control del virus COVID, deben continuarse, la comunidad debe estar más clara que la situación es compleja y que es un problema de salud pública que no desaparecerá tan pronto de nuestro entorno. Dicho esto, una de las primeras conclusiones de esta categoría interviniente (pandemia COVID) es, en términos organizativos, que la comunidad y cada familia debe repensar sus prácticas preventivas ante el virus y que se requiere estar más sensibles frente a la batalla para controlar la inmersión del virus.

Cabe mencionar que, durante los meses en que se ha desarrollado el trabajo de campo de esta investigación, el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) a través del sistema de salud nacional de Nicaragua y sus instituciones correspondientes, han estado desarrollando un sinnúmero de acciones y medidas preventivas dirigidas a la lucha contra la propagación del COVID-19, las estructuras locales han jugado un importante papel en la orientación y atención a las comunidades. Significando este escenario que, en el momento de desarrollo del estudio, se enfrentó a una situación singular en la relación enfermedad-atención-comportamiento de la comunidad.

En otras palabras, las medidas de seguridad en términos preventivos, claramente han tenido un efecto cambiante en el comportamiento de la comunidad, dado que, nos encontramos frente a una situación atípica de la problemática de salud. Por un lado, obliga a las familias a actuar de manera más

comprometida con el cuidado de la salud y sus prácticas higiénicas. Por otro lado, también ha afectado de forma negativa en los procesos organizativos, ya que las familias han tenido mayor temor por participar en actividades comunitarias en las que se requiere reunirse.

Desde este punto de vista, la situación interviniente en el escenario de estudio, ocasionada por el COVID-19, resulta valorada como positiva desde el cuidado de la salud, pero negativa desde el fortalecimiento de los procesos organizativos. Cabe mencionar que, aunque las comunidades han expresado muchos temores sobre el contagio, en los meses de aplicación del estudio, tanto en el barrio México como en la comunidad San Diego II, no se presentaron casos de descenso por causa de COVID-19, y tampoco se presentaron casos positivos de su contagio. En tal sentido, se reitera que las medidas preventivas necesarias para enfrentar la pandemia se han estado poniendo en práctica en los territorios.

4.1.2. Prácticas organizativas comunitarias.

En el ámbito comunitario, se retoman acciones de carácter más colectivo para estudiar los vínculos que establece la comunidad para el cuidado de la salud pública. Se trata entonces, de pensar en las acciones colectivas que de manera consciente o no, las familias o miembros de la comunidad practican.

Los elementos clave, contemplados en estas prácticas organizativas comunitarias, giran alrededor de la participación, el empoderamiento y las condiciones del capital social que se identifican en las comunidades, valorados como entes facilitadores o entes limitantes del desarrollo organizativo de la comunidad.

4.1.2.1. Participación comunitaria

La participación es una de las categorías más importantes de la discusión temática en la que se ha trabajado esta investigación, dado que es uno de los componentes básicos de la organización comunitaria. Para su estudio, se ha trabajado pautas concretas que permitan hacer un análisis de los aspectos relevantes que la comunidad identifica en las prácticas de la comunidad y cómo

ella se integra a esos procesos prácticos de la participación. Ese ejercicio ha permitido, hacer una relación de la información rescatada por la encuesta y las entrevistas con las prácticas observadas en el proceso vivido mediante los talleres realizados.

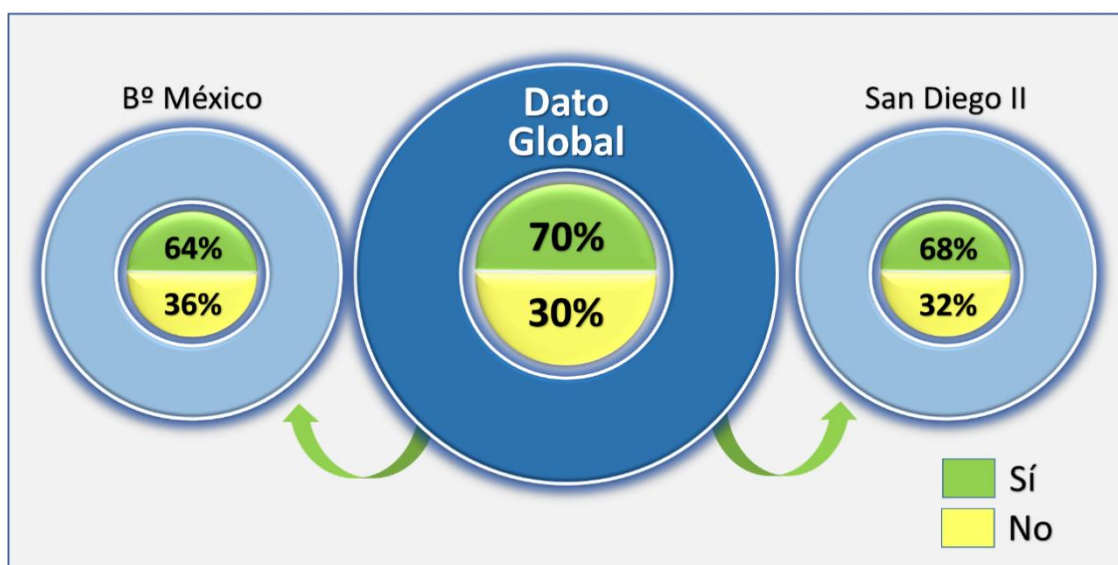
Este componente, contempla vivencias prácticas como: el desarrollo de jornadas de limpieza en la comunidad, jornadas populares de vacunación, jornadas de fumigación, jornadas de abatización, procesos de capacitación en el cuidado de la salud y otros aspectos relativos a las prácticas participativas que permiten la mejora de la organización comunitaria en torno al cuidado de la salud pública.

4.1.2.2. El reconocimiento y participación de las acciones colectivas.

Una de las acciones más importantes en el plano preventivo y en la generación de conocimientos locales son los procesos de capacitación de carácter popular, es decir, los espacios para enriquecer a las comunidades en términos de aprendizajes para el cuidado de la salud comunitaria y la organización que permita una mejor calidad de vida de las personas y familias en las localidades.

De acuerdo con los resultados del estudio, puede identificarse un reconocimiento a estas acciones de capacitación en el marco interno de las comunidades. En los datos globales (ver Gráfico N° 3), la encuesta aplicada refleja que el 70% de las familias, reconocen estas acciones como procesos dirigidos hacia la comunidad. En el caso de los datos individuales en cada comunidad se revelan 64% y 68% en el barrio México y comunidad San Diego II respectivamente.

Gráfico 3: Reconocimiento de la promoción de capacitaciones sobre el cuidado de la salud en la comunidad.



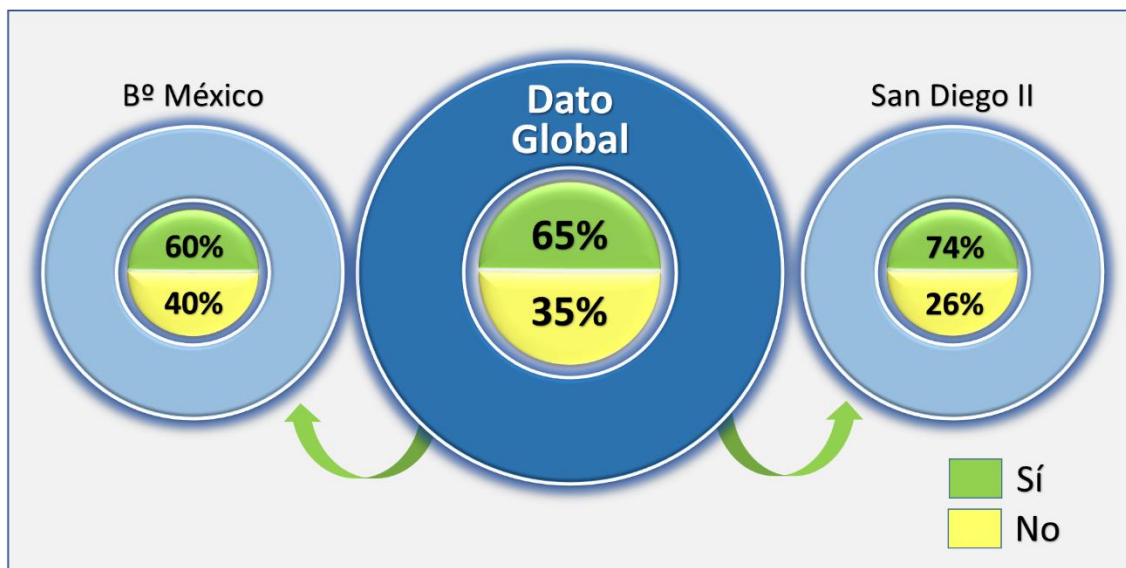
Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Puede notarse que, de forma general, se identifica que, en las comunidades en estudio, existe un alto interés por parte de los locales para que existan procesos de aprendizaje sobre las buenas prácticas de salud. Sin embargo, es clave revisar los datos de la participación de la comunidad en cada proceso.

En el ámbito de la integración y participación de los procesos de capacitación desarrollados para la comunidad, en términos globales el 65% de las familias participan. Para el caso específico de la comunidad San Diego II es de 74%, bajando un poco a 60% de las familias para el caso de barrio México.

Gráfico 4: Participación de las familias en las capacitaciones sobre el cuidado de la salud en la comunidad.

Participación de su familia en las capacitaciones sobre el cuidado de la salud



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

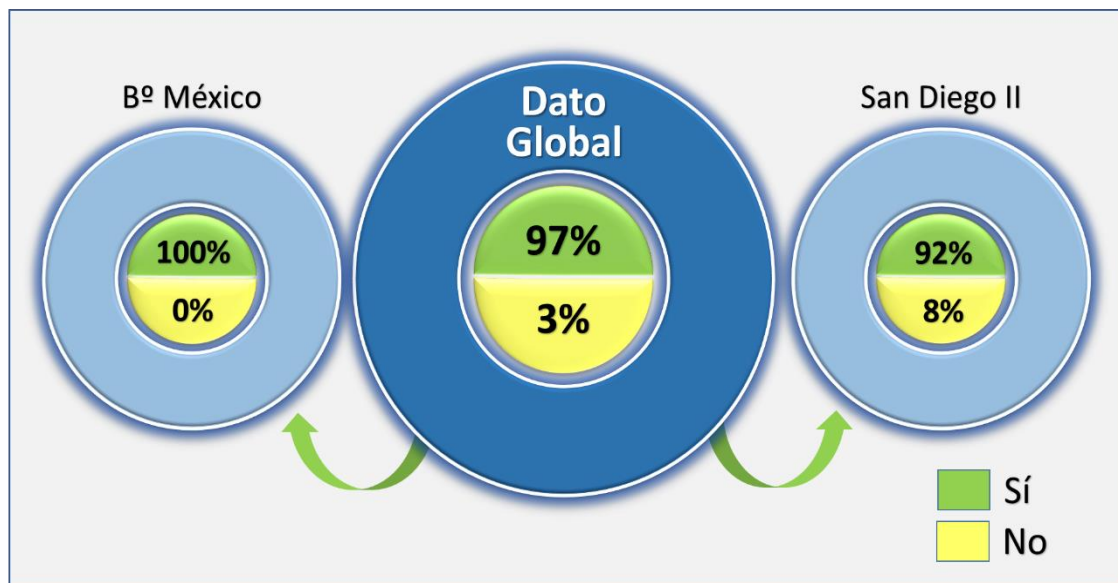
Como puede notarse en los dos gráficos anteriores, de acuerdo con la encuesta, existe una percepción de un buen manejo de los temas de capacitación y de la integración de las familias de las comunidades en esos procesos de capacitación. Sin embargo, las discusiones generadas en los momentos en que se presentó los resultados tanto globales como locales, abrieron paso a una clara crítica de esa relatividad entre la auto opinión de la comunidad vía encuesta y la práctica real de sus procesos. La crítica giró en torno a que las comunidades en realidad necesitan mayor compromiso e integración en los procesos participativos territoriales.

Ante esta auto crítica, es válido mencionar, que en el sentido práctico de la experiencia de esta investigación fue notable que la participación e integración de las personas a los procesos en realidad es una materia que se encuentra en proceso de fortalecimiento. Aunque, se piensa en el COVID-19 como ente interviniente afectando las posibilidades de una mejor y mayor integración de la comunidad en los procesos.

Respecto a la organización de jornadas populares de limpieza comunitaria en las que las familias de las comunidades se integran para el cuidado de la salud, en dato global, es reconocido hasta por un 97% de las familias, notando como una de las actividades de relevancia para las comunidades. Los datos para cada comunidad, se mantienen en 100% para el caso de barrio México y 92% para la comunidad de San Diego II. Ello continúa siendo un alto reconocimiento por parte de la comunidad en términos de acciones que sean útiles para el cuidado de la salud comunitaria.

Gráfico 5: Reconocimiento de organización de Jornadas de Limpieza en la comunidad.

Organización de Jornadas de limpieza en su comunidad



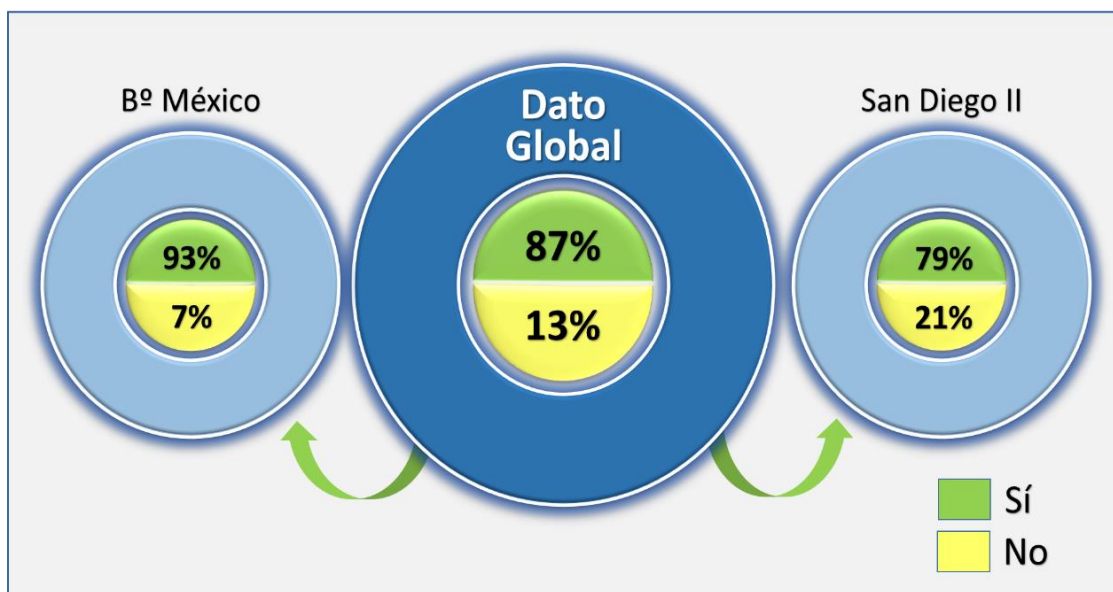
Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Los resultados de la encuesta reflejan, que al referirnos a la participación en cada evento como acción que se organiza en la comunidad, la tendencia suele bajar con respecto a la perspectiva de reconocimiento de esas acciones. Aunque no es una tendencia para todos los casos. Así para el dato concreto, se identifica que un 87% de las familias se integran participando en las jornadas de limpieza que se organizan en la comunidad. Para barrio México asciende a un 93% y para la comunidad San Diego II representa el 79% de las familias.

Estos datos resultan bastante positivos para el desarrollo organizativo de las comunidades. Sin embargo, en este aspecto existe una ligera diferencia entre la reacción participativa entre cada una de las dos comunidades. De acuerdo con la información recopilada, en la comunidad San Diego II existe un ligero menor efecto de la participación de las familias en las jornadas de limpieza.

Gráfico 6: Participación de las familias en las Jornadas de Limpieza en la comunidad.

Participación de su familia en las Jornadas de limpieza de su comunidad



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Otra de las acciones reconocidas como efecto organizativo de la comunidad, en su relación con las instituciones (Ministerio de Salud y Alcaldía para el caso), es la organización de Jornadas de Vacunación comunitaria. Al respecto en los datos globales puede verse que existe un aceptable reconocimiento por parte de la comunidad, que asciende a un 99% familias que lo reconocen.

Ilustración 1: Organización de jornada de vacunación en casa de las comunidades.

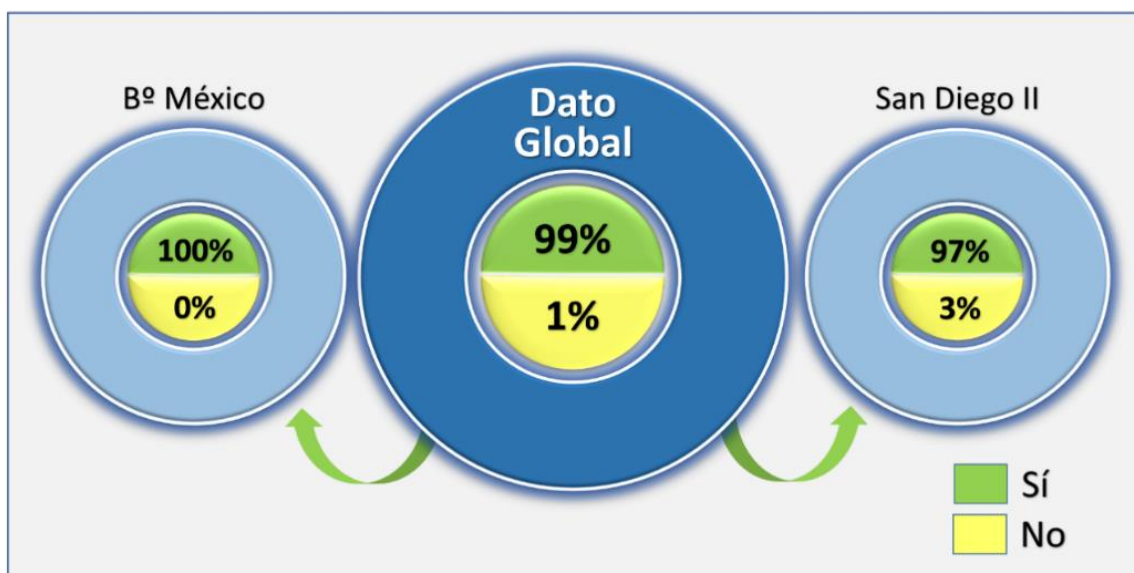


Fuente: Fotografía de Meyling Herrera Vásquez. (San Diego II. 2021)

Mientras tanto, siempre de forma muy aceptable, puede notarse que en el caso del barrio México el 100% lo reconocen y el 97% para el caso de la comunidad San Diego II. Estas jornadas a diferencia de las de limpieza, se realizan en conexión y coordinación con el MINSA y las autoridades de la municipalidad.

Gráfico 7: Reconocimiento de la organización de Jornadas de Vacunación en la comunidad.

Organización de Jornadas de vacunación en su comunidad



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

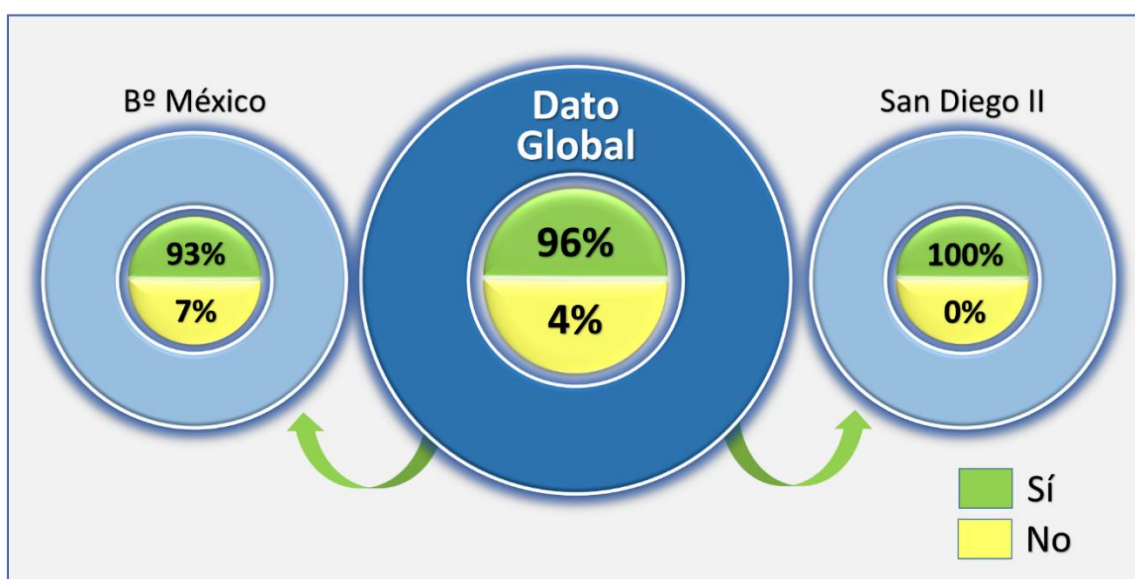
La participación de la comunidad, respecto a las jornadas de vacunación, debe comprenderse con acciones concretas por parte de las familias como, por ejemplo, la anuencia, apertura y recibimiento de los equipos o brigadas de vacunación, sea cuando corresponde asistir directamente a los puestos de vacunación donde instalan las brigadas o bien, cuando se realiza de forma domiciliar visitando casa por casa para aplicar las dosis correspondientes.

En los datos globales del estudio, la participación de las familias asciende a un 96%. En el caso del barrio México se representa con un 93%, viéndose mejor reflejado el caso de la comunidad San Diego II con el 100% de las familias participando en las jornadas de vacunación.

Cabe señalar que, tanto en el dato global como en el dato específico para comunidad, los resultados de la participación se ven reflejados verdaderamente positivos. Estas acciones de carácter preventivo son útiles para la garantía y el monitoreo de la salud de las familias y en la comunidad. Siendo dirigidas por los equipos de trabajo organizados por el Ministerio de Salud.

Gráfico 8: Participación de las familias en las Jornadas de Vacunación en la comunidad.

Participación de su familia en las Jornadas de vacunación de su comunidad



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

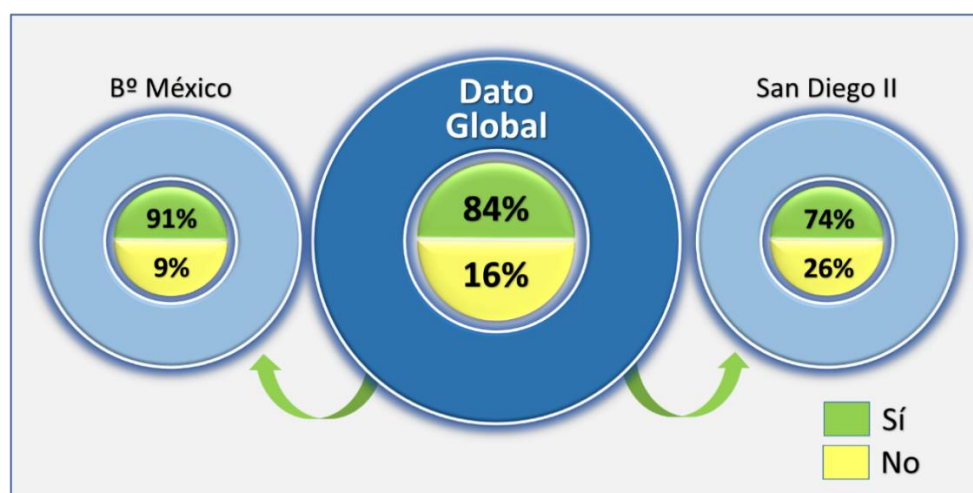
Una de las actividades de relevancia, considerada así, por las comunidades en estudio, es la organización de Jornadas de Fumigación. Este tipo de jornadas ayudan a las familias en la prevención de mosquitos y sus consecuentes posibles enfermedades como el Dengue, que suele ser una de las más frecuentes y de mayor afectación en tiempos de humedad (tiempo de invierno).

Por tanto, se valoró en la encuesta el reconocimiento de la organización de estas acciones en las comunidades. Los resultados globales apuntan que el 84% de las familias la perciben. En el dato singular, las familias del barrio México la reconocen muy bien, ascendiendo a 91%. Por el contrario, en la comunidad San Diego II, se refleja un descenso correspondiente a un 74%.

Es importante recordar que para las familias habitantes de la comunidad San Diego II, este tipo de acciones resultan ser probablemente más necesarias, dado que la característica rural que posee, hace que la población se encuentre mayormente expuesta al riesgo de la humedad por estar rodeada de estepas, sembradillos y huertas.

Gráfico 9: Reconocimiento de la organización de Jornadas de Fumigación en la comunidad.

Organización de Jornadas de fumigación en su comunidad



Fuente: Elaboración propia con base en la aplicación de encuestas en barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

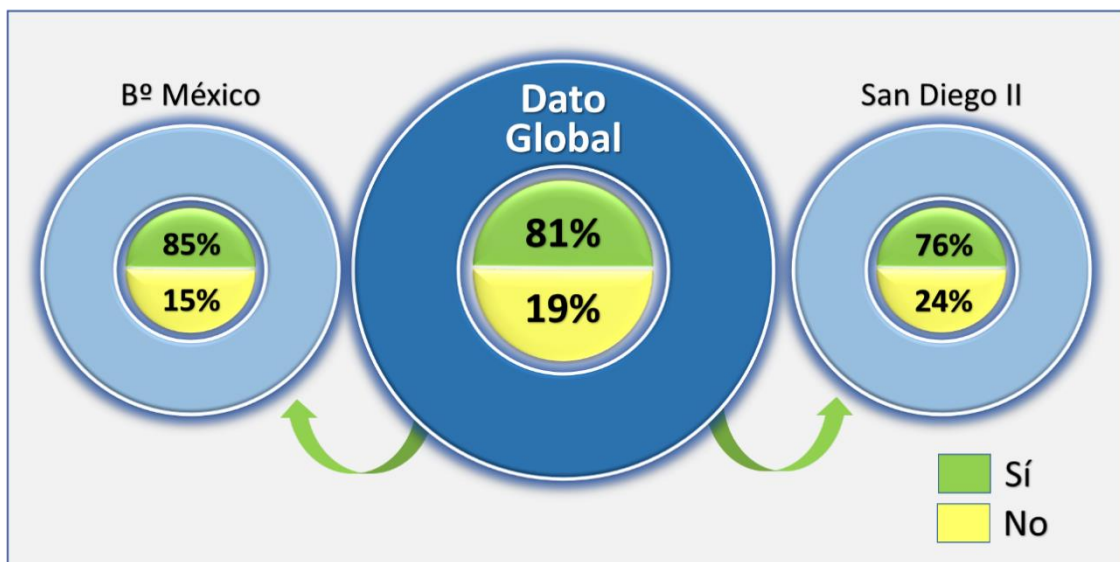
Sobre el aspecto participativo de las comunidades en este tipo de acciones (Jornadas de Fumigación), comprenderemos de igual forma que las jornadas de vacunación, es decir, el apoyo de las familias en el desarrollo de las jornadas y su receptividad a colaborar, permitiendo el acceso de las brigadas a sus hogares para realizar su trabajo.

Respecto de la participación en las jornadas de fumigación, los datos reflejan aún una buena aceptación, aunque ligeramente más bajos que en las jornadas de limpieza y las jornadas de vacunación.

El dato global refleja la participación de 81% de las familias. Para el caso específico de barrio México resulta de 85% y para el caso de la comunidad San Diego II expresa que 76%. En el caso de la comunidad San Diego II, es importante rescatar que curiosamente las familias participan menos, en la actividad que también reconocen menos en términos de organización de la misma.

Gráfico 10: Participación de las familias en las Jornadas de Fumigación en la comunidad.

Participación de su familia en las Jornadas de fumigación de su comunidad



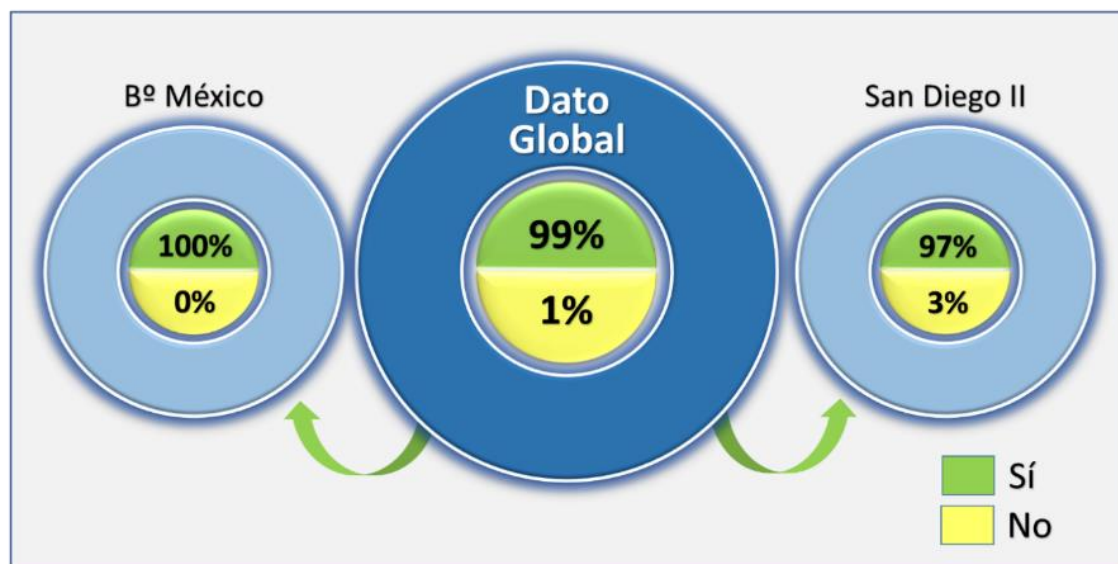
Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Las Jornadas de Abatización de igual forma, son una tarea organizativa entre comunidad, el Ministerio de Salud y la municipalidad de la localidad. Este tipo de acciones también son organizadas desde hace varios años y las comunidades han adquirido una buena experiencia en su organización y ejecución.

La participación de las familias de las comunidades también se ve expresa en la organización, la aceptación y el recibimiento de las brigadas de salud que se dedican a esta tarea en el momento de las jornadas. También refiere a la disciplina de las familias para continuar las recomendaciones emitidas por las brigadas que visitan la comunidad para dicha tarea. Entre esas tareas se encuentran las orientaciones sobre eliminar depósitos de agua innecesarios, lavar los depósitos de agua frecuentemente como barriles y pilas de lavaderos, usar el abate de acuerdo con las orientaciones emitidas.

Gráfico 11: Reconocimiento de la organización de Jornadas de Abatización en la comunidad.

Organización de Jornadas de abatización en su comunidad



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Efectivamente es una de las acciones en las que mayormente esperamos que las comunidades reaccionaran de forma positiva. Los datos globales

comprueban que 99% de las familias reconocen esta acción organizativa dentro de las comunidades. En el barrio México el dato de reconocimiento asciende por excelencia al 100%. Por su parte, la comunidad San Diego II también lo reconoce con un 97%.

La participación de las familias en las jornadas de abatización, es tendientemente alta como también era de esperarse.

Para el dato global de participación de las comunidades en estas acciones, asciende a 97% de las familias. En el caso particular de las comunidades en estudio, de igual forma se observa tendencia positiva. En el barrio México asciende a 96% y en el caso de la comunidad San Diego II asciende a 97%.

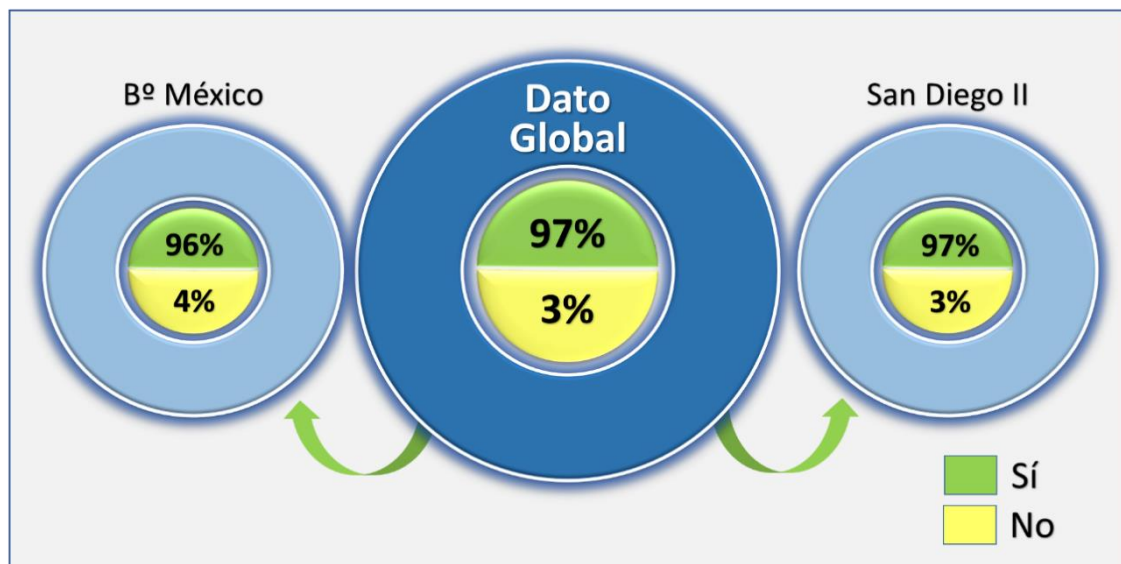
Esta acción organizativa para el cuidado de la salud es una de las que se encuentran mejor reflejadas en los resultados de la encuesta aplicada en las dos comunidades (ver Gráfico N° 12). Resulta ser como se mencionó antes, una práctica de vieja data que el MINSA viene promoviendo y ejecutando en las comunidades nicaragüenses. Sin embargo, ella no logra su objetivo por sí sola, sino que, requiere de otras prácticas y condiciones para que las familias logren vencer la lucha en contra de enfermedades como el Dengue y sus derivados. Entre estas prácticas y condiciones se pueden mencionar algunas de importancia a continuación, de acuerdo con lo expresado por J.F. en la comunidad del Barrio México.

Dentro de las prácticas se encuentran:

- La eliminación de objetos que recogen agua y se encuentran en los patios: llantas, latas, panas o cualquier otro recipiente.
- El lavado de depósitos de agua como barriles, pilas, tinas y otros recipientes.
- La eliminación de aguas estancadas.
- El cambio permanente del agua que se mantiene en recipientes.

Gráfico 12: Participación de las familias en las Jornadas de Abatización en la comunidad.

Participación de su familia en las Jornadas de abatización de su comunidad



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

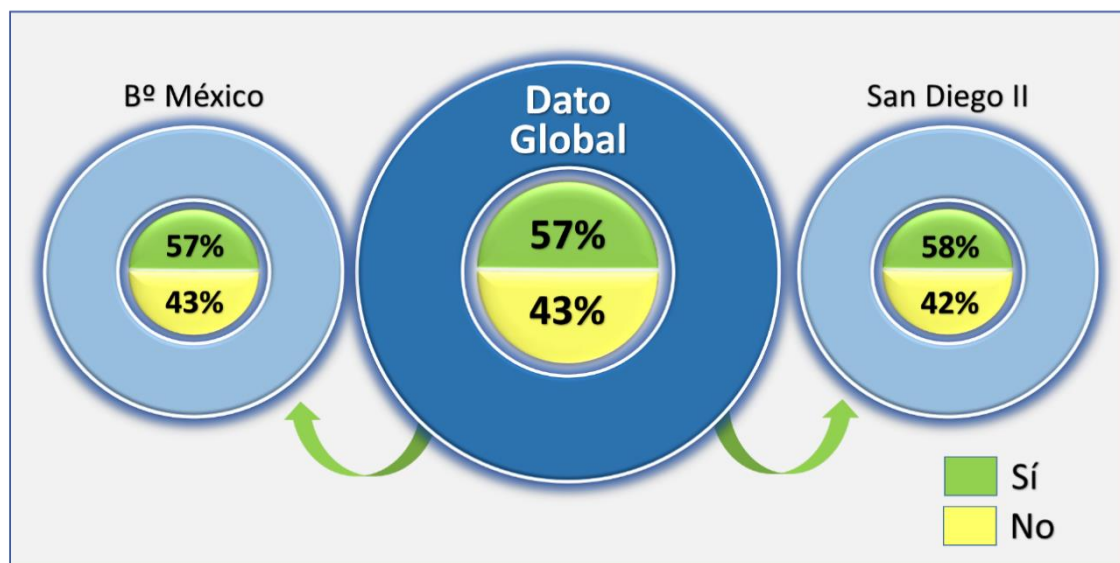
Respecto al tema en concreto de la organización comunitaria en torno al cuidado de la salud en cada una de las comunidades estudiadas, también se ha dirigido interrogantes. En ese sentido, es fácil reconocer que los alcances perceptivos sobre ese tema, resultan bastante bajos para la lógica de las respuestas que hasta este momento se vienen expresando de forma tendencial.

Así, para el caso del dato global, 57% de las familias reconocen que las comunidades se encuentran organizadas para el cuidado de la salud, contra un 43% que opina lo contrario.

Para el caso específico del barrio México, no existe variación del dato, manteniendo un 57%. Y para el caso de la comunidad San Diego II, existe una leve variación que asciende a 58% que reconocen que la comunidad se encuentra organizada para el cuidado de la salud.

Gráfico 13: Reconocimiento de la organización de la comunidad en torno al cuidado de la salud.

Se encuentran organizados en torno al cuidado de la salud en la comunidad



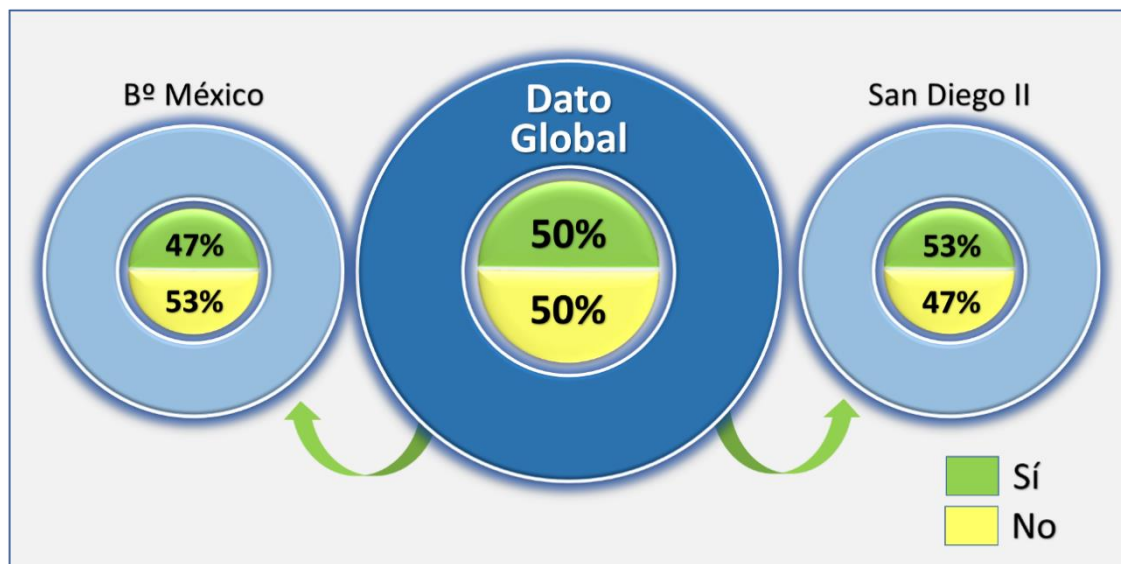
Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Si hasta el momento de analizar la descripción del dato previo sobre la organización de la comunidad en torno al cuidado de la salud, los resultados han sido poco favorables, es de esperarse, que los datos sobre la participación de las familias en la organización de la comunidad, de manera directa sean poco satisfactorios.

De hecho, en los datos globales, 50% de las familias mencionan no participar en los procesos de organización comunitaria de las comunidades en estudio. En el dato particular, para el caso del barrio México solo 47% mencionan estar integradas en la organización comunitaria en torno al cuidado de la salud. En la comunidad San Diego II, los datos presentan una leve variación con mejoras donde existe un 53% de familias que se integran en la organización de la comunidad con miras al cuidado de la salud.

Gráfico 14: Participación de las familias en la organización de la comunidad para el cuidado de la salud.

Integración de su familia en la organización entorno al cuidado de la salud



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

4.1.2.3. Valoraciones sobre la participación como eje de la organización comunitaria.

En términos generales, los resultados de la encuesta sobre el aspecto de la participación comunitaria, resultan aceptables y positivos. La percepción y autovaloración de las comunidades en estudio, reflejan que existe una apertura a los procesos participativos y de integración comunitaria en función del cuidado de la salud de todos. Es posible notarlo a través de la descripción y análisis de cada ítem contemplado y evaluado a través del extracto correspondiente al tema en la aplicación de la encuesta.

Ejemplos de ello, son:

- El conocimiento de la comunidad respecto a procesos del cuidado y prevención de la salud que se desarrollan en el marco territorial específico.
- Las diferentes jornadas comunitarias.
- Los procesos de capacitación.

- Las diversas prácticas en el hogar: lavado de manos, el cuidado de enfermos, el uso de mascarillas, la limpieza del hogar

La mayoría de los planteamientos de la encuesta, indican que se está frente a un escenario favorable para el fortalecimiento de la organización en la comunidad, dado que se expresa la armonía de los habitantes participando en diferentes procesos tanto individuales como colectivos, en favor del cuidado de la salud de la comunidad. Puede notarse, además, que no existe diferencia marcada en la tendencia de los resultados entre una y otra comunidad, es decir, tanto barrio México como la comunidad San Diego II, poseen tendencias positivas ante los procesos participativos en función del cuidado de la salud.

En el plano cualitativo, es menester señalar que, de acuerdo con los datos del estudio y el proceso de investigación realizado con este ejercicio investigativo, las comunidades han demostrado que aún se requiere desarrollar más oportunidades activas para la promoción de la participación. Ha sido notable, el hecho de apreciar una baja participación y poca presencia en la ejecución de los talleres aplicados en cada una de las comunidades, lo cual proyecta una contradicción sobre la realidad de los procesos participativos. Sin embargo, no es posible mencionar si existe una diferencia abismal entre una y otra comunidad, dado que, durante los procesos experimentados, también aparecieron factores externos intervinientes, como el enfrentamiento del COVID-19 que ha atemorizado a las comunidades en su momento.

Aunque en la encuesta la percepción ha sido bastante positiva, en la práctica y observación, se denota cierto desinterés en participar e integrarse en los procesos comunitarios. Durante la fase de devolución de información de la encuesta, algunos participantes y funcionarios del municipio, precisamente mencionaron esta realidad, advirtiendo que la participación de la comunidad suele ser leve en general y que siempre ha costado abrir procesos de integración.

S.B. menciona al respecto, que “en la comunidad se pueden decir mil palabras bonitas respecto la participación y la organización de la comunidad,

pero con una acción negativa pueden botar todo el trabajo realizado” (entrevista, 15 de agosto 2021), haciendo alusión al hecho de que algunos pobladores se integran poco en los procesos participativos de la comunidad.

Cabe mencionar, que una de las características encontradas en el seno de cada comunidad, es el hecho de tener presente que prefieren participar en acciones concretas. Aunque esto puede verse como una limitante desde el punto de vista del fortalecimiento de la sensibilización y la conciencia colectiva de los pobladores, es necesario reconocer que consideran más oportuno invertir su tiempo en acciones pragmáticas que permitan visualizar un logro, que invertir su tiempo en actividades de corte técnico, es decir, hay más sabor en dedicar tiempo para una actividad de limpieza comunitaria de corte preventivo, que participar en actividades formativas, por ejemplo.

Las razones para comprender esa forma de trabajo en las comunidades, responde al hecho de una mejor organización de los tiempos de las familias en los procesos que implican un resultado más perceptible. Siendo así, no se trata de un asunto vinculado con niveles educativos u otra característica de las familias, sino, a un hecho pragmático, con el que, de alguna manera, se ha cargado estos años como resultado de los años que en Nicaragua se promovió el individualismo y el desinterés por las luchas colectivas como una política de trabajo gubernamental.

Pese a las dificultades de participación, es necesario reconocer que, en cada una de las comunidades, existen estructuras comunitarias que promueven la participación y apoyan los procesos de desarrollo territorial desde varias aristas como lo económico, la educación, la salud y otros aspectos necesarios para el fortalecimiento de las redes comunitarias. Sobre ello, vale mencionar, que las características de los líderes son muy importantes en términos motivacionales en la comunidad.

El papel de los líderes implica tener la habilidad para motivar a los demás a participar en los procesos de la comunidad y tener la capacidad para canalizar los esfuerzos de todos los pobladores que se suman a la dinámica social

constructiva, aportando en la colectividad. Sobre este aspecto, S.B. aporta, que *“los líderes deben motivar a la población, pero sobre todo con el ejemplo, porque a veces se puede ver gente con conocimientos, pero que en la práctica de sus hogares no se nota que realicen actividades para el cuidado de la salud”* (entrevista, 15 de agosto 2021).

Pese a los compromisos de los líderes de la comunidad, también suele encontrarse en la cotidianidad, la opinión negativa de algunos pobladores respecto al rol de los líderes. Este hecho, es una caja de resonancia que revierte en el posible desánimo de los líderes, dado que su papel protagónico es una viva expresión de la voluntariedad participativa en función de los beneficios de la comunidad.

En el caso práctico, mientras se desarrolló el acompañamiento a través de los talleres comunitarios, fue fácil identificar que existen pobladores que efectivamente no valoran el papel, esfuerzo y tiempo que algunos líderes realizan en sus comunidades. Esta situación provoca desánimo en los líderes y en ocasiones limitaciones en su desempeño voluntario, dado que, dependiendo de las tareas por realizar, terminan solicitando apoyo o incluyendo a las personas con quien consideran que pueden tener apoyo y colaboración.

Lo antes expuesto, resulta una limitante para el desempeño y para la promoción de la amplia participación de los habitantes de cada localidad. Así, por ejemplo, habrá tareas en las que algunas personas no tengan mínima información y, por tanto, no podrán participar, ni contribuir, menos aún, empoderarse de cada proceso.

Aunque los líderes de las comunidades, claramente realizan trabajo voluntario en función de cada territorio, es pertinente mencionar que no lo hacen con el interés de esperar alguna recompensa personal a cambio. La intención de colaborar con los suyos, responde al hecho de apoyar en la garantía de la buena andanza y del progreso de sus comunidades, valores que son promovidos por el modelo comunitario propuesto por el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional.

Al respecto, la líder MV de la comunidad San Diego II, menciona: “hago mi trabajo para que mi comunidad crezca. A través de mi trabajo se canalizan programas tanto de salud, educación y de convivencia comunitaria. Si no hay personas con voluntad de trabajo, entonces la comunidad nunca se desarrolla” (entrevista, 25 de septiembre 2021).

Las localidades en estudio, además, no cuentan con un sistema de información sobre los procesos participativos de la comunidad, es decir, no existe una práctica en la que se logre apreciar la sistematicidad de las acciones o la vigencia de algunos procesos, dado que carecen de espacios para la información permanente en la comunidad. De acuerdo con los recursos potenciales encontrados en las dos comunidades, puede apenas considerarse que el único sitio en común con el que se cuenta, es la existencia de una iglesia cristiana, además de un Centro de Desarrollo Infantil en el caso del barrio México. Sin embargo, las iglesias cristianas no son un sitio visitado por todos los habitantes, limitando así la posibilidad de ser un canal informativo efectivo para apoyar la integración y empoderamiento de los pobladores.

Ilustración 2: Prácticas organizativas para el cuidado de la salud.



Elaboración propia con base en la descripción metodológica de la investigación.

Siendo necesario pensar en una estrategia informativa permanente, que sea útil para efecto del conocimiento de la comunidad. Los procesos informativos son apenas un primer peldaño en el alcance de los niveles de participación deseable en cada una de las comunidades y, por tanto, es una clave para reforzar la calidad de la participación.

4.1.2.4. Valoraciones sobre la estructura de acompañamiento organizativo en función del cuidado de la salud comunitaria.

Sobre la estructura de acompañamiento organizativo local en función del cuidado de la salud comunitaria, es importante mencionar, que existe un modelo de atención exclusivo para estos fines. Un modelo organizado y establecido de forma legal como recurso operativo de la política nacional de salud y en atención a lo establecido en la Ley General de Salud en Nicaragua (Ley 423).

En atención a esa línea de trabajo, el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, GRUN, crea el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF), que establece, además, una conexión con la Ley de Participación Ciudadana, Ley 475, explicada en su artículo 4, numeral 6:

La participación ciudadana es “un proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva, con el objeto y finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de las políticas públicas en los diferentes niveles y modalidades de la administración del territorio nacional y las instituciones públicas con el propósito de lograr un desarrollo humano sostenible, en corresponsabilidad con el Estado” (Asamblea Nacional, 2003).

En otras palabras, el modelo de atención en salud, se encuentra fielmente respaldado, con una propuesta colegiada entre el Estado a través de las estructuras organizadas por el MINSA (Centro de Salud, Casa Materna, Puesto de Salud), la estructura política local, actores clave para el trabajo en salud (instituciones o personas en concreto que trabajan o tienen conocimientos en salud) y los líderes de la comunidad local.

El aporte del modelo resulta una interesante plataforma para la ejecución de las tareas de promoción y prevención en salud, y tiene por objetivo:

Establecer los lineamientos para hacer efectiva la entrega del conjunto de prestaciones de servicios de salud a las familias y comunidad, con la coordinación efectiva entre la red comunitaria y los equipos de salud familiar, garantizando el desarrollo de acciones de promoción, prevención, atención del daño y rehabilitación a realizar en el sector, específicamente a la población de responsabilidad. (MINSA, 2010)

El objetivo rescata un alto componente de participación y responsabilidad conjunta de los actores para lograr el cuidado de la salud. Se propone entre otras cosas (MINSA, 2010, 6):

- Consolidar la organización comunitaria en el sector.
- Promover a través de la red comunitaria y las organizaciones existentes en el territorio, el ejercicio del control social en todos los procesos para el desarrollo comunitario.
- Organizar la atención a las personas, familia y comunidad.
- Monitorear el plan de salud para el desarrollo local en conjunto con la comunidad organizada.

Como puede notarse, el interés central del modelo, se encuentra en fortalecer la organización comunitaria local con miras al cuidado y generación de desarrollo de los habitantes a través de procesos planificados con trabajo conjunto.

Sin embargo, es vital reconocer, de acuerdo con los aportes de los líderes en entrevistas, que es necesario retomar los lineamientos teóricos del modelo para que en la práctica se pueda efectuar un mejor resultado.

Cabe señalar, que la realidad de las comunidades es cambiante y que los planes diseñados hace algunos años, requieren de una revisión, evaluación para alcanzar la satisfacción, ajuste y mejora de los procesos organizativos. Podemos identificar entonces, que una de las tareas más importantes del apoyo

organizativo, es la revisión sistemática del proceso de monitoreo y seguimiento de la aplicación del modelo de salud familiar y comunitaria, que resulta una propuesta clave para el desarrollo de las comunidades, desde el punto de vista teórico y desde los marcos de acción.

Rescatando el sentir de los comunitarios, retomar el proceso de monitoreo y seguimiento del plan y los procesos, aunque es una tarea de todos los actores que colaboran, finalmente es una acción que corresponde a los funcionarios del MINSA para que exista una gestión de mayor amplitud.

Estos planteamientos responden a la garantía de las funciones organizativas que el MOSAFC le confiere a la población local, entre ellas (MINSA, 2010, 3):

- Estar informada sobre la importancia y la práctica del control social y sus beneficios para el desarrollo comunitario.
- Conformar la estructura para la práctica del control social, que incluye el control de la gratuidad de los servicios, calidad de la atención, horarios de atención, abastecimiento de medicamentos, entre otros.
- Participar en la definición de los mecanismos de control social.
- Participar en la identificación de las situaciones a mejorar (gratuidad de los servicios, calidad de la atención, abastecimiento de medicamentos, otros).

A partir de estas intenciones, se hace necesario, retomar la lógica operativa del MOSAFC, atendiendo a los cambios circunstanciales de cada comunidad y trabajando en la actualización de los planes, el monitoreo y el seguimiento de los mismos.

4.1.3. El Empoderamiento en los procesos de organización comunitaria

El otro aspecto de la organización comunitaria que a nuestro juicio resulta de magno interés, es fundamentar lo concerniente a la categoría empoderamiento. Desde esa otra óptica, se intenta rescatar la praxis encontrada

en las dos comunidades en estudio, para rescatar cómo se presenta este pilar importante en la organización de la comunidad.

El empoderamiento debemos comprenderlo desde el ángulo fino de la participación, es decir, desde una de las gradas más altas alcanzadas en los niveles de participación.

Si como bien se mencionó antes, de acuerdo con los aportes teóricos por López (2009), la participación pasa por una serie de modalidades de acuerdo con el nivel de apropiación del quehacer comunitario en función del cuidado de la salud colectiva, para el caso de este estudio, el empoderamiento viene a ser la postura discursiva y práctica del nivel más alto en el compromiso participativo de la comunidad.

El alcance o expresión del empoderamiento, que no resulta un estado tan sencillo de obtener, se verá siempre reflejado en el poder o en la capacidad de las personas y ojalá de la comunidad en general, por desarrollar un nivel gestor y comprometido que les permita un avance significativo en la condición de desarrollo territorial. Obviamente, nos encontramos frente a un concepto ideal sino utópico, pero que debe permitir a la comunidad avanzar con pasos firmes hacia una mejor situación, en este caso de la salud misma.

Se realiza entonces, unas valoraciones respecto este aspecto tan clave para la andanza en la comunidad y sus procesos de gestión. Al respecto, MV considera que debería existir un mejor proceso organizativo en su comunidad, donde se pueda lograr que más personas de la comunidad se comprometan, asistan y apoyen en las campañas del cuidado de la salud, pensando en el cuidado desde el hogar hasta las calles y la comunidad. Organizarse, es básico para alcanzar ese nivel de empoderamiento y lograr mejores gestiones ante las instituciones, en este caso sobre todo con el Ministerio de Salud.

Por su parte, CH considera que a la comunidad le hace falta información sobre las desventajas que pueden causar los problemas de salud. *“Deberíamos trabajar más con la comunidad, con capacitación, partiendo de las características*

que tienen nuestras comunidades, porque son pequeñas y cuidar de ellas depende de las actividades que realizamos en su entorno” (entrevista, 25 septiembre 2021). Hace referencia al hecho de organizar mejor las prácticas de convivencia, las prácticas del manejo de la actividad económica y las prácticas preventivas.

En este aporte, la líder CH conecta fácilmente que estar informados es uno de los peldaños iniciales para alcanzar el nivel de empoderamiento necesario en la comunidad. Menciona que *“a veces tenemos la información, pero no hacemos conexión con la práctica”* (entrevista, 25 septiembre 2021). Al respecto, se puede decir, que a veces no se logra la coherencia entre lo que sabemos y lo que hacemos, o que la socialización de carácter negativo suele permear en las acciones colectivas convirtiendo acciones negativas en costumbres sociales.

Para alcanzar el empoderamiento, la persona y ojalá la colectividad, debe ser capaz de hacer una buena lectura de su comportamiento y mejorar de acuerdo con lo revisado como afectación, es decir, se hace necesario entrar en un proceso dialéctico que permita realizar ese ejercicio crítico y autocrítico, en función de la mejora de las condiciones de la salud y de la vida en las comunidades.

Los líderes de la comunidad como pieza clave en los procesos de socialización y animación comunitaria, consideran que han alcanzado un buen nivel de empoderamiento frente al trabajo del cuidado de la salud. Al respecto, MV menciona que realiza trabajo voluntario en su comunidad junto a otros compañeros del territorio y que sus vecinos suelen siempre estar agradecidos por el tiempo que dedica a estas labores, dado que, si no hubiese personas que se dedican a colaborar, los proyectos no podrían ejecutarse.

Por su parte, CH reconoce que cuando le toca realizar convocatorias en la comunidad, esta responde de manera colaborativa. Esa actitud de los pobladores se convierte en un indicador del empoderamiento que posee al desarrollar tareas concretas que benefician a la comunidad.

4.1.3.1. *Dialéctica y empoderamiento en la vida cotidiana para el cuidado de la salud*

A partir del desarrollo de las prácticas de participación bajo el enfoque de análisis del empoderamiento, es posible identificar una tipología dialéctica que permite comprender la actuación cotidiana de la población frente a su realidad.

Una de las prácticas que se debe tener presente en la promoción y alcance del empoderamiento como forma óptima de la participación, que en su efecto positivo fortalece la organización comunitaria, es pensar en la dialéctica en varios niveles, necesarios para mejorar la condición de ser humano consciente de la problemática de salud que pueda emerger. Estos niveles pueden determinarse como: el ejercicio de mirarse a uno mismo, el ejercicio de mirar al otro, el ejercicio de mirar a los demás y el ejercicio de mirarse conjuntamente.

Aunque estas prácticas o ejercicios no deben asumirse justamente en ese orden, ni con una mirada consecutiva, sino abrir la posibilidad a su paralelismo, se asumen en ese orden para efecto de explicación.

4.1.3.1.1. El ejercicio de mirarse a uno mismo.

Mirarse a uno mismo, significa tener la capacidad para evaluar la relación entre lo que pensamos (y a veces compartimos o decimos) y lo que hacemos. Este es un ejercicio que requiere el más alto nivel de madurez, puesto que se trata de tener la capacidad para reconocer los errores que cometemos en nuestra vida cotidiana, cuando intentamos que las cosas marchen bien pero no somos capaces de actuar bajo esos principios que utilizamos en los discursos.

Es esta parte, la más compleja, porque siempre es más difícil autocriticarse que criticar lo que se encuentra fuera del alcance de nuestros actos personales.

Ejemplo de ello, es cuando se opina que, para cuidar nuestra salud, es importante que asumamos una actitud preventiva, lavándonos las manos al menos antes de ingerir los alimentos, pero en nuestras acciones podríamos a

veces lavarnos las manos y otras veces no hacerlo. En tal sentido, se está frente a una desconexión entre lo que se dice que es necesario hacer y lo que en realidad se hace.

4.1.3.1.2. El ejercicio de mirar al otro.

Mirar al otro, es otro ejercicio que requiere criticar la relación entre ideas versus las acciones que realizan nuestros cercanos -llámese familiares con los que vivimos en nuestro hogar-, de manera que ese ejercicio permita tener una evaluación de la coherencia entre esos dos aspectos. La dialéctica en tal sentido, tiene un nivel interesante porque se trata de la comunicación entre los mismos miembros de la familia. Es la madre o el padre en el proceso de transformación o transmisión de valores hacia los hijos y sobrinos, o de los abuelos hacia la siguiente generación.

El entorno socio cultural que propicia la familia, resulta una ventaja para este ejercicio de mirar al otro, dado que se trata de influir en el pensamiento y las acciones de las personas con las que convivimos a diario. La red familiar se convierte entonces, es un espacio de interacción social en el que el medio permite la socialización de ideas, valores y prácticas que se traducen en transmisión de conocimientos y costumbres que sobre el cuidado de la salud y la participación en las medidas preventivas se requieren en la comunidad.

4.1.3.1.3. El ejercicio de mirar a los demás.

Mirar a los demás, implica un ejercicio práctico de aprender a evaluar la coherencia discursiva y práctica de nuestros vecinos o habitantes de la comunidad en la que compartimos nuestra vida cotidiana.

Habrá que esforzarse bastante para alcanzar la madurez en este ejercicio, dado que, la parte de criticar a los demás sin duda alguna, se encuentra bien entrenada en las comunidades, por la naturaleza popular que existe, tendiente a encontrar o criticar las acciones inadecuadas de los demás. Se habla de esforzarse, porque generalmente este ejercicio se realiza con una actitud poco

propositiva, lo que obviamente daña la relación entre los habitantes de una comunidad.

Como ejemplo de ello, durante los talleres realizados, es fácil detectar a través de las intervenciones de la comunidad, sus inconformidades respecto el reiterado comportamiento de algunos vecinos, de los cuales comentan que “tiran el agua sucia a la calle”, “no tienen manejo de la basura”, “algunos no se protegen sabiendo que hay pandemia”, entre otros.

Este ejercicio, es complejo porque implica aprender a criticar a los demás, pero con el espíritu colaborador y valiente a ayudarles a mejorar sus prácticas, es decir, revisar las acciones de otros, pensando en la mejor forma de hacerlo para que no se genere una consecuencia negativa en las relaciones comunitarias.

4.1.3.1.4. El ejercicio de mirarnos conjuntamente.

El ejercicio de mirarnos conjuntamente, en términos dialécticos implica la necesidad de integrarnos en procesos comunes para tener, por un lado, la posibilidad de dar paso a la dinámica de ser seres de encuentro siempre mejorables a través de la socialización comunitaria y, por otro lado, la habilidad de encontrar el equilibrio de las relaciones, que permitan identificar tanto, las acciones que atentan contra la salud de la comunidad, como las formas de enfrentarlas conjuntamente.

Se trata de un nivel de organización, en el que cada persona, cada familia y la comunidad en su conjunto, reconozca la necesidad de ayudarse entre sí, a visualizar los aspectos mejorables en la relación discurso versus práctica del cuidado de la salud comunitaria.

De cualquier manera, que funcionen estos diferentes niveles, el objetivo final para desarrollarnos como entes vinculados en pos del empoderamiento, implica siempre, un ejercicio crítico que permita evaluar nuestros discursos en contraposición con nuestras prácticas. Partiendo de ello, organizar una nueva

práctica social que ayude a mejorar las condiciones de salud de la comunidad en general.

Ilustración 3: Relación de dialéctica y empoderamiento en la vida cotidiana.



Fuente: Elaboración propia, con base en proceso reflexivo de la información obtenida con entrevistas de campo en barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

4.1.3.2. Elementos que limitan el proceso de empoderamiento en las comunidades.

El empoderamiento como bien se ha dicho, es un estado que requiere de un alto compromiso participativo y una conciencia colectiva muy bien desarrollada. Lograr ese estado es un reto de toda comunidad y sus líderes, sabiendo con claridad que no se trata de una tarea sencilla.

Analizando la práctica experimentada, partiendo del estudio aplicado en las dos comunidades, se puede identificar varios elementos que limitan el alcance de este nivel participativo:

La participación como práctica cotidiana. Uno de los elementos a destacar en la explicación de las limitantes del empoderamiento en la comunidad, es el hecho de notar que la población aún no logra tomar la práctica participativa como una acción cotidiana, es decir, alcanzar la naturalización de la práctica participativa dentro de su comunidad. Acostumbrarse a informarse, integrarse y colaborar en todos los procesos comunitarios que finalmente resultan de su competencia como ciudadano de una territorialidad.

De las pistas clave para este aspecto, es importante contemplar, que la población debe sentirse parte de la comunidad, es decir, que territorialmente debe asumir una identidad que le permita cierto apego, respeto y cariño por el sitio en el que habita. Sin escatimar otros aspectos como el conocimiento y respeto por los demás pobladores, sus vecinos con los que posee un marco de relaciones que fuertes o débiles, deberán permitir una sana convivencia.

La ruptura del fenómeno de la individualidad. Este resulta ser un fenómeno heredado de los años de la promoción de las políticas neoliberales en el país. Si bien es cierto, la promoción de la participación de la comunidad en su propio desarrollo debe ser una constante, es necesario reconocer que el país estuvo inmerso en procesos de individualización durante la década de los noventa y una buena parte del inicio de la era del dos mil. Estos procesos de individualización formaron parte de la lógica neoliberal que puso al mercado por encima de las personas en las prioridades del desarrollo.

En el plano práctico, los líderes de la comunidad logran identificar este fenómeno, expresado en el desinterés de las personas por integrarse en las tareas que benefician a su propia familia y su propia comunidad. De tal manera que, es necesario trabajar en una constante por erradicar los efectos que ha causado el fenómeno de la individualización, que apuesta por evitar la colectividad, que en términos políticos se vende internacionalmente como una

práctica “comunista” desde el punto de vista despectivo, como si estar organizados fuese una acción que merece desaprobación.

Para comprender mejor la anterior idea expresada, se hace necesario recordar en contexto, el panorama vivido por los nicaragüenses en el año 2018, tras los sucesos que atentaron contra la paz y tranquilidad de un pueblo que se encontraba en un ritmo de desarrollo humano muy bien valorado. Lamentablemente, muchas de las redes de relación social y familiar fueron afectadas por esos hechos, sin embargo, en las comunidades en estudio, se han venido superando poco a poco esas diferencias.

La efectividad práctica de la puesta en marcha del modelo comunitario. Ante este aspecto, es posible identificar que los modelos de trabajo comunitario que han sido propuestos por el GRUN resultan una oportunidad interesante en el marco de los avances participativos de la comunidad, sin embargo, las bases operativas del modelo aún poseen algunas debilidades en la aplicación concreta en el nivel territorial.

Cabe señalar que el resultado de la puesta en marcha del modelo participativo, posee pautas relevantes para el desarrollo de la participación de la comunidad, y que su aplicación operativa seguramente podría reflejar alcances muy significativos en el nivel de empoderamiento que la comunidad puede asumir.

La escuela formativa de los líderes comunitarios. Aunque existe un buen nivel y experiencias de voluntarismo territorial, hecho que merece una considerable valoración positiva para los procesos de empoderamiento, es importante reconocer que se requiere de mayor sistematicidad en los procesos formativos de los líderes comunitarios.

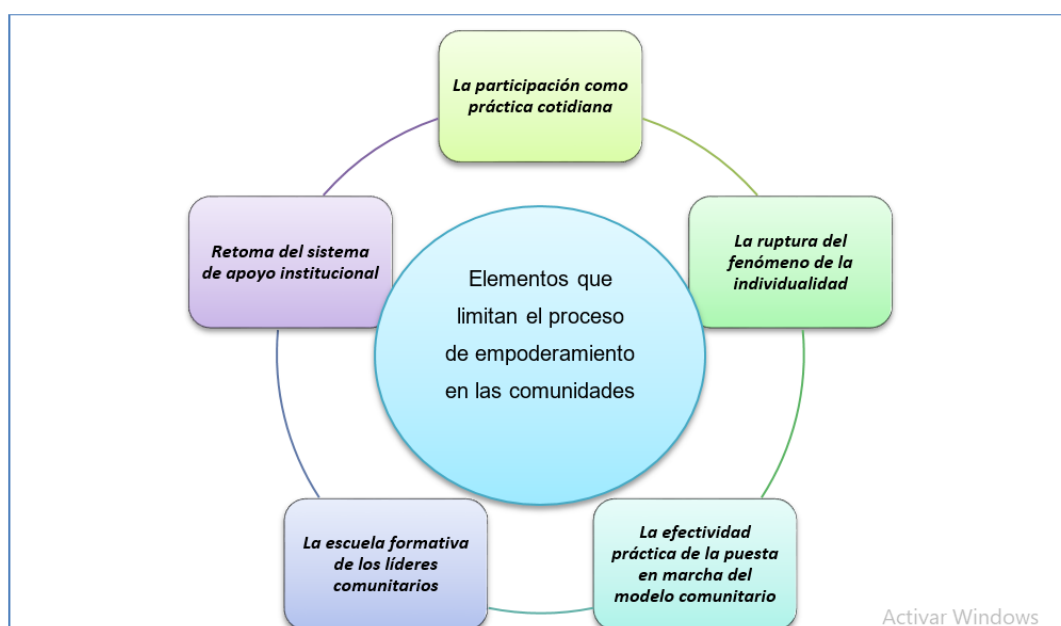
Las capacidades locales, en términos de formación de líderes territoriales, requiere un empuje que permita canalizar la voluntad y la experiencia de los líderes en las comunidades. Formarles en procesos metodológicos de trabajo comunitario, en estrategias participativas, en animación sociocultural, es una

necesidad que, más allá de la emergencia en el desarrollo operativo de los programas o proyectos se canalizan en cada localidad.

Retoma del sistema de apoyo institucional. Por otro lado, en conexión con la propuesta del MOSAFC, territorialmente se requiere una mejor claridad operativa del funcionamiento de la estrategia propuesta por este recurso.

Desde el punto de vista del trabajo en la mejora de la salud pública, el recurso estratégico organizado por el MOSAFC, plantea todo un aparato técnico y operativo con un sólido proceso que fortalece la organización comunitaria local, sin embargo, en términos territoriales se hace necesario que se pueda crear mejor un sistema de apoyo desde el marco institucional. En este sentido, urge la puesta en marcha del modelo para alcanzar los beneficios comunitarios en las dos comunidades en estudio.

Ilustración 4: Elementos que limitan el proceso de empoderamiento en las comunidades.



Fuente: Elaboración propia, con base en proceso reflexivo de la información obtenida en trabajo de campo en barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

4.1.4. Formas del capital social

Siguiendo los aportes de Lin (2001) al rescatar los aportes de Putnam (1993), que sobre el fortalecimiento del capital social brinda para comprenderle como pilar fundamental en el proceso de empoderamiento de la comunidad, se retoma los aspectos de la organización social que brindan interés en el estudio presente, tales como las redes, las normas y la confianza, que facilitan la acción para el beneficio mutuo.

Antes, entonces, se reitera que el capital social es una estrategia relevante para que la comunidad desarrolle su potencial empoderamiento colectivo, en función de la mejora de la organización comunitaria, para enfrentar de mejor manera los problemas de salud pública que se encuentren presentes.

Como bien se ha mencionado en el contexto teórico, el capital social al que nos referimos, sustenta su existencia en el nivel comunitario, donde las relaciones de confianza y colaboración son capaces de producir efectos sinérgicos, que mejoren la calidad de vida de la comunidad, por la tranquilidad de poseer buenas relaciones con los demás y por permitir la capacidad de unirse de forma cooperativa para trabajar juntos por el cuidado de la salud.

Vinculando el cuidado de la salud pública con las formas de capital social existente en las comunidades en estudio, se organizaron algunas inquietudes del proceso investigativo para conocer sobre las redes de apoyo entre los miembros de la comunidad ante la aparición de un problema de salud.

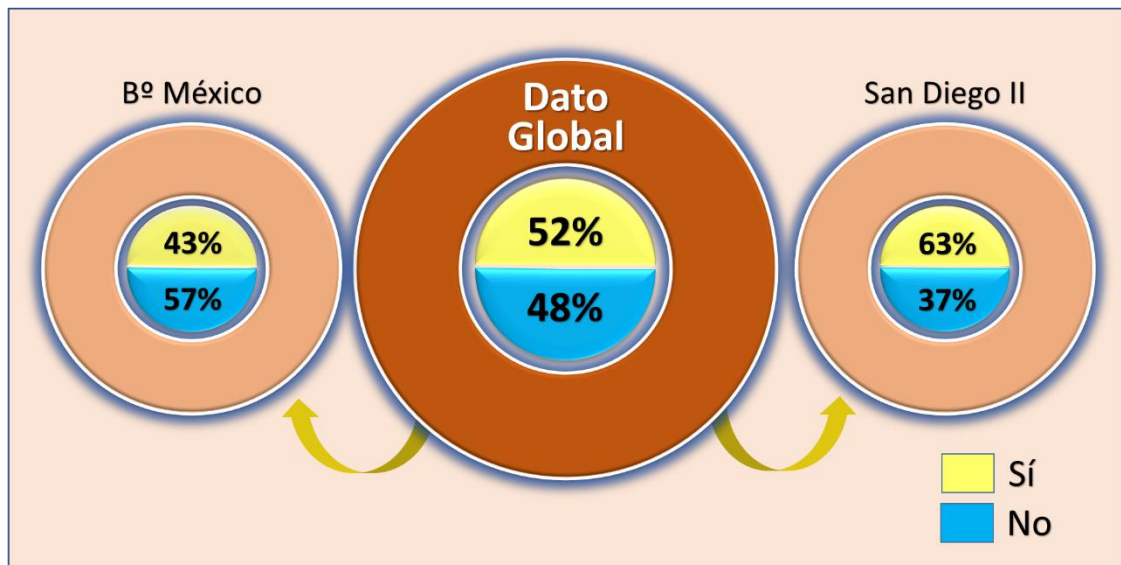
Se preguntó en la encuesta a las familias sobre el tema, y en el dato global aparece que 52% de las familias buscan apoyo entre los miembros de la comunidad cuando existen problemas de salud. En el dato singular, el barrio México muestra sobre este mismo tema, solo el 43% y en la comunidad San Diego II, el dato particular obtiene una variación tanto más distinta, en el que 63% de las familias buscan apoyo entre los miembros de la comunidad.

El dato refleja que, en el plano particular las familias de la comunidad de San Diego II poseen mayor tendencia a la búsqueda de auxilio en el entorno de

la comunidad, a través de sus vecinos, aunque en cada uno de los casos tiende a ser bastante bajo.

Gráfico 15: Búsqueda de apoyo entre los miembros de la comunidad.

Cuando existen problemas de salud, busca apoyo entre los miembros de la comunidad



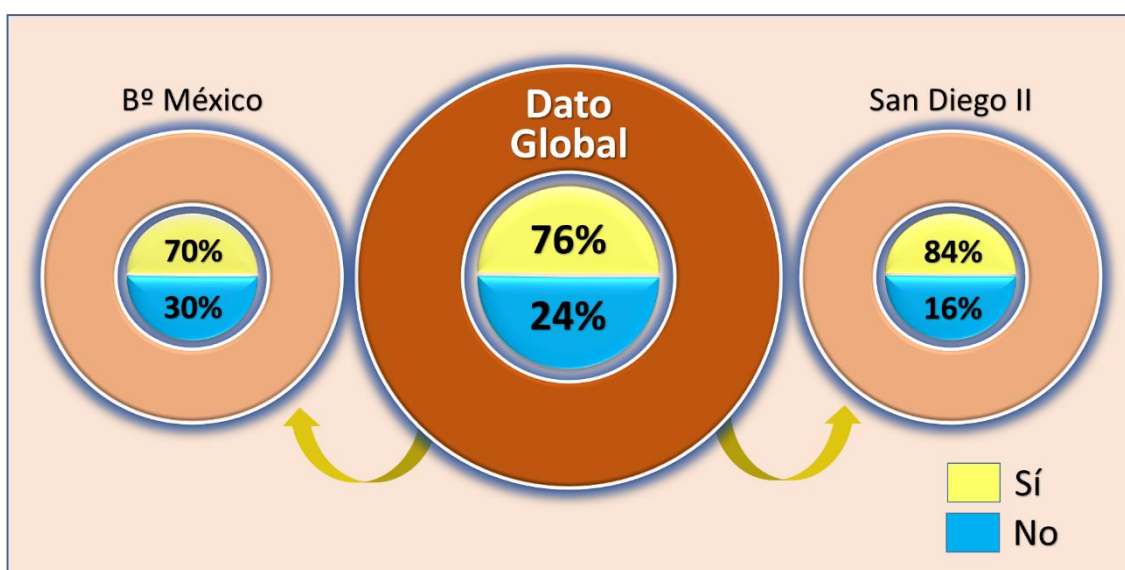
Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Resulta relevante al consultarle a las familias de las comunidades encuestadas, sobre el reconocimiento del apoyo de la comunidad entre sí para enfrentar el cuidado de la salud, los datos se revierten respecto al planteamiento anterior, es decir, existe un mejor reconocimiento sobre el hecho de notar cómo la comunidad se apoya entre sí, frente al reconocimiento de aceptar que su familia solicita apoyo a otros miembros de la comunidad para enfrentar los problemas de salud.

En el plano global la encuesta refleja que 76% de las familias reconocen que la comunidad se apoya entre sí. En el caso particular, el barrio México presenta 70% siendo siempre una variante ligeramente más baja en comparación con el caso de la comunidad San Diego II, que refleja un 84% de las familias sobre el mismo planteamiento.

Gráfico 16: Apoyo entre la comunidad para el cuidado de la salud.

La comunidad se apoya entre sí, para el cuidado de la salud



Fuente: Elaboración propia con base en la aplicación de encuestas en barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Explorando otros aspectos sobre el capital social, se realizó consulta sobre las relaciones entre la comunidad, dado que estas son relevantes para los procesos de organización comunitaria con fines del cuidado de la salud.

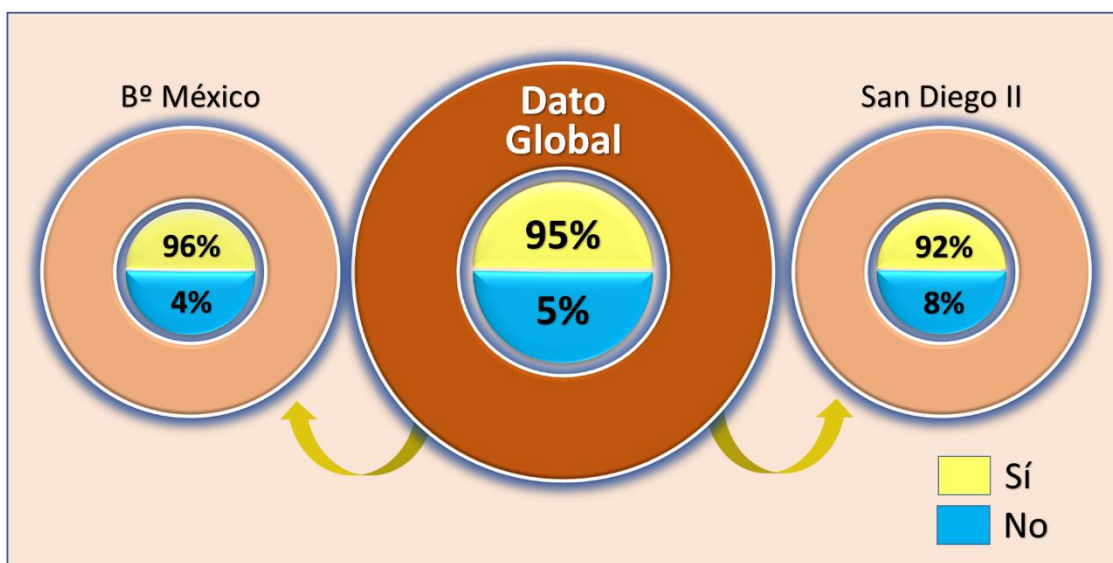
Respecto al tema de las buenas relaciones entre los pobladores de la comunidad, la encuesta refleja importante información como recurso para la promoción de la organización comunitaria.

En el dato global, muestra que 95% de las familias mencionan que la comunidad cuenta con buenas relaciones entre sus pobladores, siendo este un dato muy positivo para la localidad. En la información particular de la encuesta, las tendencias entre las dos comunidades, igualmente presentan información muy positiva para el desarrollo de procesos organizativos a nivel local.

Barrio México muestra 96% en opinión positiva respecto al tema de las buenas relaciones entre los miembros de su comunidad. San Diego II por su parte, muestra un dato excelente, rescatando un 92% en opinión favorable sobre este tema.

Gráfico 17: Las relaciones entre la comunidad.

Considera que existen buenas relaciones entre los pobladores de la comunidad



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

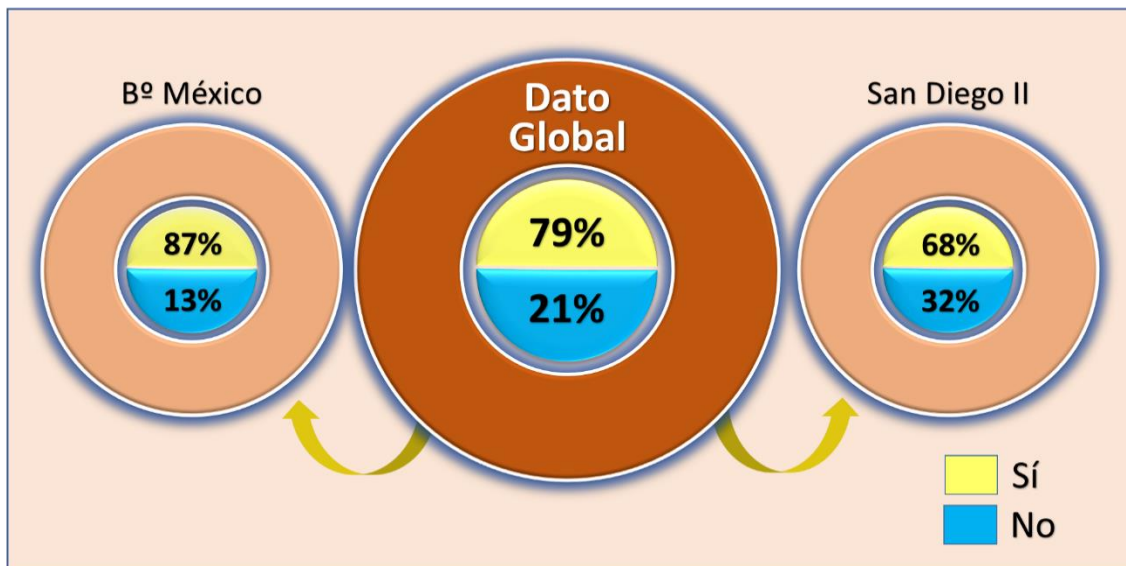
La confianza entre los vecinos es otro elemento relevante para alcanzar procesos de organización comunitaria que permitan el cuidado de la salud de todos. Sobre este aspecto los datos de la encuesta han reflejado menor intensidad en términos de la valoración positiva. Sin embargo, la tendencia se presenta con datos más bajos.

Para el dato global el 79% de las familias encuestadas considera que existe un buen nivel de confianza entre los vecinos. En el barrio México ese planteamiento se eleva ligeramente a 87%, presentando un mejor resultado que en la comunidad San Diego II que presenta 68% en opinión aún positiva sobre este aspecto.

Trabajar el tema de la confianza no es un asunto tan sencillo, pero debe reconocerse como uno de los pilares fundamentales para el trabajo con las comunidades, sobre todo en temas de organización comunitaria con fines colectivos como el cuidado de la salud pública.

Gráfico 18: La confianza entre los vecinos.

Considera que existe un buen nivel de confianza entre los vecinos



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

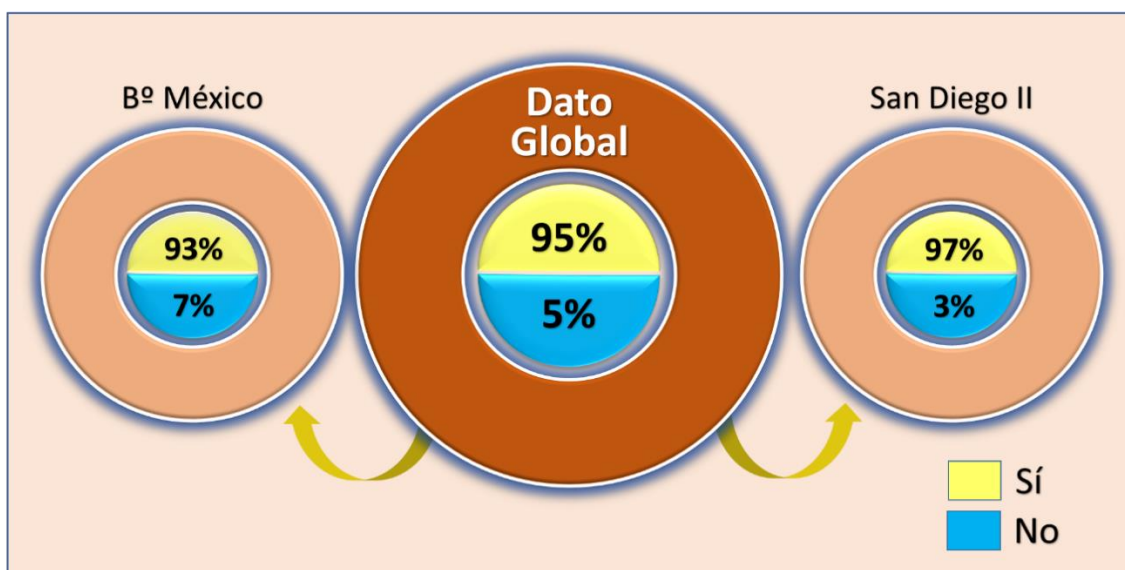
Aspectos relativos a la confianza, la calidad de las relaciones entre los vecinos, la búsqueda de respaldo o apoyo con los demás, entre otros, son clave para el desarrollo de una buena organización local en términos del fortalecimiento del capital social de las comunidades.

Ante estos resultados que en el plano cuantitativo resultan positivos, se ha preguntado a la comunidad sobre su consideración sobre la necesidad de trabajar en la mejora de la organización de la comunidad en torno al cuidado de la salud, la población genera la siguiente información:

En el dato global, un alto puntaje de 95% de las familias consideran que es necesario trabajar en ese aspecto de la organización comunitaria. Por su parte, los datos de las comunidades se reflejan de la siguiente manera: el barrio México puntea un 93% y la comunidad San Diego II puntea un alto dato de 97%, ambos en favor de la necesidad de trabajar en la mejora de la organización de la comunidad en torno al cuidado de la salud pública.

Gráfico 19: Mejorar la organización de la comunidad.

Considera que la comunidad debe organizarse mejor para el cuidado de la salud de todos



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en el barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

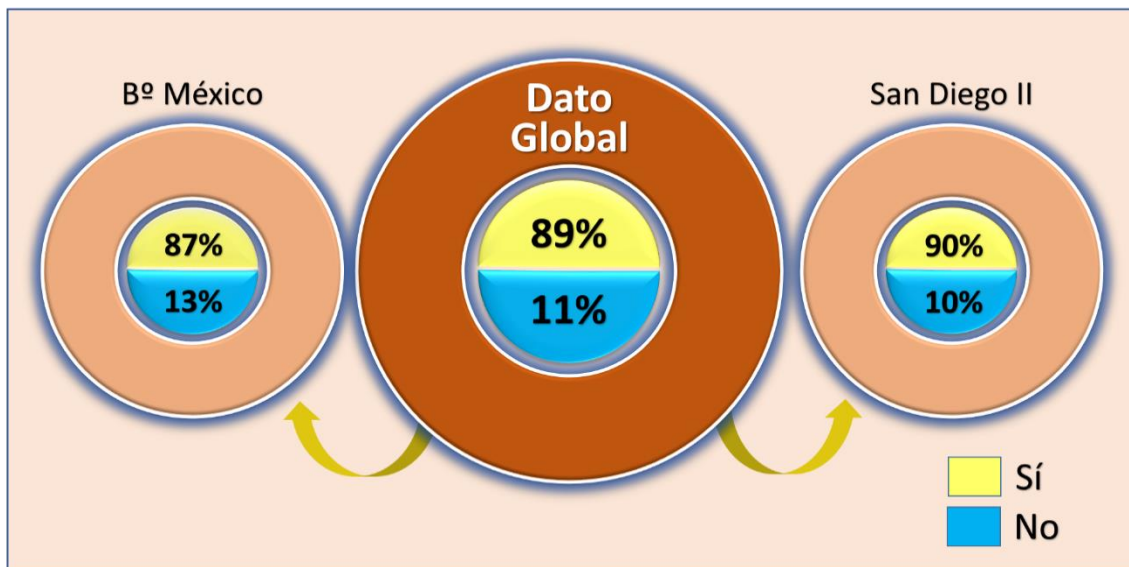
Ante esta opinión por parte de la población, que amerita un detenimiento reflexivo sobre la calidad de la integración de las comunidades en los procesos desarrollados en el ámbito territorial, se determina consultar a la población sobre las condiciones que poseen actualmente para trabajar en un proceso de mejora de la organización de la comunidad para el cuidado de la salud. Dado que esos procesos requieren algunas condiciones como, por ejemplo: la disposición de la comunidad, el deseo de participación, la integración, el respaldo comunitario, la apertura al desarrollo de procesos y acciones, la voluntad de superación en la comunidad y el empoderamiento social y comunitario.

Sobre este aspecto la encuesta aplicada refleja los siguientes datos: para el caso de la información global sobre la interrogante en cuestión, se determina que 89% de las familias consideran que las comunidades están preparadas con condiciones para entrar en estos aprendizajes. Por su parte, en el barrio México se rescata que 87% considera que la comunidad está en condiciones y en la comunidad San Diego II, el dato asciende a 90%.

En términos generales, puede decirse que hay una apertura, condiciones y disposición por parte de las comunidades para desarrollar procesos de mejora de la organización comunitaria en torno al cuidado de la salud comunitaria.

Gráfico 20: Condiciones para mejorar la organización de la comunidad.

Considera que la comunidad está en condiciones para organizarse mejor en torno al cuidado de la salud



Fuente: Elaboración propia con base en la aplicación de encuestas en barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Para ampliar un poco más sobre este aspecto de la disposición de la comunidad ante el desarrollo de procesos comunitarios organizativos, se exploró en las comunidades en estudio, sobre la identificación de gente dispuesta a colaborar en la solución de problemas de salud que puedan presentarse en la comunidad.

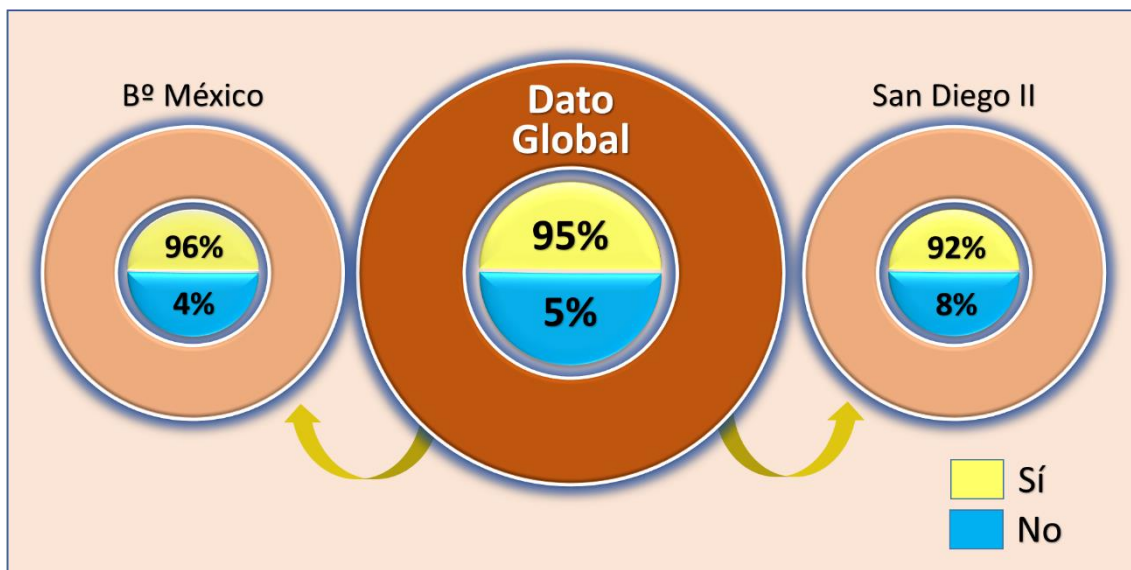
Los resultados de este aspecto, también se presentan de manera satisfactoria, donde en términos globales 95% de las familias opinan que la comunidad posee gente dispuesta para estos fines.

En el caso de las comunidades concretas, los datos por efecto, resultan positivos. En el barrio México, con el dato más favorable se refleja 96% favorable y en el caso de la comunidad San Diego II, se expresa 92% de las familias en favor de la inquietud.

En términos generales, esta información también expresa una oportunidad o bien, un potencial existente en lo interno de cada comunidad, que debe ser canalizado para fortalecer los procesos organizativos de la comunidad en la tarea del cuidado de la salud, tanto en el ámbito preventivo como en el ámbito de la mitigación.

Gráfico 21: Gente dispuesta ante los problemas de salud de la comunidad.

La comunidad posee gente dispuesta a colaborar en la solución de los problemas de salud



Fuente: Elaboración propia con base en la aplicación de encuestas en barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

4.1.4.1. Valoraciones del capital social como aporte al empoderamiento de las comunidades en estudio

En general, se puede decir, que en las dos comunidades en estudio se encuentran buenas bases del capital social para emprender propuestas que permitan el fortalecimiento de la participación en su máxima expresión de empoderamiento, frente a situaciones de necesidad como el caso del cuidado de la salud de todos.

Los instrumentos aplicados en la investigación presente, reflejan que existe una apertura de parte de las personas de la comunidad por colaborar de

manera mutua, una disposición relevante que posee ciertos niveles de confianza, deseos de colaborar y un buen escenario de vida común, que permite alcanzar unas relaciones de comprensión y armonía. Estas características encontradas deben ser una oportunidad aprovechable para potenciar la integración y enriquecer los procesos de organización comunitaria en cada una de las comunidades.

Si corresponde elaborar una reflexión comparativa entre una y otra comunidad en estudio, se puede mencionar, que no existe mayor diferencia entre una y otra, dado que, en las dos comunidades los resultados son muy similares. Lo que sí resulta práctico rescatar, es que, en las dos comunidades se logra identificar que existe una suerte de esperanza de que exista un apoyo externo, una situación que no es negativa pero que, merma la posibilidad de alcanzar un empoderamiento más pronto por parte de los locales.

La sensación de que los locales requieran ayuda externa para lograr la mejora de los procesos organizativos, deja cierta idea de que aún es necesario trabajar mucho por la organización comunitaria y mejorar sus procesos de desarrollo. Sin embargo, la disposición de las personas es un elemento clave a reconocer en el momento de implementar algunas acciones para la mejora de la comunidad. De tal forma, que en las estrategias habrá que tener sumo cuidado, para ser inclusivos y aprovechar las características potenciales, sin perder de vista el tema de la sostenibilidad de los procesos. Dicho sea de paso, parece ser uno de los procesos que se hace necesario reactivar.

Respecto las prácticas organizativas en las que las comunidades participan desde el hogar y desde la comunidad, en términos generales, los resultados de la encuesta se presentan como positivos, para las categorías descritas en el estudio en este primer objetivo, aunque desde el punto de vista cualitativo, esas percepciones apuntan a que existe dificultades en el plano participativo y en la condición de empoderamiento de la comunidad frente al cuidado de la salud.

No se puede dejar de mencionar que, efectivamente una presente pandemia de carácter mundial se inserta como una categoría que interviene en la naturaleza organizativa de las comunidades. La pandemia viene a convertirse, por un lado, en el elemento de mayor afectación hacia la salud de las comunidades. Por otro lado, en el bloqueo para que las familias y la comunidad entera puedan integrarse de manera efectiva en los procesos comunitarios, afectando la capacidad de empoderamiento actual.

4.2. Afectaciones en la salud pública presente en las comunidades en estudio

Un segundo objetivo específico de la presente investigación, refiere a la identificación de los problemas de salud que se viven en las comunidades en estudio. Para ello, se ha trabajado con entrevistas a líderes de la comunidad y la revisión de datos oficiales del MINSA. Una de las limitantes encontradas ha sido la posibilidad de obtener datos directos de cada comunidad, generalmente los datos alcanzados tienen el nivel de municipalidad. Esta situación, obliga a tomar los análisis con más carácter tendencial respecto los problemas de salud existentes en la localidad.

Las afectaciones en la salud pública que se encuentran presente en las comunidades en estudio, son los aspectos de análisis principal en este segundo corte de resultados encontrados a través del estudio realizado, Para ello, se ha organizado una estructura de análisis de los aspectos referidos a los problemas de salud identificados y la identificación de las potencialidades para enfrentar problemas de salud.

4.2.1. La Salud Pública en su método y modelo de comprensión

El abordaje de la salud pública en este estudio, se ha determinado desde la perspectiva del *método complejo* para lograr una propuesta donde se pueda fusionar el estudio de las causas de las afectaciones en salud, la comprensión de la lógica de la comunidad en su entramado y sus relaciones de convivencia con el fin de tener presente cómo enfrentan las situaciones, y por supuesto,

también el planteamiento de propuestas de intervención o acompañamiento social en el que se determine la forma para aprovechar los problemas de salud, las necesidades y las potencialidades que se encuentran presente en las comunidades.

Como bien se ha mencionado en el aspecto teórico, el modelo complejo propuesto por Carlos Mauricio González (2013), implica comprender la salud pública como un campo de convergencias de los métodos positivistas, hermenéuticos y de intervenciones o acompañamientos sociales para redefinir los problemas de orden biopsicosocial que afectan a las comunidades y en donde se hacen necesarios el control, la comprensión y la reflexión del objeto. Además de controlar, comprender y reflexionar, este método abre la posibilidad de que se estructure la puesta en marcha de una intervención en salud que dicho sea de paso vincula con facilidad la organización comunitaria como estrategia para el desarrollo de intervenciones en el marco territorial.

Este método complejo, combina la propuesta del método epidemiológico que concentra su atención en el estudio y control de variables (causa-acción) y el método interpretativo que se encuentra fundamentado en la hermenéutica, permitiendo comprender las situaciones sociales en las cuales las enfermedades pueden encontrar un sentido social y cultural, con ello los abordajes pueden ser múltiples, entendiendo la complejidad del entramado social, que lo convierte en versátil. De igual forma, el método complejo agrega un componente axiológico en el que los aportes de la comunidad, la participación, el empoderamiento y el compromiso con la acción transformadora se convierten en ingrediente básico para la definición de experiencias relevantes en el marco del cuidado de la salud pública.

El auxilio de este método expuesto (método complejo), es sumamente enriquecedor para la definición de procesos de acompañamiento comunitario, en los que trascender el nivel protagónico de los habitantes de un entorno geográfico en la comprensión, prevención y cuidado de la salud pública es de carácter prioritario.

Por otro lado, el modelo de salud que de manera indiscutible se pretende seguir impulsando, es el MOSAFC, dado que sus bases teóricas y estructurales continúan siendo vigentes y muy importantes para el desarrollo de los aspectos participativos y la promoción del empoderamiento comunitario. Por tanto, la propuesta del GRUN, materializada a través del Ministerio de Salud, cuenta con un respaldo clave para el proceso de desarrollo en materia de salud y en materia de organización comunitaria, que beneficia a la comunidad nicaragüense.

Para alcanzar el propósito de este segundo resultado, en primer momento, identificamos los problemas de salud que afectan a la comunidad, para luego tomar en cuenta sus potencialidades en términos de organización comunitaria en función del cuidado de la salud.

4.2.2. Problemas de salud identificados tendencialmente.

Una de las tareas fundamentales de las comunidades para el cuidado de la salud pública debe ser, estar pendiente del sistema preventivo de la salud, que significa, tener presente las medidas, prácticas o costumbres, que permitan evitar la recepción de enfermedades en las familias y por efecto, en la comunidad.

Sobre este tema se ha consultado en la encuesta, a las familias de las comunidades en estudio, obteniendo el siguiente resultado:

El dato general, presentado en el gráfico 22, muestra que 81% de las familias consideran que la población de las comunidades desarrolla tareas preventivas ante los problemas de salud. En el plano territorial, el barrio México refleja que el 79% mantiene trabajo preventivo y en el caso de la comunidad San Diego II, el dato refleja 84% ante este planteamiento de aplicación práctica.

Estos resultados se presentan con información muy buena en favor de las comunidades. Rescatando que las familias de las mismas, se encuentran en pleno compromiso con el rol preventivo para el cuidado de la salud o al menos perceptivamente es de esta manera.

Este aspecto preventivo, resulta una categoría de discusión respecto las prácticas concretas en las comunidades, dado que a través del trabajo de campo realizado, es notable que la mayoría de las familias se refieren a lo preventivo, desde el punto de vista del ámbito familiar, dejando un margen de diferencia con el ámbito comunitario; es decir, se percibe la actividad preventiva únicamente desde las prácticas internas de cada familia dentro de sus viviendas, lo que pasa en el espectro exterior a la vivienda, no es reconocido como práctica en su favor.

En otras palabras, las prácticas preventivas se dan más en el interior de las viviendas que en el exterior a ellas. Dentro de la vivienda se puede notar, a través de la limpieza de la vivienda, en el aseo personal de sus habitantes, en el cuidado de las formas de preservación de los alimentos, en el cuidado de medidas preventivas de lavado de manos y uso de alcohol (una forma emergente respondiendo a la situación COVID-19), en la limpieza del hogar y eliminación de posibles criaderos de focos de contaminación, entre otras.

En el marco de lo comunitario, lo preventivo surte en menor efecto dado que la calle es un bien colectivo, un bien común a todos, pero no siempre una responsabilidad de todos. En la parte externa de las viviendas, es posible encontrar expresiones de descuido que atentan contra la salud de las comunidades, como el manejo inadecuado de las corrientes de aguas grises, el estancamiento de aguas o charcas, el crecimiento de la maleza (más evidente en el caso de San Diego II por su característica rural), la existencia de pequeños botaderos de basura ilegales.

Ante estos planteamientos observados, tanto por los resultados de la encuesta, como por las entrevistas aplicadas y la aplicación de la técnica de observación territorial, es importante tener presente que los procesos preventivos de la salud deben ser posicionados en doble vía:

- Temporalmente: Desde el punto de vista temporal, la prevención de la salud debe asumirse de forma permanente, no de forma eventual u ocasional, mientras se desarrollan actividades conjuntas para mejorar las condiciones de la salud de la comunidad.

- Integral: Desde el punto de vista integral, la prevención de la salud debe asumirse de forma complementaria, es decir, la integralidad del ambiente debe ser pensando en el entorno de las viviendas de la población y en el entorno del espacio paisajístico de la comunidad.

Gráfico 22: La prevención de los problemas de salud en la comunidad.

En general, la comunidad previene los problemas de la salud



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Esa temporalidad e integralidad de la prevención idónea, requiere que se desarrollen acciones más vinculantes con los procesos de empoderamiento social frente al cuidado de la salud comunitaria, pensada como un fenómeno que trastoca el límite individual y trasciende al establecimiento de procesos de organización comunitaria que abran oportunidad para la cooperación compartida. En otras palabras, la comunidad requiere sentir más suya la calle y el entorno en el que habita, puesto que, de no ser así, pensará que no es algo que le corresponde cuidar con acciones concretas.

Esta reflexión sobre la apropiación del contexto público (calle, entorno), más allá del cuidado de lo privado (la vivienda, su patio), remite una reflexión adjunta sobre la comprensión de la comunidad ante el aspecto de lo público,

desde el punto de vista de la salud. Se puede resumir que desde el plano teórico la comunidad aprecia los dos escenarios como parte del cuidado de la salud, pero en lo práctico, lo privado gana espacio sobre lo público, es decir, las acciones y comportamientos ante lo público pasan a ser una responsabilidad del otro, creando en lo público una dimensión en desventaja para el cuidado de la salud. Bien lo describe Eduardo Galeano: “cuando todos somos entonces nadie es”.

Así lo describe FC, mencionando que “la comunidad se organiza para el cuidado de la salud integrándose en las diferentes jornadas promovidas localmente, pero el cuidado tendría que ser de forma más permanente, sin necesidad que se esté haciendo llamado para una jornada” (entrevista, 25 de agosto 2021). Por su parte CH, confirma justificando el comportamiento de la comunidad, mencionando que a la comunidad le hace falta mayor información, la comunidad a veces no tiene la costumbre de cuidar sus calles porque hay mucho desconocimiento de los beneficios que esto tiene, ya que ayudaría más a la salud de todos” (entrevista, 15 de agosto 2021).

En tal sentido, se puede resumir que se requiere continuar trabajando en la sensibilización y promoción del empoderamiento de la comunidad, ayudando a dimensionar la salud como un todo, es decir, de manera integral.

4.2.3. El sistema de dispensarización como elemento preventivo

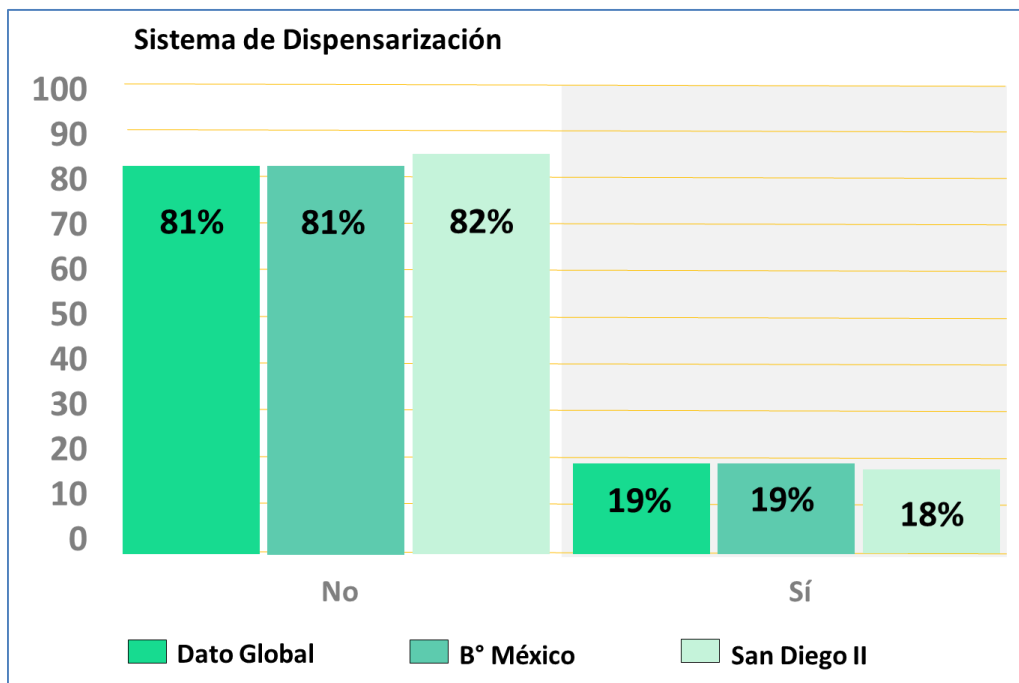
El sistema de dispensarización es una forma de llevar la información de padecimientos y control de atención que realiza cada familia. Se trata de un recurso que se utiliza para tener mejor control de los procesos de atención, como un medio de información para lograr una mejor gestión de la salud en la familia, por tanto, es útil para todos los miembros de la familia en cada vivienda.

Sobre algunas prácticas de la salud familiar, se consultó en la encuesta a las familias de las comunidades, referente al control del sistema de dispensarización o control del cuadro de las enfermedades que de forma informativa y preventiva se maneja.

Una de las acepciones sobre este ítem es que en efecto muy pocas familias conocen y comprenden de qué se trata este control familiar. Al tener mayor claridad sobre el tema, las familias reconocen o más bien, transfieren el pensamiento de que la responsabilidad de este control es una tarea de las instituciones, es decir, es una tarea del Centro de Salud y el MINSA con sus diferentes protagonistas de apoyo, como los brigadistas o los responsables de salud de las comunidades, no así una responsabilidad de cada familia.

Esta información se presta para una pausa en el proceso organizativo, pues para que la comunidad pueda apoyar mejor en la participación de las tareas preventivas de la salud comunitaria, deben también, conocer la situación de cada familia en torno a las debilidades concretas que se poseen respecto a la salud individual.

Gráfico 23: Prácticas de control de la salud familiar.



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

En efecto, los resultados de la encuesta lo demuestran. En términos globales, ante la inquietud sobre el manejo del sistema de dispensarización

familiar, el 81% de las familias reconocen no manejarlo, la mayoría de ellas porque no tenían conocimiento sobre ese recurso.

En el caso de las comunidades en específico, barrio México presenta un alto puntaje de 81% que no lo maneja y de igual manera, 82% de las familias lo expresan en la comunidad San Diego II. Este es uno de los pocos aspectos que, en la encuesta aplicada, se puntea de manera negativa, de acuerdo con las prácticas de las familias de las comunidades.

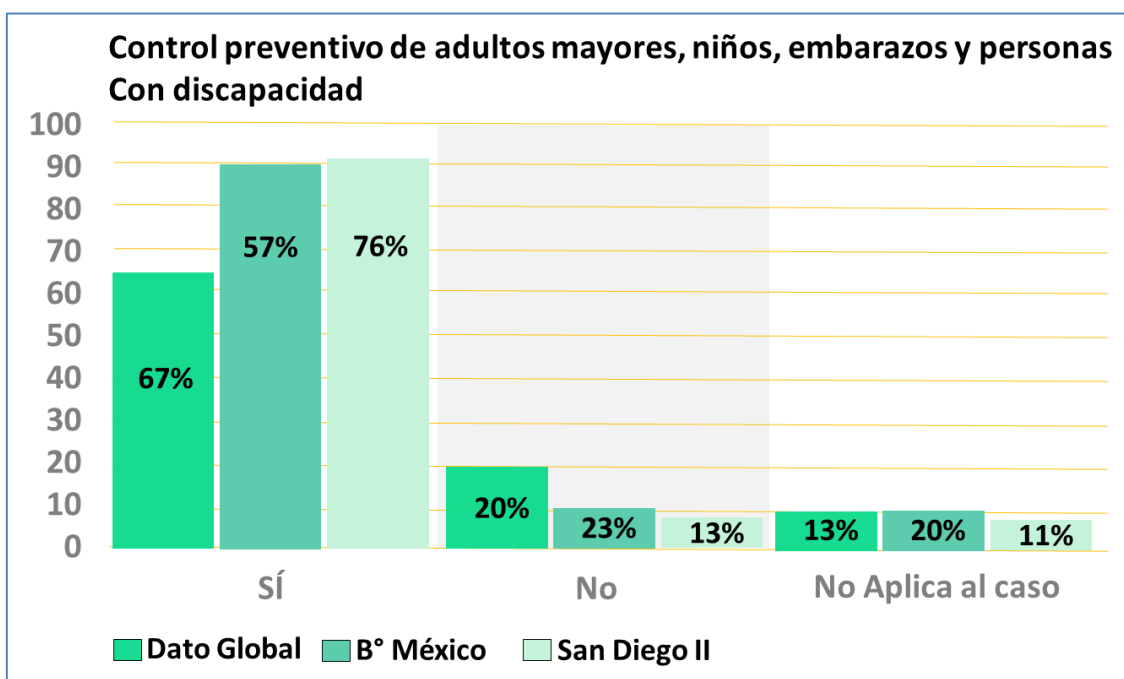
Otra de las prácticas de mucha relevancia para el cuidado de la salud de las familias en las comunidades, es el control permanente de los casos que requieren revisión por sus características concretas. Vale decir adultos mayores, niños sobre todo en primeras edades, mujeres embarazadas y personas con discapacidad.

Los resultados de la encuesta ante este aspecto, refleja que en las comunidades el 67% de las familias efectivamente sí desarrollan control preventivo de las personas específicas como adultos mayores, niños, mujeres embarazadas y personas con discapacidad, frente a un 2% de familias que no lo realizan y un 13 % que no aplican este aspecto, dado que en sus familias no existen en este momento personas con esas características.

Por su parte, en el barrio México 57% de las familias efectivamente sí desarrollan control preventivo de las personas específicas como adultos mayores, niños, mujeres embarazadas y personas con discapacidad, frente a un 23% de familias que no lo realizan y 20% de familias que no aplican este aspecto dado que en sus familias no existen en este momento personas con esas características.

Para el caso de la comunidad San Diego II, los datos reflejan que 76% de las familias sí efectúan ese trabajo preventivo, frente a un 13% de familias que no lo ejercitan, y un 11% que no lo desarrollan por no poseer esa característica de población en sus hogares.

Gráfico 24: Prácticas de control preventivo familiar.



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Se ha consultado de igual manera a las comunidades en estudio, a través de la encuesta, sobre el hecho de considerar la existencia de varios problemas de salud que afectan a la comunidad. Sobre este aspecto, la opinión perceptiva de la comunidad se expresa de forma equilibrada. En el dato global, un 63% de las familias opinan que existen varios problemas de salud que afectan, resultando un poco más de la mitad de la población ante este aspecto.

En el caso del barrio México, el dato es muy similar, expresando un 62%, al igual que en la comunidad San Diego II que mantiene un 63% de familias que opinan que existen varios problemas de salud que afectan a la comunidad. Todos estos datos frente a un 37% y 38% de familias que opinan que no existen varios problemas de salud que afectan a la comunidad.

Gráfico 25: Los problemas de salud que afectan a la comunidad.

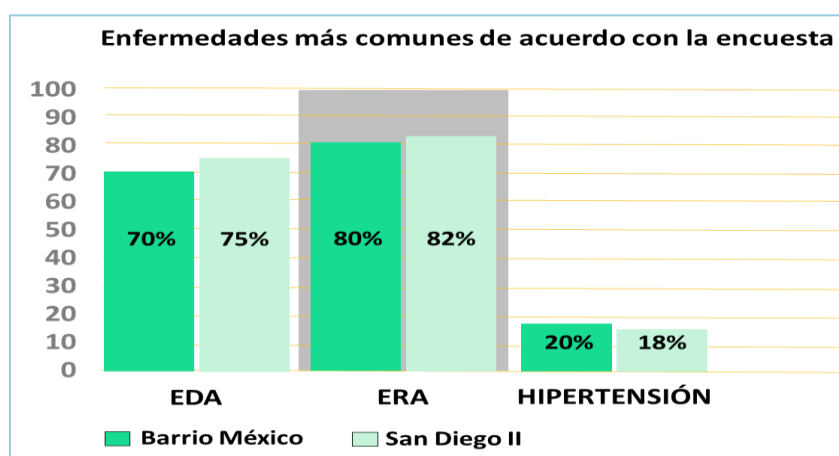
Considera que existen varios problemas de salud que afectan a toda la comunidad



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Pese a los resultados de estas inquietudes planteadas en la encuesta, la comunidad a través de sus opiniones y la misma encuesta, identifica algunos problemas de salud que más se presentan. Entre ellos los más mencionados y frecuentes se encuentran: las EDA (Enfermedades Diarreicas Agudas), ERA (Enfermedades Respiratorias Agudas), Hipertensión en menor proporción y mencionan también COVID, aunque se trata de una pandemia contextual ha sido mencionada en alguna proporción.

Gráfico 26: Enfermedades más comunes que predominan en la comunidad.



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Los datos de la encuesta, muestran que en el barrio México, las EDA se presentan en un 70% y en la comunidad de San Diego II, varía mínimamente a 75% en las familias. Las ERA son aún más comunes y se presentan en 80% y 82%, en el barrio México y comunidad San Diego II respectivamente. Por su parte, la Hipertensión es otra de las enfermedades o padecimientos que más se mencionan, aunque en menor proporción, se muestra en 20% y 18% en las familias, en barrio México y San Diego II, respectivamente.

Los datos mostrados hacen notar mucha similitud en los resultados, además de ello, las comunidades también mencionan a través de los talleres y entrevistas, que, dependiendo de la temporada del año, puede existir otras afectaciones como el Dengue en momento de invierno. Otras enfermedades como la diabetes y enfermedades renales, no han sido identificadas en los talleres ni en la encuesta.

Las principales causas de estas enfermedades más comunes, que se logra identificar responde a:

El manejo de la higiene en cada hogar. Los líderes entrevistados comentan que en las viviendas no todos tienen prácticas higiénicas tan saludables, incluso con la situación actual vivida frente al contexto de pandemia. Algunas viviendas no acostumbran buenas prácticas de orden interno en el hogar, provocando que exista ambiente para que se anide la suciedad y animales vectores de enfermedades.

El descuido de las familias en la preparación de los alimentos diarios. Este aspecto es clave en la salud de las personas, la acción de lavarse las manos antes de preparar los alimentos es indispensable para que en el hogar las familias no obtengan enfermedades gastrointestinales que se expresan a través de las diarreas.

Las condiciones en la infraestructura de las viviendas. Este elemento de la salud como causa de las enfermedades que existen en la comunidad, es mencionado por los entrevistados. Mencionan que las familias poco a poco han

mejorado sus condiciones de vida y que las condiciones de la infraestructura en el hogar es a veces lo más difícil de mejorar. Esa realidad limita a las familias en aspectos como el manejo de las aguas grises por no contar con medios para la construcción de sumideros y utilizar inodoros en lugar de sistema de letrinas. Otro de los aspectos de este tipo, refieren a la posibilidad de tener espacios para almacenar de manera óptima y más ordenada los alimentos y las pertenencias del hogar.

Sobre este aspecto, vale mencionar las reflexiones de los mismos pobladores, “uno puede tener pocos recursos, pero eso no significa que tengamos que vivir en lo sucio”, es importante tener presente esta idea de la comunidad porque es la forma en que debemos pensar para vivir de mejor manera, en un ambiente más sano y agradable.

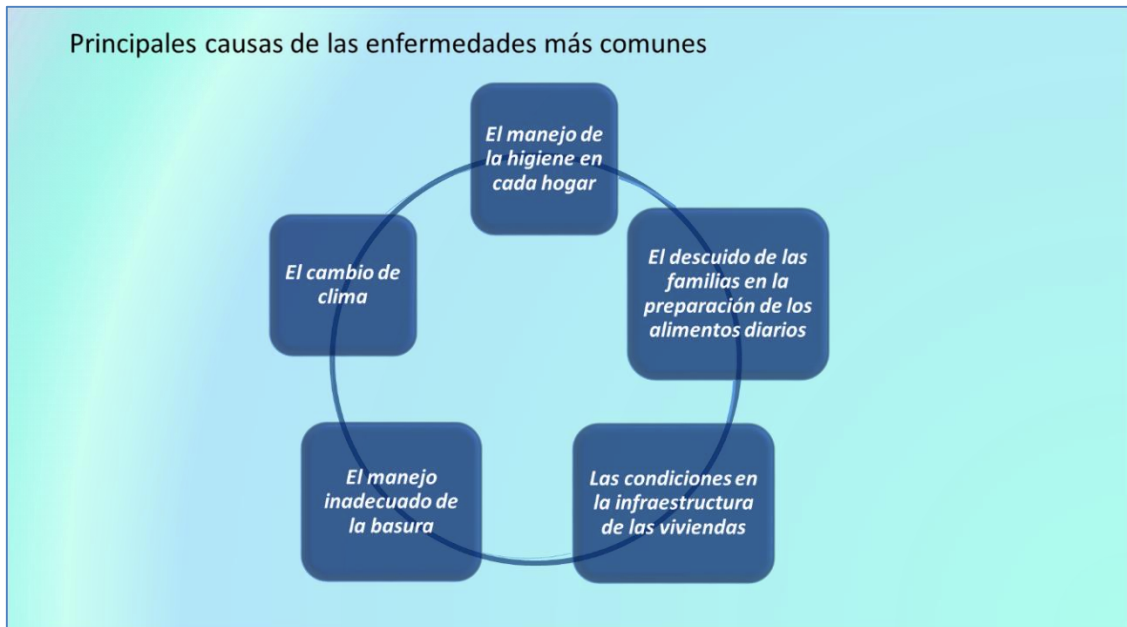
El manejo de la basura. La basura es el principal enemigo de la salud en cualquier comunidad porque su existencia o manejo inadecuado, puede producir enfermedades casi de forma inmediata. En las dos comunidades donde se ha aplicado el estudio, existe una enorme preocupación por parte de la comunidad, en resolver las dificultades vinculadas al tema de la basura. Tanto así, que es uno de los móviles de mayor movilización colaborativa que se puede desarrollar, es decir, es una de las problemáticas por las que la comunidad emite esfuerzos para trabajar de forma conjunta.

Sin embargo, vale mencionar, que la basura siendo una de las mayores amenazas causante de enfermedades, continúa siendo el tema de agenda en cada hogar, tanto para participar de los procesos organizativos para su eliminación, como para pensar en gestionar una solución más sostenible en beneficio de las comunidades y el municipio mismo.

El cambio de clima. Por su ubicación y características naturales, el municipio La Paz en su conjunto posee un clima agradablemente fresco. Sin embargo, en algunas temporadas como las aperturas de invierno o de verano, la entrada de navidad y año nuevo, el clima tiende a bajar de manera considerable,

lo que provoca una alteración en la condición respiratoria de algunos habitantes, teniendo que aplicar medidas preventivas para mantener su salud.

Ilustración 5: Principales causas de las enfermedades más comunes en las comunidades San Diego II y B° México, La Paz, Carazo



Fuente: Elaboración propia, con base en información de las prácticas y experiencias de la comunidad San Diego II y barrio México ante los problemas de salud.

Las afectaciones más comunes, como se ha mencionado antes, son principalmente, las ERA y las EDA y actualmente una permanente atención al problema de la pandemia COVID-19 que infunde temores en la población en general, sobre todo por estar asociada con problemas respiratorios. Estas afectaciones ocasionan debilidad en el cuerpo, resfrío, dolor en las coyunturas, dolores intestinales, dificultad en la respiración, entre otras.

Cabe mencionar, que el tema de la pandemia se encuentra bien posicionado en las discusiones actuales de las comunidades en estudio, por tratarse de una situación de corte internacional. Además, por las características que se le han conferido a dicho virus: capacidad mortal, evolución de su fuerza con nuevas variantes, formas de fácil contagio, entre otras.

Otro aspecto a tener en cuenta con el proceso investigativo, es que en el momento en que se desarrolló el trabajo de campo, aún no se tenía claridad sobre la posibilidad de vacunas para la población, por tanto, el ambiente de incertidumbre para muchas personas resultó una frontera para los procesos participativos. Con las variantes del COVID-19 muchos procesos de convocatoria participativa de las comunidades tuvieron que ceder en su aplicación práctica, afectando de alguna manera, la integración de la comunidad en el desarrollo de sus actividades de socialización participativa.

Por otro lado, debe reconocerse, que el contexto del COVID-19, también ha generado mucha incertidumbre en la población, sobre todo causado por la desinformación o información tergiversada, tanto de las formas de contagio como de las formas de prevención y atención. Esta situación también causó un efecto negativo en el ambiente de tranquilidad de la población. El entrevistado SB menciona al respecto que, en un momento dado, “la población se encontraba aturdida por la desinformación y eso les causó mayor temor ante el virus”, reconociendo un efecto psicológico de la situación coyuntural vivida (entrevista, 15 de agosto 2021).

Las comunidades, sin embargo, han tenido sus propios procesos para enfrentar los problemas de salud en su comunidad:

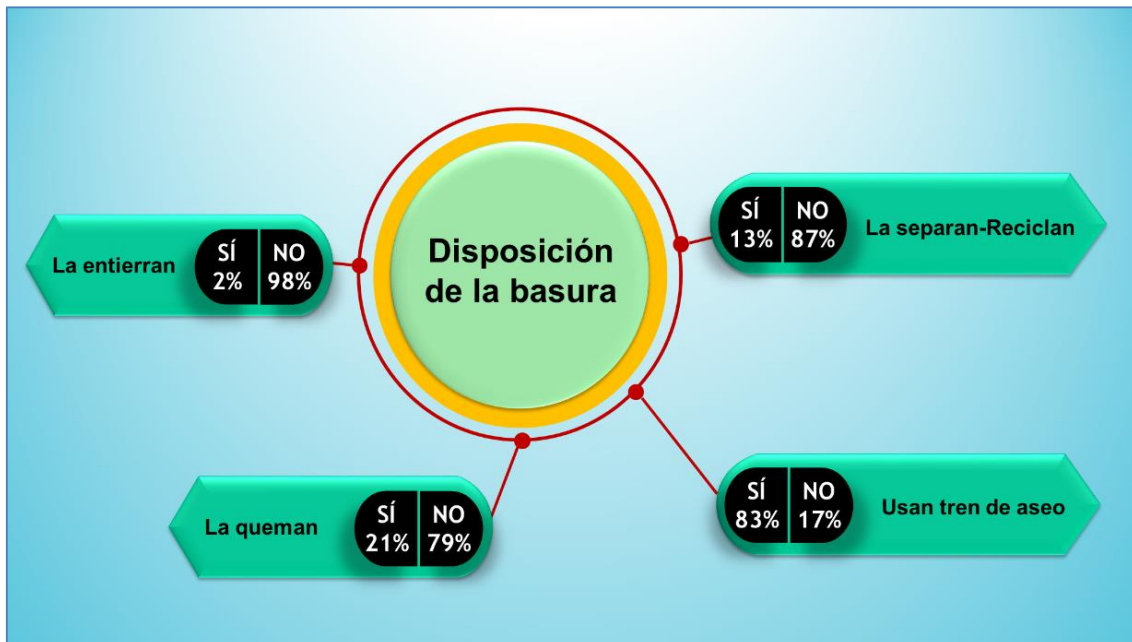
Por un lado, han venido trabajando en la promoción de la parte organizativa de la comunidad, animando territorialmente a las personas y familias a tomar las medidas preventivas necesarias, con miras a enfrentar las situaciones de enfermedad que se presentan y a participar en las jornadas que se van realizando en función del cuidado de la salud. En este sentido, se vuelve a retomar el tema de la necesidad de actualizar los procesos organizativos y las acciones encaminadas a través de la aplicación del MOSAFC.

Por otro lado, realizando coordinación con instituciones como Alcaldía del municipio La Paz y MINSA principalmente, para gestionar el tema del manejo de la basura, que resulta uno de los causantes de las enfermedades más comunes en las dos comunidades.

Sobre el tema de la basura, se puede expresar los datos encontrados en la encuesta de acuerdo con las prácticas de la comunidad para respaldar la necesidad de gestionar mejor los desechos y sus posibles efectos en la población. Para el caso de las dos comunidades, se encontraron cuatro prácticas en función de la gestión de la basura: familias que recogen la basura y la queman, familias que reutilizan (reciclan) al menos algunos desechos, otras familias que utilizan los servicios de tren de aseo organizado por la municipalidad y algunas familias utilizan el entierro como forma de eliminación de los desechos.

En el caso del barrio México, las prácticas menos usadas para la eliminación de la basura o desechos, son: enterrarla, reusarla (reciclarla), o recogerla para quemarla, siendo apenas 2%, 13% y 21% de las familias, respectivamente. La práctica más común es utilizar el camión de recolección de basura (tren de aseo), que asciende a un 83%.

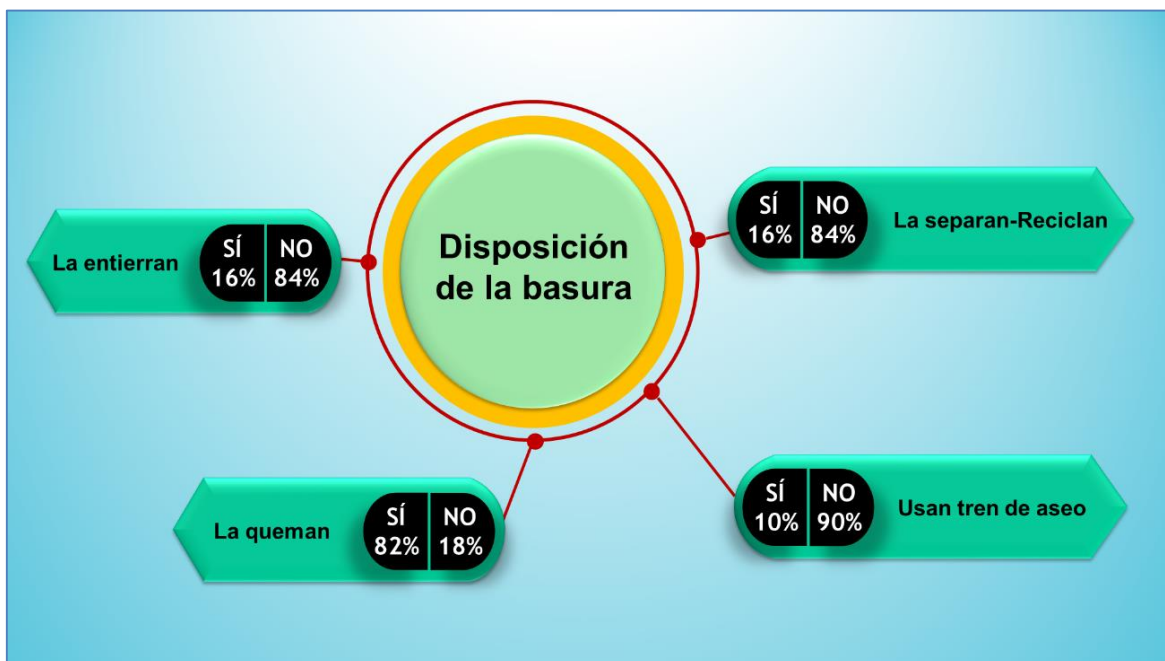
Gráfico 27: Disposición de la basura en el Barrio México.



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en barrio México, La Paz-Carazo.

Para el caso de la comunidad San Diego II, las prácticas menos usadas en la eliminación de la basura o desechos, son: enterrarla, reusarla (reciclarla), y utilizar el tren de aseo, siendo apenas 16%, 16% y 10%, respectivamente. La práctica más común en la gestión de la basura, es recogerla para quemarla, que asciende a un 82% de cada 10 familias.

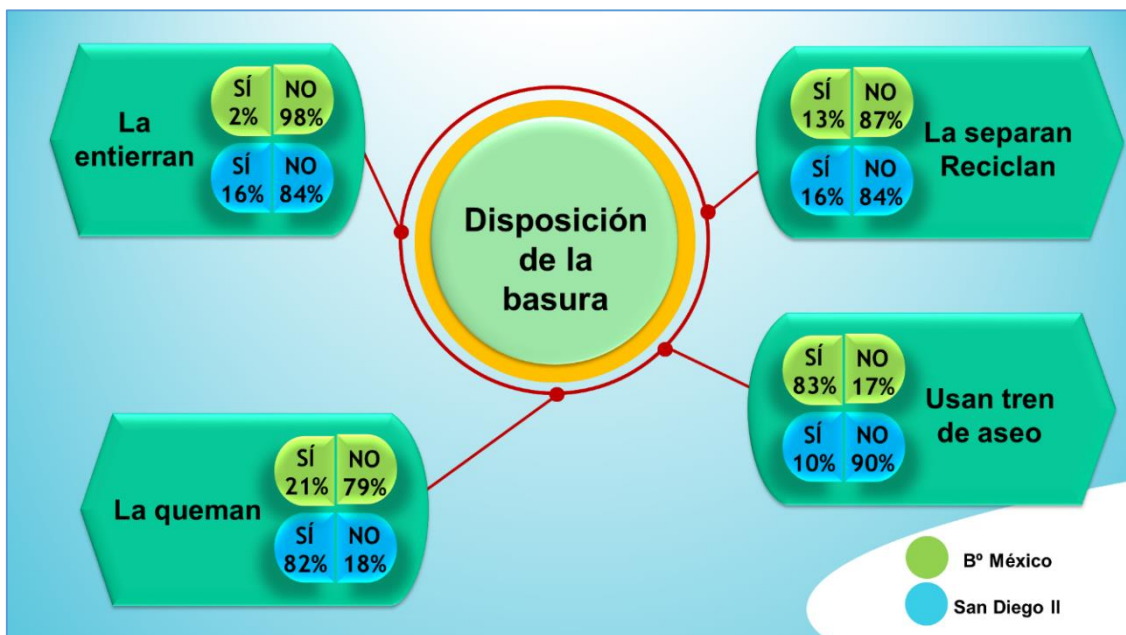
Gráfico 28: Disposición de la basura en comunidad San Diego II.



Fuente: Elaboración propia, con base en la aplicación de encuestas en la Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Ahora bien, al utilizar una gráfica que permite realizar una comparativa de la forma de gestión de la basura, es posible notar que una de las prácticas es más utilizada en cada una de las comunidades, y en efecto, no coinciden entre sí, como nos muestra la gráfica siguiente (Gráfica N° 29).

Gráfico 29: Comparativa de la disposición de la basura en las dos comunidades



Fuente: Elaboración propia, con base en el análisis de la encuesta aplicada en barrio México y Comunidad San Diego II, La Paz-Carazo.

Puede notarse de forma clara que, en dos de las prácticas de eliminación de basura o desechos, “la entierran” y “la reciclan”, no se determinan diferencias significativas. En cambio, la acción de recogerla para quema y la acción de utilización del tren de aseo, denotan diferencias muy marcadas. Estas diferencias pueden comprenderse por las diferencias de condiciones y características, en las que una de las comunidades es mayormente accesible por ser urbana y la otra más rural.

4.2.4. Enfermedades crónicas en el municipio La Paz, Carazo.

Hemos de mencionar en este apartado, que también existe un proceso de rescate de información en salud para determinar las enfermedades de mayor padecimiento en las comunidades. Esto es un dato a nivel nacional que se recoge en el mapa nacional de salud en Nicaragua, a través de la red de salud comunitaria y los líderes comunitarios como parte del aporte al MOSAFC. Esta base de datos se elabora de manera anual, aunque hasta el momento del estudio

solo es posible rescatar la información de los años 2017, 2018, 2019 y 2020, lo que permite tener un punto de partida para identificar tendencias.

Cabe mencionar, que este dato se genera y dispone, en el sitio web del MINSA, pero solo es posible acceder a la información de carácter municipal y no específica. Sin embargo, resulta un referente importante para obtener pistas de los problemas de salud que más se presentan en la localidad.

Aprovechando estos datos se puede notar que en el municipio La Paz, el grupo de enfermedades crónicas se comportó de la siguiente manera:

Como puede notarse en el Gráfico 30, en el municipio La Paz, la enfermedad crónica que presenta mayor cantidad de casos, de acuerdo con el mapa de salud nacional, es la Hipertensión Arterial. La cantidad de casos identificados en el municipio, asciende arriba de las 5 centenas y su tendencia es poco variante entre los años 2017 y 2020, siendo el año 2018 quien hace la diferencia, al presentar un ascenso en los casos identificados. Así, se presenta con 505, 598, 472 y 522 casos para los cuatro años respectivos (2017, 2018, 2019 y 2020).

En la encuesta aplicada para efecto del presente estudio, las familias identifican una mínima participación de esta enfermedad crónica en sus habitantes, aunque resulta claro que, es una de los padecimientos crónicos que están presente en la comunidad.

Por su parte, las Enfermedades Reumáticas también presentan una alta participación en el municipio, 339 casos identificados para el año 2017, 373 en el año 2018, 278 casos en el 2019, y 144 casos para el año 2020. La línea de esta enfermedad crónica denota que, para 2020 hubo un descenso considerable de la cantidad de casos presentados.

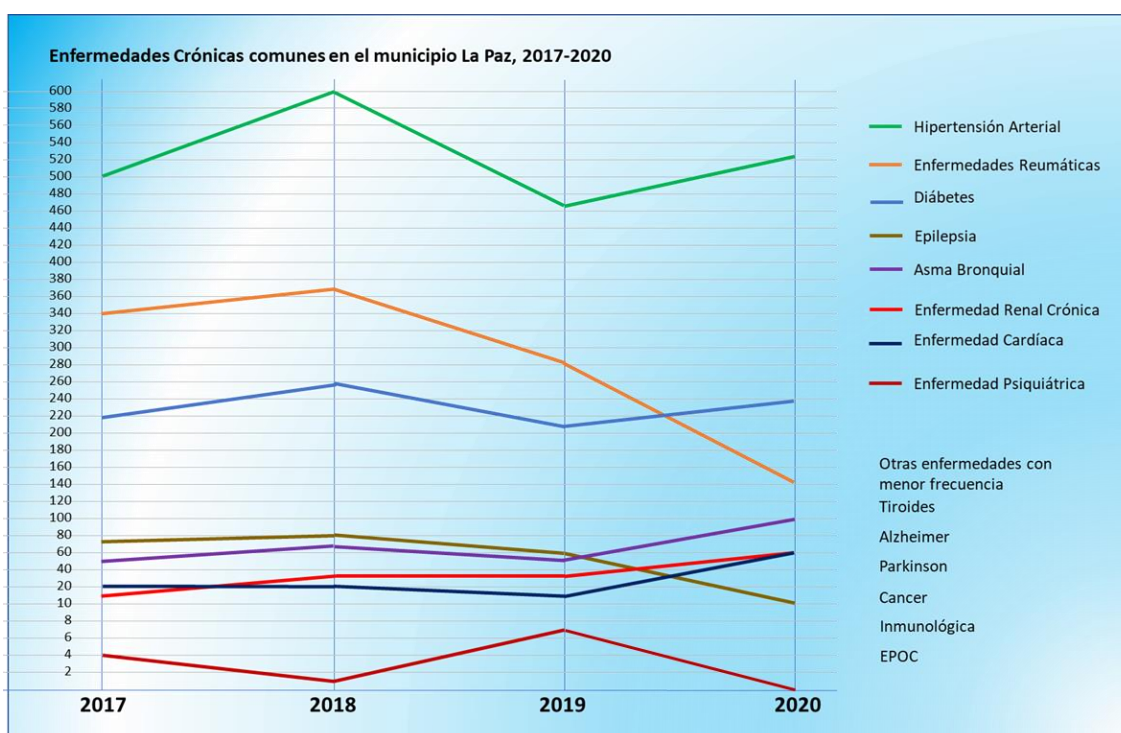
Otra de las enfermedades crónicas de mayor magnitud que aparece presente en el municipio La Paz, es la Diabetes. Los datos de los cuatro años registrados, reflejan mínimas variaciones en su comportamiento, así para el año

2017 se cuenta con 218, en el año 2018 se registran 256, en el 2019 se determina 206 y en el 2020 se presentan 239 casos.

Básicamente, se puede mencionar que, de las enfermedades crónicas, estas tres mencionadas son las de mayor alcance: Hipertensión, Enfermedades reumáticas y Diabetes. Luego aparecen otras enfermedades crónicas de menor ascenso como la Epilepsia, el Asma Bronquial, Enfermedades de tipo: Renales, Cardíacas y Psiquiátricas.

En menores cantidades, también aparecen otras crónicas como la tiroides, el alzheimer, el parkinson, entre otras. Cabe mencionar que algunas de estas enfermedades no se registran en algunos años, dado que se trata de casos menos frecuentes.

Gráfico 30: Comportamiento de enfermedades crónicas en el municipio La Paz, Carazo (2017-2020)



Fuente: Elaboración propia, tomando datos del mapa nacional de salud en Nicaragua, MINSA 2017-2020.

4.2.5. Las causas de hospitalización en el municipio

Las causas de hospitalización en la población del municipio de La Paz en Carazo, también están siendo registradas y nos informan sobre los riesgos más comunes en la población. Estos datos son importantes para el análisis de los problemas de salud, dado que ofrecen una visión del comportamiento de algunas condiciones de salud que enfrenta la población (ver Gráfico 31). Aunque los datos de igual forma son de carácter municipal, pueden ofrecer una tendencia de esas condiciones.

En estos cuatro años registrados, la causa de ingreso hospitalario más común ha sido la Neumonía, una de los padecimientos asociados a los problemas respiratorios, sea por efecto de cambio de clima o por el impacto del polvo en el sistema de inhalación. Para el año 2017 se presentan 31 ingresos, pasando a 38 casos en el 2018, luego un repunte de afectación muy significativo en el año 2019 con 69 casos y en 2020 logra una baja más estable de 45 casos de ingreso.

Por su parte, la Diarrea y enfermedades gastrointestinales también presentan un caso significativo de ingresos hospitalarios, siendo en 2017 apenas 16 casos, que aumentaron significativamente en el 2018 al ascender a 30 casos, y en 2019 a 43 casos de ingreso. Para 2020 la situación de esta enfermedad se redujo considerablemente a 24 casos. Cabe destacar, que la manipulación de alimentos y las prácticas de higiene vuelven a tomar un papel relevante en el comportamiento de esta enfermedad.

La Diabetes es otro de los padecimientos que causaron ingresos en hospital. Para 2017 se atendieron 12 casos, en 2018 ascendió a 17 casos, subió significativamente a 38 casos en el año 2019 y en el año 2020 se atendió 28 casos.

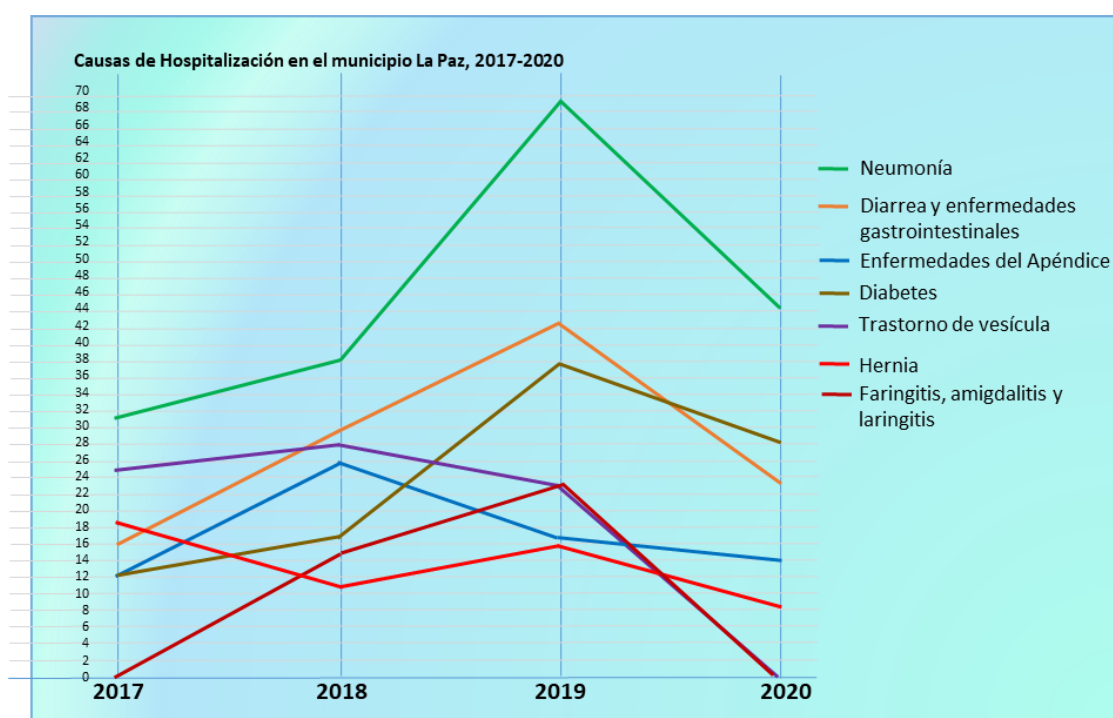
Las enfermedades del Apéndice fueron también una tendencia de ingreso hospitalario, presentando 12 casos en el año 2017, 26 casos en el año 2018, 17 casos en el año 2019 y 14 casos en el año 2020.

Otra causa de ingreso hospitalario que resulta interesante, es el trastorno de vesícula. Esta se presenta únicamente en tres de los cuatro años de registro (2017, 2018 y 2019), pero sus datos son relevantes en comparación con otros padecimientos en causa. Para 2017 se atendieron 25 casos, en 2018 fueron 26 casos y en 2019 se registran 23 casos.

La faringitis, aunque se presenta únicamente en dos años (2018 y 2019), presenta datos relevantes: 15 y 24 casos respectivamente.

Como puede notarse en la tendencia reflejada por el gráfico, tanto la neumonía, como la Diarrea, la Diabetes y la Faringitis se muestran como casos en ascenso para el año 2019.

Gráfico 31: Comportamiento de Causas de hospitalización en la población en general en el municipio La Paz, Carazo (2017-2020)

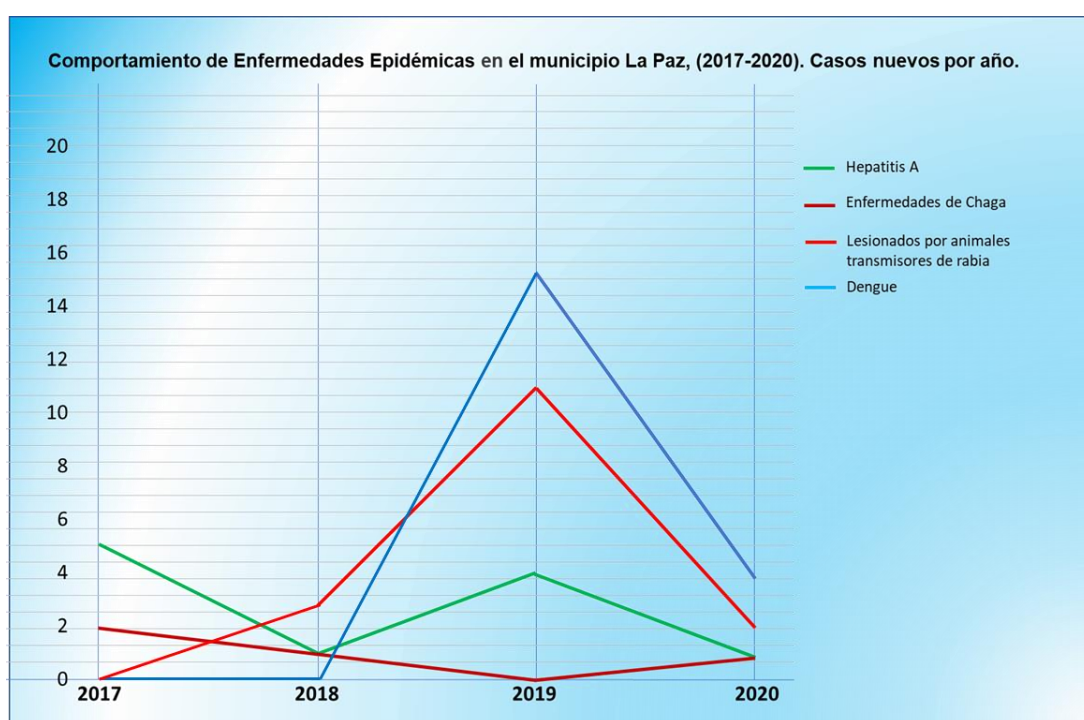


Fuente: Elaboración propia, tomando datos del mapa nacional de salud en Nicaragua, MINSa 2017-2020.

4.2.6. Comportamiento de enfermedades epidémicas

De acuerdo con los datos del mapa nacional de salud en Nicaragua, el comportamiento de las enfermedades epidémicas para este periodo (2017-2020), se encuentra bien definido por cuatro padecimientos a saber: Hepatitis A, Enfermedad de Chaga, Lesionados por animales transmisores de Rabia y Dengue.

Gráfico 32: Comportamiento de Enfermedades Epidémicas en el municipio La Paz, (2017-2020). Casos nuevos por año.



Fuente: Elaboración propia, tomando datos del mapa de salud de Nicaragua, MINSA 2017-2020.

La Hepatitis A presenta 5 nuevos casos en el año 2017, 1 nuevo caso para el 2018, 4 nuevos casos en el año 2019 y 1 caso nuevo para el año 2020. La Enfermedad de Chaga o conocida como mal de Chaga, presenta 2 casos nuevos para 2017, 1 nuevo caso para 2018, cero casos nuevos en 2019, y 1 nuevo caso para 2020.

Los lesionados por animales transmisores de rabia se presentaron únicamente en los años 2018, 2019 y 2020. Los casos nuevos fueron 3, 11 y 2 respectivamente. Mostrando una alta frecuencia para el año 2019. El Dengue por su parte, presenta una frecuencia de 15 casos nuevos para el año 2019 y 4 casos nuevos para el año 2020. Sin presencia de casos nuevos para los años 2017 y 2018, pero con un ascenso importante en el año 2019.

4.2.7. Comportamiento de Enfermedades Infecciosas

Sobre las enfermedades infecciosas, el mapa de salud nacional, registra para el municipio de La Paz de Carazo, los datos exclusivos de la Tuberculosis. Esta enfermedad que ataca a las personas principalmente en el área pulmonar, no presenta casos nuevos para el 2017, 1 caso nuevo para el año 2018, 2 casos nuevos para el 2019 y 1 caso nuevo para el año 2020. Por gracia, presenta mínimas frecuencias para la población del municipio.

4.2.8. Valoración de los problemas de salud presente

Puede mencionarse que, las prácticas preventivas para el cuidado de la salud, tienen mayor relevancia en el plano interior de las viviendas de los barrios en estudio, dado que, en el marco de lo comunitario, un bien colectivo no siempre es una responsabilidad de todos.

Se plantea que la prevención debe manejarse de forma permanente y de forma integral, tomando en cuenta no únicamente, el espacio físico territorial de cada vivienda sino más bien, yendo a la proyección panorámica de la comunidad para trastocar el área sistémica.

Por otro lado, se concluye que, desde el punto de vista preventivo, la comunidad aún presenta un mediano compromiso sobre el control de las enfermedades de los grupos de mayor vulnerabilidad, llámese adultos mayores, mujeres en embarazo, personas con discapacidad y niñas/niños menores de 5 años.

Sobre las enfermedades de mayor relevancia encontradas, tanto por la investigación documental como por el trabajo de terreno, se puede mencionar que las de mayor impacto son las ERA (Enfermedades Respiratorias Agudas) y las EDA (Enfermedades Diarreicas Agudas). Siendo sus principales causas el manejo inadecuado de la higiene, el descuido en la forma de preparación de alimentos, las condiciones inadecuadas de las viviendas para una mejor gestión de la prevención de la salud, el manejo inadecuado de la basura en diferentes tendencias en cada comunidad según sus condiciones, y los cambios de clima que afectan la respiración de los pobladores.

A nivel municipal entre los años 2017 y 2020, las tres enfermedades crónicas más sobresalientes que son tendencia en el municipio, se encuentran la hipertensión arterial, las enfermedades reumáticas y la diabetes. Por otro lado, las tres causas de hospitalización más frecuentes, son Neumonía, Diarrea-enfermedades gastrointestinales y Diabetes. Las dos epidemias de mayor tendencia en estos cuatro años son Dengue y Lesionados por animales transmisores de Rabia. Y la enfermedad infecciosa de mayor presencia ha sido la Tuberculosis.

Las comunidades por su parte, han continuado su trabajo permanente de prevenir y organizarse en función del cuidado de la salud, aunque reconocen que aún se necesita mucho trabajo para mejorar sus condiciones y su calidad de vida.

4.2.9. Potencial comunitario para enfrentar los problemas de salud.

Determinados los principales problemas de la comunidad desde el ámbito de las enfermedades que mayormente afectan, será bien analizar cuáles son las posibilidades y medios con que cuentan las comunidades para enfrentar, prevenir y mitigar las afectaciones de la salud.

Para determinar las potencialidades que existen en las comunidades y hacer frente a los problemas de salud, se ha analizado un panorama de los

medios, oportunidades y recursos con los que se cuentan las comunidades, contemplando los siguientes potenciales:

Oportunidades: Las oportunidades se consideran como aquellas que son de beneficio a la comunidad y que se presentan como servicios institucionales de apoyo a la prevención y mitigación de los problemas de salud. Además, incluye los servicios de salud disponible en cada comunidad o al menos desde el punto de vista municipal.

Servicios de salud disponible: Dentro de los servicios disponibles con que cuentan las comunidades en estudio para el manejo de la salud, encontramos tres, entre ellos: un Centro de Salud, una Casa Materna, un servicio de recolección de basura.

El Centro de Salud disponible, queda ubicado en el centro urbano de La Paz, es de común uso con todas las comunidades pertenecientes al municipio, es decir, no existe un Centro de Salud para cada comunidad. Para el barrio México, el Centro de Salud queda muy cercano, a unos 500 metros. Para la comunidad San Diego II, la distancia para asistir al Centro de Salud es un poco más lejana, pero siempre muy accesible, a unos 20 minutos en transporte.

Los servicios que ofrece el Centro de Salud, son entre otros: Consulta médica general para todos los habitantes, atención integral a niños menores de seis años, consulta de emergencia en casos requeridos, servicio de planificación familiar, servicio de vacunación, atención a pacientes crónicos, servicio de exámenes de laboratorio. Para las mujeres ofrece detección de mujeres embarazadas, controles prenatales y atención a partos. En última instancia ofrece sistema de referencia hospitalario para casos que lo necesiten.

Por su parte, la Casa Materna en el municipio La Paz, queda ubicada de igual forma en el centro urbano. Al igual que el Centro de Salud, atiende a toda la población del municipio en general, específicamente a mujeres en estado de embarazo y puérperas. Los servicios que ofrece entre otros, son: ingreso de mujeres embarazadas próximas a parir o con riesgo durante el embarazo,

consejería durante el embarazo, parto y puerperio relativa a procesos preventivos y cuidado durante cada una de estas etapas, diariamente los médicos y enfermeras revisan el estado físico de las embarazadas para evaluar signos de vida y estado físico del bebé dentro del vientre materno. Todos estos servicios son complementados con la garantía del hospedaje y alimentación para las mujeres de forma gratuita.

La gestión de desechos es otro de los servicios que se ofrece en el municipio, este es administrado por la Alcaldía del municipio. Este servicio se desarrolla dos a tres veces por semana, recorriendo los barrios más urbanos para mantener preventivamente limpias las calles y casas de habitación. Sin embargo, en algunos sitios aún no se logra un servicio fijo y estable que permita que las familias puedan evacuar la necesidad de eliminar los posibles focos infecciosos que se podrían crear, con la existencia y acumulación de la basura.

Para la atención de este servicio, se tiene una diferencia entre barrio México y la comunidad San Diego II. La primera, es de mayor facilidad en la atención por su ubicación urbana, pero en San Diego II, este servicio es más limitado por su ubicación y distancia.

Lograr que la recolección de basura pueda ser efectiva en todas las comunidades, es uno de los retos propuestos, pero, además crear una forma efectiva para la eliminación o aprovechamiento de la basura y convertirla en recurso para el municipio. En este sentido, los esfuerzos municipales y académicos conjuntamente, actualmente se encuentran en la etapa de diseño y promoción de un proyecto que permita mejores resultados en el territorio. Karla Licinia Chávez Delgado actual alcaldesa de municipio se encuentra gestionando un proyecto bajo el nombre “Gestión integral de los residuos sólidos para mejora de calidad de vida de las familias de La Paz, Carazo”, que contempla una versión de planta procesadora de desechos.

Los Servicios institucionales de apoyo, están referidos a las instituciones que de forma directa se involucran en el trabajo de prevención y cuidado de la salud de las comunidades.

En este sentido, es posible la identificación de tres instituciones directas: Municipalidad de La Paz, el MINSA y la Empresa Nacional de Acueductos y alcantarillados (ENACAL).

La Municipalidad es una de las instituciones principales en atender problemas comunitarios y se interesa en que se fortalezca la organización local para dinamizar las acciones de mejora de calidad de vida en las comunidades. A parte de velar por el desarrollo participativo territorial, se encarga de organizar tareas concretas como la gestión de proyectos y obras específicas que permitan el desarrollo de la población, entre ellas, la mejora de las calles, el sistema de drenaje pluvial comunitario, el control de botaderos ilegales de basura, la gestión de sistema de eliminación de excretas y la garantía del funcionamiento y cobertura del servicio de tren de aseo.

Por su parte, el MINSA, es la institución exclusiva para el trabajo preventivo en salud, además, la rectora del MOSAFC por tanto, una de las de mayor importancia en el funcionamiento efectivo de la participación y las redes de colaboración comunitaria en las localidades. A nivel territorial, se encarga de la operatividad del Centro de Salud y Casa Materna.

La Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados Sanitarios (ENACAL), por su parte, representa un aporte clave en la gestión de la salud de las comunidades. La gestión principal de esta empresa tiene relación con el acceso, cobertura y calidad del agua potable. Para toda familia de cada comunidad, el agua es el principal recurso para gestionar la higiene y la salud tanto personal, como familiar y comunitaria.

Medios de salud: Dentro de los medios de salud disponibles en cada una de las comunidades en estudio, se puede identificar la unidad móvil y los vehículos de algún vecino de la comunidad. Por otro lado, la disposición de locales comunitarios para el desarrollo de jornadas.

En el caso de la Unidad móvil, se cuenta con un medio perteneciente al sistema de salud del municipio, que ayuda a las familias en caso de atender

emergencias. Por otro lado, también existe la colaboración de algunos vecinos que poseen un medio de transporte con el que auxilian a las familias en caso de una emergencia de salud. De esa manera, buscan la alternativa para ser atendidos en el Centro de Salud o en Hospital, donde se les traslada con la ayuda de sus medios.

Otros medios de importancia relevante, son los locales comunitarios que algunas familias conceden en calidad de préstamo en cada una de las comunidades, prestando sus viviendas para convertirlas eventualmente en bases de operación de las jornadas de salud que se desarrollan en la comunidad, por ejemplo, las jornadas de vacunación que necesitan de sitios estables para atender a las familias en el territorio. Este aspecto es de mucha importancia, ya que requiere de la organización de comodidades mínimas para que el personal de la red de salud que visita a las comunidades, puede ejercer de manera efectiva su labor en el cuidado de la salud.

En el caso de barrio México, además se cuenta, con un pequeño local donde funciona un Centro de Desarrollo Infantil (CDI) y una iglesia cristiana que en ocasiones facilitan locales para el desarrollo de actividades preventivas en salud. En San Diego II, únicamente se cuenta con una iglesia cristiana, que de igual forma algunas veces es facilitada para procesos comunitarios.

Recursos: En el caso de los recursos favorables para el cuidado de la salud en la comunidad, hemos de pensar en la disponibilidad del talento humano presente en las comunidades en estudio.

El Talento Humano disponible se encuentra íntimamente relacionado a procesos de formación de líderes territoriales, que con basta voluntad y deseo de ver mejoras en la calidad de vida de sus comunidades, se comprometen a participar, organizarse y motivar la integración de la comunidad en el desarrollo de acciones que permiten la prevención o mitigación de los problemas de salud.

Desde el punto de vista territorial de las dos comunidades en estudio, se puede identificar tres tipos de talento humano disponible. Los internos que a su

vez pueden clasificarse en estructurales y eventuales, y los externos a la comunidad.

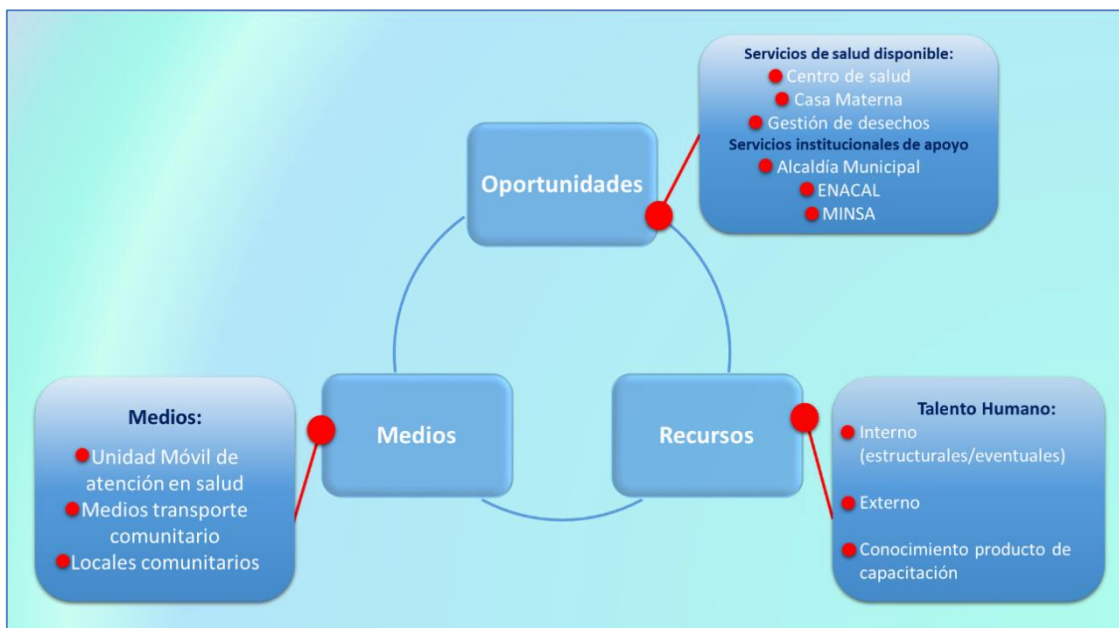
Los externos, son personas que desde fuera de la comunidad realizan trabajo para el cuidado de la salud y están integrados en redes institucionales, sobre todo vinculadas al funcionamiento del MOSAFC, por ejemplo, equipo de doctores, enfermeros y otros profesionales de la salud que colaboran con las jornadas que se organizan de manera eventual en la comunidad.

Los internos, como bien se ha mencionado, pueden ser estructurales y eventuales. Los internos estructurales, son aquellas personas que pertenecen a los Comité Local Sandinista (CLS) vinculados a una política de participación comunitaria, determinada de forma legal para velar por la mejora de las condiciones de vida de las comunidades, participan de forma política y con un espíritu voluntario en las tareas revolucionarias contempladas en el Plan Nacional de Desarrollo Humano (PNDH) que promueve el GRUN, es decir, los protagonistas dispuestos a identificar y gestionar los problemas de salud que se encuentran presente en las comunidades.

El talento humano interno de forma eventual, son personas también pertenecientes a las familias de las comunidades en estudio, que colaboran con las tareas que se promueven para el cuidado, prevención y mitigación de los problemas de salud. Sin embargo, sus compromisos son de forma más eventual, lo que no significa que puedan ser muy comprometidos con los procesos de desarrollo de sus comunidades. Generalmente son personas o familias muy colaboradoras en la organización de todos los procesos de la comunidad, así disponen participar en las diferentes jornadas, talleres formativos, o bien, en la facilitación de medios para que puedan operar las jornadas.

Por otro lado, la comunidad también posee un recurso importante en el campo del talento humano. Este está vinculado a las capacidades locales establecidas en términos de conocimientos, es decir, las capacidades instaladas para la continuidad de los conocimientos que se adquieren y son útiles para la comunidad.

Ilustración 6: Esquema resumen del potencial comunitario para enfrentar los problemas de salud en las comunidades en estudio.



Fuente: Elaboración propia, con base en análisis del potencial para trabajo comunitario en temas de salud.

Partiendo del potencial existente en las comunidades en estudio, es posible pensar en una propuesta que permita el fortalecimiento de la comunidad en aspectos organizativos con el fin común de mejorar la calidad de los procesos preventivos en temas de salud.

Las oportunidades que poseen, pueden ser una plataforma para continuar el trabajo que se ha estado realizando desde el punto de vista institucional y desde el esfuerzo de los líderes locales con sus comunidades.

Enfrentar las problemáticas de salud en el contexto actual de pandemia, lo hace aún más complejo, pues implica vencer temores, disponer más esfuerzos personales que puedan sumar a lo colectivo y lograr sinergia, tanto en la comunidad como en las instituciones de apoyo a la comunidad.

4.3. Propuesta metodológica organizativa

Un tercer objetivo específico de este esfuerzo investigativo, tiene relación con la identificación de una propuesta metodológica organizativa que sea pertinente al fortalecimiento y manejo adecuado de la salud pública, pero tomando punto de partida sobre la base de los preceptos organizativos que las comunidades en estudio poseen.

Una propuesta deberá partir siempre del diseño de unos objetivos bien claros para poder pensar en una conexión pertinente entre contexto, recursos y necesidades existentes en la comunidad. Para ello, lo más plausible, es organizar un tipo de plan que contenga los objetivos, las acciones y defina los recursos requeridos para su ejecución.

Para apoyar los procesos comunitarios, los retos en términos participativos son cada vez más complejos porque implican un nivel de sensibilización por parte de la población, sobre la necesidad de resolver un problema o mantener una organización que preventivamente permita avanzar en el desarrollo territorial. Pero esa sensibilización que en términos individuales parece estar muy sólida, en el plano colectivo tiende generalmente a degradarse, afectando su efectividad.

Por tanto, hemos de partir sobre la premisa que, las propuestas no siempre tendrán un resultado como el esperado o ideal. En el caso de los entornos comunitarios, suele ser aún más complejo porque implica ciertos compromisos que finalmente, alguien debe y tiene que asumir. Sin embargo, como el trabajo comunitario en su expresión nata es una muestra de voluntades, de voluntariedades y de acción filantrópica, no es tan sencillo alcanzar las metas diseñadas.

A partir de estas premisas previas, es importante reconocer que en las comunidades en estudio existen varias personas con interés en las mejoras de su localidad, por tanto, es el mejor recurso para poner en práctica un plan de fortalecimiento. Dicho sea de paso, siempre será mejor en la medida posible, que

alguien externo o institución local pudiese brindar el acompañamiento para la ejecución, dado que en las comunidades existen voluntades y voluntariedades, pero no así, las condiciones exquisitas para la total autonomía de la puesta en marcha. Obviamente, que esa es otra área que también debe trabajarse en el plan, gradualmente lograr que los procesos puedan tener mayor autonomía, lo que nos llevaría al logro de un verdadero empoderamiento.

4.3.1. Objetivos de la propuesta

4.3.1.1. Objetivo General

- Contribuir en el perfeccionamiento de las capacidades organizativas locales, que permitan un mejor impacto preventivo sobre los problemas de la salud comunitaria.

4.3.1.2. Objetivos Específicos

- Sensibilizar a la población sobre la importancia de la participación en los procesos de prevención y cuidado de la salud en las comunidades.
- Restablecer los procesos de prevención, cuidado y vigilancia de la salud en la comunidad.
- Integrar a la comunidad en la prevención de la salud, para el establecimiento de los procesos de empoderamiento del cuidado de la salud comunitaria.

4.3.2. Matriz de la propuesta metodológica

| Objetivo y Fase | Resultado | Acciones | Local | Responsables | Participantes |
|--|---|--|---|---|------------------------------------|
| <p>Objetivo 1</p> <p>Sensibilizar a la población sobre la importancia de la participación en los procesos de prevención y cuidado de la salud en las comunidades.</p> <p>Fase 1: Información y Reorientación de los procesos.</p> | <p>Reorientados los roles y funciones de los líderes locales en los temas de salud comunitaria.</p> | <p>Reuniones con líderes comunitarios y funcionarios clave para el apoyo en los problemas de salud comunitaria.</p> | <p>Dispone</p> <p>Alcaldía de La Paz.</p> | <p>Gestión de líderes de la comunidad ante funcionarios del MINSA o apoyo de equipos de UNAN-Managua.</p> | <p>Líderes de las comunidades.</p> |
| | | <p>Capacitaciones a líderes comunitarios en temas de organización comunitaria que permitan solidificar sus funciones relativas con la promoción del cuidado de la salud en la comunidad.</p> | <p>Dispone</p> <p>Alcaldía de La Paz.</p> | <p>Gestión de líderes de la comunidad ante funcionarios del MINSA o apoyo de equipos de UNAN-Managua.</p> | <p>Líderes de las comunidades.</p> |

| Objetivo y Fase | Resultado | Acciones | Local | Responsables | Participantes |
|--|--|--|---|--|-------------------------------|
| Objetivo 1 Sensibilizar a la población sobre la importancia de la participación en los procesos de prevención y cuidado de la salud en las comunidades. | Informada la población sobre las condiciones de salud de su comunidad. | Desarrollo de talleres comunitarios participativos para informar resultados de procesos investigativos sobre el tema de la salud en la comunidad. | Iglesias de las comunidades. Casas de un poblador. | Líderes de la comunidad. Apoyo externo de UNAN-Managua. | Pobladores de cada comunidad. |
| | | Habilitación de sitios populares en la comunidad, útil para establecer murales informativos sobre el tema de la salud, sobre todo en aspectos preventivos. | Pulperías de las comunidades. Esquinas populares de las comunidades. | Líderes comunitarios. | Pobladores de cada comunidad. |
| | | Visitas domiciliarias para informar sobre los procesos y actividades desarrolladas y a desarrollar. | Casas de los pobladores. | Líderes comunitarios. | Pobladores de cada comunidad. |

| Objetivo y Fase | Resultado | Acciones | Local | Responsables | Participantes |
|--|---|---|------------------------------|------------------------------|---------------|
| <p>Objetivo 2</p> <p>Restablecer los procesos de prevención, cuidado y vigilancia de la salud en la comunidad.</p> <p>Fase 2: Fortalecimiento de red institucional y formación comunitaria.</p> | <p>Fortalecida la organización comunitaria local.</p> | <p>Retomar los procesos de gestión institucional en favor de la comunidad referidos al área de salud, a través de la coordinación con el MINSA.</p> | <p>MINSA/Centro de Salud</p> | <p>Líderes comunitarios.</p> | |
| | | <p>Restablecer de forma idónea el funcionamiento de las redes de salud comunitaria impulsadas por el MOSAFC.</p> | <p>MINSA/Centro de Salud</p> | <p>Líderes comunitarios.</p> | |
| | | <p>Gestionar colaboración de la organización comunitaria, a través de procesos de práctica profesional de estudiantes de Trabajo Social y estudiantes de Enfermería con la FAREM-Carazo de la UNAN-Managua.</p> | <p>MINSA/Centro de Salud</p> | <p>Líderes comunitarios.</p> | |

| Objetivo y Fase | Resultado | Acciones | Local | Responsables | Participantes |
|--|---|---|--|---|------------------------------|
| <p>Objetivo 2</p> <p>Restablecer los procesos de prevención, cuidado y vigilancia de la salud en la comunidad.</p> | | <p>Gestionar la creación de casa comunal para trabajar en los procesos de fortalecimiento y desarrollo territorial.</p> | - | <p>Líderes comunitarios con Alcaldía de La Paz.</p> | <p>Comunidad en general.</p> |
| | <p>Preparada la población para el cuidado preventivo de la salud.</p> | <p>Capacitaciones sobre uso de hierbas curativas o uso de medicina natural.</p> | <p>Disposición de condiciones en cada comunidad.</p> | <p>Estudiantes y docentes de UNAN-Managua.</p> | <p>Comunidad en general.</p> |
| | | <p>Elaboración de huertos medicinales en las viviendas.</p> | <p>Viviendas de cada comunidad.</p> | <p>Comunidad en general.</p> | - |

| Objetivo y Fase | Resultado | Acciones | Local | Responsables | Participantes |
|---|---|--|--------------------------------------|--|---|
| <p>Objetivo 3</p> <p>Integrar a la comunidad en la prevención de la salud, para el establecimiento de los procesos de empoderamiento del cuidado de la salud comunitaria.</p> | <p>Integrada la comunidad en procesos de mejora de la salud local.</p> | <p>Actualización del diagnóstico de salud comunitaria de cada comunidad.</p> | <p>En cada comunidad.</p> | <p>Estudiantes, docentes de UNAN-Managua y funcionarios de MINSA y Alcaldía de La Paz.</p> | <p>Comunidad en general.</p> |
| | | <p>Organización y participación en jornadas de limpieza comunitaria y otras jornadas de salud en forma permanente.</p> | <p>En cada comunidad.</p> | <p>Líderes de la comunidad.</p> | <p>Comunidad en general.</p> |
| <p>Fase 3: Integración preventiva de la comunidad.</p> | <p>Integrada la comunidad en procesos cognitivos y operativos para la</p> | <p>Capacitaciones en temas preventivos de la salud en la comunidad.</p> | <p>Dispuestos en cada comunidad.</p> | <p>Estudiantes, docentes de UNAN-Managua y funcionarios de MINSA y</p> | <p>Líderes comunitarios y población en general.</p> |

| Objetivo y Fase | Resultado | Acciones | Local | Responsables | Participantes |
|---|---|---|-------------------------------|---|--|
| <p>Objetivo 3</p> <p>Integrar a la comunidad en la prevención de la salud, para el establecimiento de los procesos de empoderamiento del cuidado de la salud comunitaria.</p> | mejora de la salud territorial. | | | Alcaldía de La Paz. | |
| | | Capacitaciones en temas de fortalecimiento de la organización comunitaria. | Dispuestos en cada comunidad. | Estudiantes, docentes de UNAN-Managua y funcionarios de MINSA y Alcaldía de La Paz. | Líderes comunitarios y población en general. |
| | Integrada la comunidad en procesos de innovación social en salud. | Identificación de breves ideas de proyectos de innovación en el cuidado de la salud comunitaria, partiendo de los problemas existentes en cada comunidad. | En cada comunidad. | Estudiantes de práctica de la UNAN-Managua. | Comunidad en general. |

| Objetivo y Fase | Resultado | Acciones | Local | Responsables | Participantes |
|--|-----------|--|--------------------|---|-----------------------|
| | | Gestión y ejecución de breves proyectos de innovación en el cuidado de la salud comunitaria, partiendo de la identificación de propuestas de innovación social en salud. | En cada comunidad. | Estudiantes de práctica de la UNAN-Managua. | Comunidad en general. |
| <p>Fase 4: Recuperación y divulgación de la experiencia.</p> <p>Sistematizada la experiencia de fortalecimiento de la organización comunitaria en función del cuidado de la salud en las comunidades San Diego II y Barrio México del municipio La Paz, Carazo.</p> | | Elaboración de diseño de proceso de sistematización de la experiencia. | En cada comunidad. | Estudiantes de práctica de la UNAN-Managua. | Comunidad en general. |
| | | Elaboración de sistematización de la experiencia. | En cada comunidad. | Estudiantes de práctica de la UNAN-Managua. | Comunidad en general. |

4.3.3. Estrategia de acompañamiento para el fortalecimiento organizativo de las comunidades en función del cuidado de la salud.

La estrategia de acompañamiento se divide en cuatro fases, en concordancia con los objetivos específicos que se plantea la propuesta. Cada una de las fases contempla resultados concretos que desea alcanzarse, junto con sus acciones vinculantes para el alcance de los objetivos.

Con el interés de promover el empoderamiento de la comunidad y aprovechando las buenas relaciones que se han detectado según el estudio, la propuesta intenta grabar un eje permanente de participación comunitaria, que permita poco a poco el fortalecimiento de los conocimientos de la población, de las capacidades de prevención y de las habilidades para organizarse en función del mejoramiento de las condiciones de salud en la comunidad.

La propuesta, plantea realizar un trabajo similar en las dos comunidades en observación, dado que los resultados de las fases investigativas, no generaron diferencias abismales en las características encontradas, de acuerdo con los aspectos que se observaron y analizaron.

De tal forma que, las cuatro fases de la propuesta, pueden ser organizadas de la siguiente manera según los objetivos específicos: Fase 1: Información y Reorientación de los procesos, Fase 2: Fortalecimiento de red institucional y formación comunitaria, Fase 3: Integración preventiva de la comunidad y Fase 4: Recuperación y divulgación de la experiencia.

4.3.3.1. Fase 1: Información y Reorientación de los procesos.

La primera fase, tiene por objetivo sensibilizar a la población sobre la importancia de la participación en los procesos de prevención y cuidado de la salud en las comunidades. Para alcanzar este objetivo es clave que la comunidad y las familias de las comunidades puedan tener un buen manejo de la situación en que viven, conocimiento sobre los problemas de salud, sobre sus potenciales y sobre los procesos que se desarrollan en su entorno.

Cuando una población desconoce las dinámicas que se dan en su lecho, es más difícil que pueda visionar los beneficios de los procesos e integrarse de forma comprometida, por tal razón esta fase es muy importante, pues es el momento en que además la comunidad debe sentirse útil a sí misma. Todos los medios e ideas son relevantes para alcanzar ese propósito.

Las actividades más representativas en esta fase pueden ser: reuniones con líderes comunitarios y funcionarios clave para el apoyo en los problemas de salud comunitaria, capacitaciones a líderes comunitarios en temas de organización comunitaria que permitan solidificar sus funciones relativas con la promoción del cuidado de la salud en la comunidad, desarrollo de talleres comunitarios participativos para informar resultados de procesos investigativos sobre el tema de la salud en la comunidad y sobre situaciones de salud que poseen, habilitación de sitios populares en la comunidad, útil para establecer murales informativos sobre el tema de la salud, sobre todo en aspectos preventivos (que puede ser el caso de las iglesias, las pulperías o las esquinas de mayor uso de la comunidad), y el desarrollo de visitas domiciliarias para informar sobre los procesos y actividades desarrolladas y a desarrollar.

Tanto esta fase como las demás, requiere un alto nivel de compromiso por parte de los líderes de cada comunidad, sabiendo que se trata de voluntades y voluntarios, quienes ya poseen una carga de trabajo en función de sus comunidades.

4.3.3.2. Fase 2: Fortalecimiento de red institucional y formación comunitaria.

La fase dos, requiere de un compromiso de los líderes comunitarios y de un alto componente de apoyo institucional que obviamente, debe ser gestionado siempre por los líderes y las comunidades por el beneficio que les confiere.

El primer resultado propuesto de esta fase, es dejar fortalecida la organización comunitaria local, para ello, se requiere retomar los procesos de gestión institucional en favor de la comunidad referidos al área de salud, a través de la coordinación con el MINSA, restablecer de forma idónea el funcionamiento

de las redes de salud comunitaria impulsadas por el MOSAFC, gestionar colaboración de la organización comunitaria, a través de procesos de práctica profesional de estudiantes de Trabajo Social y estudiantes de Enfermería con la FAREM-Carazo de la UNAN-Managua y gestionar la creación de casa comunal para trabajar en los procesos de fortalecimiento y desarrollo territorial.

Aunque esta última acción no resulte una condición sinequanon para el alcance de los resultados y para el desarrollo de los procesos, es importante tenerla presente para efecto de identidad y empoderamiento en la comunidad y para facilitar mayor cantidad de acciones de apoyo territorial en sus gestiones.

La gestión y coordinación de apoyo con el MINSA y UNAN-Managua, tampoco son acciones aisladas, dado que responden a una necesidad de fortalecimiento local. Por un lado, el MINSA requiere un mejor proceso de acompañamiento territorial en temas de prevención y en la aplicación efectiva del MOSAFC, que en la práctica sería más efectivo si conectara mejor con los procesos teóricos, por otro lado, el aporte de la academia, desde el marco profesional, también sería una excelente ventaja para el crecimiento de la comunidad en todo su esplendor, siendo una ayuda profesional y motivadora para la comunidad en los temas de organización comunitaria y salud que se verán mejor expuestos en la tercera fase.

El segundo resultado de esta fase, es lograr la preparación de la población en función del cuidado preventivo de la salud. En el plan se contemplan acciones directamente para cada familia, pensando en potenciar los conocimientos ancestrales, a través de la promoción de la medicina natural y en aprovechar las oportunidades microlocales que poseen para enfrentar los padecimientos en las familias. Este resultado contempla un empoderamiento de las prácticas que habrá que promover, de modo que, la prevención dará cualitativos saltos en las costumbres de cada familia impactando también en otros aspectos como la redirección de las mejores formas de alimentarse para fortalecer la salud.

4.3.3.3. *Fase 3: Integración preventiva de la comunidad*

En la tercera fase, se busca integrar a la comunidad en la prevención de la salud, para el establecimiento de los procesos de empoderamiento del cuidado de la salud comunitaria. Para ello, se proponen tres resultados en términos de integración de la comunidad, el primero en los procesos de mejora de la salud local, el segundo, en procesos cognitivos y operativos para la mejora de la salud territorial y el tercero, en procesos de innovación social en salud. Para cada uno de ellos, requiere el apoyo institucional y la integración de la comunidad, tanto en la adquisición de conocimientos como en la ejecución de tareas concretas para el cuidado de la salud.

Este proceso, implica capacitarse en temas de prevención de la salud, en temas de organización comunitaria y en temas de identificación y diseño de ideas de innovación que permitan la solución a problemas de salud específicos en las comunidades. Y contempla acciones como participar en la actualización del diagnóstico de salud comunitaria de las comunidades, organizarse en las jornadas de limpieza comunitaria de forma permanente, capacitarse en temas preventivos de la salud en la comunidad, capacitarse en temas de fortalecimiento de la organización comunitaria, identificación, gestión y ejecución de breves ideas de proyectos de innovación en el cuidado de la salud comunitaria.

La tercera fase es una de las de mayor peso y aporte de las instituciones, pero también el momento para la integración y aporte participativo desde la población.

4.3.3.4. *Fase 4: Recuperación y divulgación de la experiencia.*

Esta cuarta fase, no responde a un beneficio directo de uno de los objetivos específicos de la propuesta, sin embargo, se contempla como parte de los procesos de relevancia para el rescate de la experiencia y a partir de ella, obtener, por un lado, la lógica de la acción de todos los procesos desarrollados con sus vinculaciones, y, por otro lado, el aprendizaje que a partir de la reflexión se puede extraer como medio para extrapolar la práctica realizada.

De tal manera, que el proceso como tal ayude a encontrar pautas reflexivas de las acciones y lecciones divulgables para el aprendizaje útiles en otras experiencias comunitarias.

V. CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones

A través del análisis, rescatado con base en la riqueza de un proceso de trabajo de campo y acción comunitaria, se ha logrado determinar un esquema propuesto para fortalecer la organización comunitaria en las comunidades en estudio. No se piensa un plan separado para cada comunidad en estudio, porque, aún con sus características diferentes, las categorías estudiadas han resultado con mucha similitud, a saber, sus prácticas ante el cuidado de la salud.

Las comunidades presentan realidades poco distantes en los resultados frente al estudio de los elementos clave como la participación, la organización, el empoderamiento y el capital social que les caracteriza. Encontrando que en general, estas categorías pese a sus debilidades, poseen un potencial aprovechable debido a las voluntades y experiencias que la población ha venido adquiriendo.

Los postulados iniciales del estudio plantearon que estas categorías de la organización comunitaria se encuentran muy vinculados al funcionamiento institucional de las unidades de salud más próximas a las comunidades, como el MINSA y la Alcaldía de La Paz. Al reducir las posibilidades de acción y acompañamiento de estas instituciones, se logra notar que hay declive en el desempeño de los líderes locales, lo que muestra que, las bases para un empoderamiento efectivo, aún se encuentra en proceso.

El estudio de las prácticas organizativas familiares y comunitarias en torno a la salud pública de las comunidades, aporta insumos para el engranaje de una propuesta útil para el trabajo de base en el marco local, que ayude a una relación más amigable con los medios de sobrevivencia, con el medio ambiente y entre la misma población, destacando una experiencia del buen vivir, a expensas de que la salud pública debe verse como un objeto de estudio más allá de la atención directa a las enfermedades de carácter biológico para alcanzar una conexión equilibrada con el medio.

Las prácticas familiares y comunitarias de organización en torno al cuidado de la salud son muy buenas, pero no suficiente para lograr una sostenibilidad del modelo con el que se ha venido trabajando. El MOSAFC contiene bases fundamentales para la acción territorial, que se necesita retomar para contribuir de mejor manera en el desarrollo de la comunidad.

La salud pública que se ha cuidado este tiempo, y hoy amenazada por eventualidades que no fueron esperada durante el estudio (como el COVID-19), requiere en estas comunidades, establecer estrategias de colaboración mutua con las instituciones y cuerpos académicos para rescatar y enriquecer sus experiencias en el cuidado y prevención de las enfermedades.

5.2. Los logros de la investigación

Comprensión teórica. El trabajo de búsqueda de comprensión conceptual y su descripción de las principales categorías ha permitido tener una mayor amplitud sobre las temáticas de estudio relacionadas con la investigación. Además de ello, ha permitido determinar un posicionamiento sobre las ideas de esas descripciones, de manera que aclara la perspectiva desde la que se comprende la teoría que luego ha sido aplicada en los aspectos prácticos.

Conexión territorial. Esto se ha alcanzado gracias a las tareas de organización y coordinación territorial que se han realizado en el municipio. La gestión y conexión directa con la municipalidad de la localidad ha sido clave para que exista un proceso coordinado e informado para la población.

Familiarización con la dinámica de las comunidades. La familiarización con las comunidades se ha logrado a través de las visitas al territorio para conocer la estructura y características generales que posee cada una de las comunidades involucradas. Ese precepto es importante para lograr la definición de las muestras del estudio.

Identificación de protagonistas territoriales. Esta tarea ha sido relevante, sobre todo porque preparó condiciones para la fase de recolección de información. Los líderes territoriales son un aporte sustancial del proceso porque

son quienes guían en el terreno, comunican a la comunidad sobre el desarrollo de las actividades y también han sido, fuente directa de información para la comprensión de los objetivos territoriales.

Definición de instrumentos de recolección de información en concordancia con las características de la población. La elaboración de los instrumentos realizada, responde a una valoración de la estructura de la comunidad, las condiciones territoriales y la capacidad aplicativa, de acuerdo con las características de la población.

Comprensión de la dinámica local con miras a la organización de la cronología del proceso de investigación. Se ha logrado ver la realidad de las comunidades donde se desarrolla la investigación, por ejemplo, las distancias, los tipos de camino de acceso, las condiciones que posee cada comunidad, eso permite tener una mejor respuesta en la planificación de los procesos aplicativos y en el plan diseñado.

Aporte para el campo disciplinar. La investigación posee un alto contenido relacional con el marco disciplinar del investigador que coordina el proceso, respondiendo a dos vertientes de conexión: La primera vertiente relaciona directamente el tema de la organización comunitaria como uno de los ejes relevantes del campo disciplinar del Trabajo Social. La segunda vertiente, responde al campo de la salud pública como uno de los temas o áreas de intervención de la disciplina del Trabajo Social. En tal sentido, los aportes disciplinares, son útiles para la determinación teórica de los descriptores del proceso y también, para la propuesta metodológica a aplicar, misma que puede ser replicable o evaluable en términos de conocimientos y en términos de estructuras procedimentales.

Estos logros son determinantes para el desarrollo de la investigación y han permitido la elaboración de una propuesta concreta para el trabajo en las dos comunidades seleccionadas en consenso con el Consejo Municipal de La Paz.

5.3. Limitaciones de la investigación

Algunas limitaciones presentes en el proceso de la investigación son:

El riesgo de poca integración por parte de las muestras seleccionadas. Resulta un reto a la vez, dado que se trata de un proceso que busca motivar paralelamente el empoderamiento de la comunidad en el proceso.

El riesgo de lograr la coincidencia de los tiempos de los líderes de las comunidades, dado que algunos de los pobladores se dedican a tareas de la producción en el campo. Para ello, es importante tener márgenes del desempeño del proceso investigativo que permitan organizar mejor los procedimientos.

Otra limitación de este estudio, puede ser el hecho que se cuenta con muy pocos estudios nacionales, realizados desde el punto de vista científico en esta área de investigación. O bien, existen experiencias que no se han divulgado y, por tanto, no se tiene acceso a las mismas. Esto limita el nivel relacional de categorías desde la perspectiva de la relación teórico práctica.

El contexto de pandemia mundial (COVID-19), ha sido una limitante para desarrollar hasta ahora los procesos de organización local, dado que existe mucho temor por participar en reuniones o acciones que impliquen concentraciones en la población.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcaldía Municipal de La Paz, (2020), “Caracterización Política, Organizativa, Social y Avances en Programas de Gobierno en barrios y comunidades, Departamento de Carazo”.

Asamblea Nacional, (2003), “Ley de participación ciudadana, Ley 475”, Managua.

Belmar Cerda, B. (1996), “Una educación en población para la juventud rural a nivel comunitario”, Universidad del Bio-Bio, Santiago de Chile.

Bedoya Calvo, I. C. y González Neira, C. L. “El empoderamiento comunitario para la construcción de territorios saludables”, en Revista Tendencias & Retos N° 13: 185-200, Octubre, 2008.

Casas Fischer, D., R., “Estudio comparado de la asistencia sanitaria pública en dos regiones comunitarias: el modelo español de Castilla y León y el modelo alemán de Baviera”, Universidad de Valladolid, España.

Delgado Chávez, K. L. (2021), “Gestión integral de los residuos sólidos para mejora de calidad de vida de las familias de La Paz, Carazo”, Managua.

Durston, J. (1999). “Construyendo Capital Social Comunitario. Una experiencia de empoderamiento comunitario en Guatemala”. Naciones Unidas CEPAL, Santiago de Chile.

Durston, J. (2001). “Capital social parte del problema, parte de la solución”, CEPAL, Chile.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010), “Metodología de la investigación”, México, McGraw-Hill.

Hervás de la Torre, A. (2010), “La participación comunitaria en Salud y el Trabajo Social Sanitario”, Universidad Oberta de Cataluña (UOC), España.

Hurtado, A. (2008), "Organización Comunitaria", Estelí, Nicaragua.

Lin, N. (2001), "Social Capital. A theory of Social Structure and Action", Cambridge University Press.

López, R. (2006), "Influencia del Método Educativo Scout en el cultivo de valores solidarios, en Jóvenes de 12 a 21 años de Honduras", UNAH, Tegucigalpa.

Ministerio de Salud, MINSA, (2008), "Marco Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitario", Gobierno de Nicaragua.

Ministerio de Salud, MINSA, (2020), "Mapa Nacional de la Salud en Nicaragua", en <http://mapasalud.minsa.gob.ni/#2019>.

Montero, M. (2004), "Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria", Buenos Aires, Paidós.

Navarro, V. (2013), "Concepto actual de la salud pública", en <http://ifdcsanluis-slu.infod.edu.ar/sitio/material-de-estudio-del-ano-2013/upload/navarro.pdf>

Núñez López, H. (2014), "Funciones y estrategias socioeducativas de los técnicos comunitarios en procesos de evaluación participativa de acciones comunitarias (EPAC)". Universitat Autònoma de Barcelona, España.

Pérez Souza, J., R. (2015), "La inversión pública para la salud comunitaria, una herramienta eficaz para mejorar la atención de los servicios de salud en la comunidad: el caso de la República de Panamá", Universitat Politècnica de Catalunya Barcelona, España.

Soler, P., Planas, A., Ciraso-Calí, A. & Ribot-Horas. A. (2014), "Empoderamiento en la comunidad. El diseño de un sistema abierto de indicadores a partir de procesos de Evaluación Participativa", Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria, 24 4977. doi:10.7179/PSRI_2014.24.03

Tamayo Velázquez, M. I. (2010), “Efectividad de una intervención comunitaria integral para facilitar la cumplimentación de las voluntades vitales anticipadas”, Universidad de Granada, España.

Terris, M. “Definición de Salud Pública en 1990, en adaptación contemporánea de Winslow de 1920”, en Revista Salud Pública de Medellín. Alcaldía de Medellín, Secretaría de salud, volumen 1, N°1, ene–jun.2006.

VII. ANEXOS

Anexo No. 1: Instrumento de recopilación de datos para fase de trabajo de campo (subproceso 1, corte cuantitativo).



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD MULTIDISCIPLINAR CHONTALES (FAREM-CHONTALES)
DOCTORADO EN EDUCACIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL (II COHORTE)

BOLETA N° _____

ENCUESTA SOBRE ORGANIZACIÓN Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS
COMUNITARIAS EN SALUD PÚBLICA, DIRIGIDA A POBLADORES
SELECCIONADOS EN LA MUESTRA CUANTITATIVA.

Objetivo que persigue el instrumento: Describir las prácticas organizativas familiares y comunitarias utilizadas para la prevención de los problemas de salud pública en la comunidad.

I. DATOS GENERALES

P1. COMUNIDAD: _____

P2. SEXO: HOMBRE____ MUJER____

P3. GRADO ACADÉMICO ALCANZADO:

1.ALFABETIZADO____ 2.PRIMARIA____ 3.BACHILLER____

4.LICENCIADO____ 5.ESPECIALISTA____ 6.MASTER____

7.DOCTORADO____

P4. AÑOS DE HABITAR EN SU COMUNIDAD _____

II. PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

La comunidad es importante en las tareas preventivas que permiten mantener la salud de la población. Le mostramos una serie de actividades en las que se

requiere conocer su experiencia en el manejo práctico del cuidado de la salud pública y la organización comunitaria. Para ello, solo debe ayudarnos marcando **X** en la opción que corresponde según su práctica de vida cotidiana.

| No | ACTIVIDADES EN SU CASA DE HABITACIÓN | PRACTICAS | |
|-----|---|-----------|----|
| | | SÍ | NO |
| P5 | En su casa de habitación reciben servicio de tren de aseo | | |
| P6 | La disposición de la basura en su casa: se quema | | |
| P7 | La disposición de la basura en su casa: se entierra | | |
| P8 | La disposición de la basura en su casa: se separa para reciclar | | |
| P9 | En su casa visitan el centro de salud más cercano | | |
| P10 | Su familia posee sistema de dispensarización | | |
| P11 | Su familia participa de control preventivo para personas que lo necesitan cuando les corresponde (adultos mayores, mujeres embarazadas, niños lactantes, personas con discapacidad) | | |
| P12 | En la comunidad se promueven capacitaciones sobre el cuidado de la salud | | |
| P13 | Su familia participa en capacitaciones sobre el cuidado de la salud | | |
| P14 | En la comunidad se promueven jornadas de limpieza para la comunidad | | |
| P15 | Su familia se integra en jornadas de limpieza de la comunidad | | |
| P16 | En la comunidad se realizan jornadas de vacunación | | |
| P17 | Su familia recibe a los equipos de jornada de vacunación | | |
| P18 | En la comunidad se realizan jornadas de fumigación | | |
| P19 | Su familia recibe a los equipos de jornada de fumigación | | |
| P20 | En la comunidad se realizan jornadas de abatización | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| P21 | Su familia recibe a los equipos de jornadas de abatización | | |
| P22 | En su comunidad se encuentran organizados en torno al cuidado de la salud | | |
| P23 | Su familia está integrada en la organización de la comunidad para el cuidado de la salud | | |
| P24 | Cuando existen problemas de salud, se busca apoyo entre los miembros de la comunidad | | |
| P25 | La comunidad se apoya entre sí para el cuidado de la salud | | |
| P26 | Considera que existen buenas relaciones entre los pobladores de la comunidad | | |
| P27 | Considera que existe un buen nivel de confianza entre los vecinos | | |
| P28 | Considera que la comunidad debe organizarse mejor para el cuidado de la salud de todos | | |
| P29 | Considera que la comunidad está en condiciones para organizarse mejor en torno al cuidado de la salud | | |
| P30 | Considera que existen varios problemas de salud que afectan a toda la comunidad | | |
| P31 | La comunidad posee gente dispuesta a colaborar en la solución de los problemas de salud | | |
| P32 | En general, la comunidad <i>previene</i> los problemas de la salud | | |
| P33 | ¿Cuál considera es el problema de salud que más afecta a su comunidad? | | |
| | | | |

Encuestado por: _____ Revisado por: _____

Fecha y hora de aplicación: _____

Observaciones del encuestador(a): _____

Anexo No. 2: Instrumento de recopilación de datos para fase de trabajo de campo (subproceso 2, corte cualitativo).



FACULTAD MULTIDISCIPLINAR CHONTALES (FAREM-CHONTALES)
DOCTORADO EN EDUCACIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL (II COHORTE)
GUÍA DE ENTREVISTA A DIRIGIDA A POBLADORES LÍDERES y PADRES Y
MADRES DEFAMILIA SELECCIONADOS EN LA MUESTRA CUALITATIVA.

Objetivo que persigue el instrumento: Identificar las afectaciones en la salud pública presentes en la comarca San Diego II y Barrio México del municipio La Paz, Carazo.

I. DATOS GENERALES

P1. COMUNIDAD: _____

P2. SEXO: HOMBRE_____ MUJER_____

P3. AÑOS DE HABITAR EN SU COMUNIDAD _____

II. PERSPECTIVA Y SITUACIÓN DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD

P4. ¿Qué importancia tiene la salud para los pobladores de su comunidad? Valore.

P5. ¿Qué problemas de salud predominan en esta comunidad?

P6. ¿Cuáles son las afectaciones que ocasionan estos problemas de salud en su comunidad?

P7. ¿Cuáles considera que son las principales causas de esos problemas?

P8. ¿Cómo resuelven los problemas de salud en su comunidad?

P9. ¿Con qué recursos o potencialidades cuenta la comunidad para enfrentar los problemas de salud?

P10. ¿Qué instituciones velan por el cuidado de la salud de su comunidad?

P11. ¿Qué acciones realizan estas instituciones para apoyarles en el cuidado de la salud?

P12. ¿Qué acciones realiza su comunidad para cuidar la salud de todos? ¿Cómo se integra la comunidad?

III. PRÁCTICAS Y RECURSOS EN EL HOGAR FRENTE AL TEMA DE SALUD.

P13. ¿Qué prácticas existen en los hogares de su comunidad, que ayudan a prevenir enfermedades?

P14. ¿Qué prácticas existen en los hogares de su comunidad que afectan el cuidado de la salud?

P15. ¿Qué animales domésticos poseen en los hogares y qué relación existe entre estos y la calidad de salud de las familias? ¿Cómo previenen? ¿Cómo los cuidan? ¿De qué manera sería mejor para prevenir enfermedades?

P16. ¿Cómo utilizan los diferentes espacios del hogar, desde el punto de vista de la prevención de la salud?

P17. ¿Cómo piensa que sería mejor organizar esos espacios del hogar para el uso de las familias?

P18. ¿Cómo realizan las familias de la comunidad, la disposición de aguas servidas en cada hogar?

P19. ¿Cómo podría ser una mejor forma de disponer las aguas servidas en el hogar?

P20. ¿Cómo manejan los desechos (basura) que emite cada hogar?

P21. ¿Qué resultados tiene ese manejo de los desechos en la comunidad?

P22. ¿Qué forma podría ser más preventiva y aprovechable para el manejo de los desechos en el hogar?

P23. ¿Qué condiciones poseen los hogares de la comunidad para la eliminación de excretas?

P24. ¿Qué efectos está causando esa forma de eliminación de excretas?

P25. ¿Qué otra forma sería posible ejecutar en la comunidad para un mejor manejo de las excretas? y ¿qué condiciones posee la comunidad para alcanzar esas otras formas?

P26. ¿Cuáles son las prácticas alimenticias más comunes en los hogares de la comunidad? (de nutrición, de dietas, de procesamiento)

P27. ¿Cómo es el proceso de cuidado de la salud en cuanto al uso de fármacos o medicina natural?

IV. PRÁCTICAS ORGANIZATIVAS Y RECURSOS EN LA COMUNIDAD FRENTE AL TEMA DE SALUD.

P28. ¿Cómo está organizada la comunidad para enfrentar las enfermedades?

P29. ¿Quiénes participan de estos procesos?

P30. ¿Qué respuesta existe por parte de la comunidad frente a las amenazas de la salud?

P31. ¿Cómo operan las instituciones en la respuesta a los problemas de salud?

P32. ¿Quién trabaja en el tema de la prevención en salud en la comunidad?
¿Con qué acciones?

P33. ¿Quién trabaja en tema de la mitigación de los problemas de salud en la comunidad? ¿Con qué acciones?

P34. ¿Cómo valora la confianza entre los pobladores para integrarse en procesos de acción y desarrollo local para la mejora de la salud?

P35. ¿Qué piensa que sería interesante aplicar en su comunidad para trabajar en los temas de prevención, mitigación y cuidado de la salud?

P36. ¿Cómo valora las relaciones entre los pobladores y la confianza para organizarse y enfrentar los problemas de salud de su comunidad?

P37. ¿Cómo cree que se podrían mejorar esas capacidades para relacionarse y tener mayor confianza para organizarse y enfrentar los problemas de salud de la comunidad?

P38. ¿Cómo valora la calidad de la salud actual en su comunidad?

P39. ¿Cómo cree que se pueden cambiar esas prácticas para que haya una mejor calidad en la salud de la comunidad?

Anexo No. 3: Instrumento de rescate de datos para fase de trabajo de campo (subproceso 3, corte cualitativo).



FACULTAD MULTIDISCIPLINAR CHONTALES (FAREM-CHONTALES)
DOCTORADO EN EDUCACIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL (II COHORTE)

GUÍA BREVE PARA LA DEFINICIÓN DE PLANES DE ACOMPAÑAMIENTO
EN TEMAS DE ORGANIZACIÓN PARA EL CUIDO DE LA SALUD.
DIRIGIDA A EXPERTOS TEMÁTICOS Y SERVIDORES PÚBLICOS DE LA
LOCALIDAD

Objetivo que persigue el instrumento: Diseñar una propuesta metodológica sobre la base de las prácticas de organización comunitaria, que permita el fortalecimiento y manejo adecuado de la salud pública territorial.

Para el alcance de este objetivo, se presenta una breve guía de aspectos que serán desarrollados de proceso y se estarán definiendo en su momento correspondiente. Se sugiere puedan ser trabajados en jornadas públicas para enriquecer el proceso y los resultados. Idealmente deberán ser al menos dos sesiones de trabajo colectivo.

Sesión 1: Presentación de los hallazgos encontrados en la investigación.

- Momento 1: Presentación de los resultados de los objetivos específicos 1 y 2 del proceso investigativo. Deberá hacerse idealmente en plenario-foro y además, facilitando un tríptico resumen de los hallazgos encontrados.

- Momento 2. Espacio de realimentación por parte de los participantes. Estos aportes deben ser útiles para fortalecer los resultados.

- Momento 3. Direccionar hacia las ideas posibles de elaborar en los perfiles de planes del fortalecimiento de la organización comunitaria en función del cuidado de la salud pública.

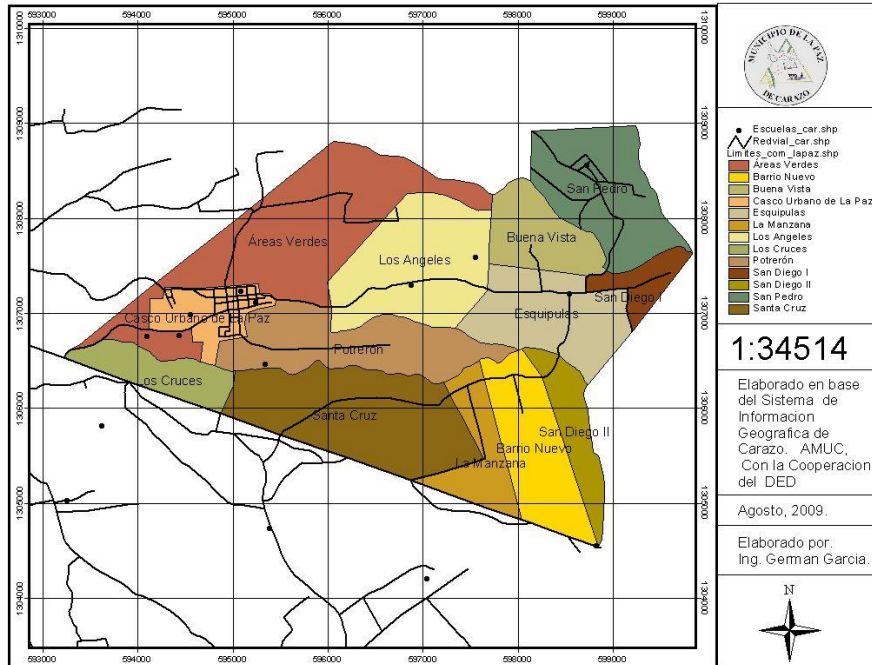
Sesión 2: Presentación de la propuesta de perfil de planes de fortalecimiento de la organización comunitaria en el marco del cuidado de la salud pública.

- Momento 1: Presentación de los resultados del objetivo específico 3 del proceso investigativo. Igualmente, en plenario-foro y además, facilitando un tríptico resumen de los hallazgos encontrados.
- Momento 2. Espacio de realimentación por parte de los participantes. Estos aportes deben ser útiles para fortalecer la propuesta.

Cabe mencionar que estos procesos serán coordinados directamente con la comunidad y con las autoridades municipales para que exista una secuencia lógica y un proceso de empoderamiento del proyecto de investigación.

Anexo No. 4:

Mapa del municipio de La Paz, Carazo.



Anexo No. 5: Croquis del territorio del Barrio México.



Anexo No. 6: Invitación del Consejo Municipal a presentar propuesta de investigación



**Alcaldía del Poder de las Familias y las Comunidades.
La Paz-Carazo.
Teléfono. 25327110.**



La Paz, Carazo. Jueves 30 de julio de 2020.

**Msc. Ramón Ignacio López García
Docente UNAN-Managua
Facultad de Humanidades y Ciencias Jurídicas.**

Estimado maestro reciba de mi parte un saludo fraterno.

A través de la presente, me es grato hacerle la cordial invitación a compartir con nosotros su propuesta de investigación social la cual estoy segura será de gran importancia para nuestro municipio.

El concejo municipal estará sesionando el día jueves 30 de julio a las 9:00 A.M en la casa materna, donde usted podrá compartir de manera más detallada su propuesta de investigación para darle mayor validez a su intervención en nuestro municipio.

Sin más a que referirme me despido deseándole éxito en sus funciones diarias.

Atentamente,



**Lic. Karla Leticia Delgado Chávez
Alcaldesa de La Paz, Carazo.
Cel. 85334729**



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Anillo, Análisis!

**43
2019**

**Aquí nos ilumina,
un Sol que no declina
El Sol que ilumina
las nuevas victorias**

www.gub.ec

¡CRISTIANA, SOCIALISTA Y SOLIDARIA!
ALCALDÍA DEL PODER CIUDADANO DE LA PAZ DE CARAZO
Dirección: Del cementerio Municipal 173 vrs al oeste
Tel: 25327110.

Anexo No. 7: Certificación del Consejo Municipal La Paz



ALCALDÍA MUNICIPAL
LA PAZ CARAZO
TELF. 25327110



CERTIFICACION

La Suscrita Secretaria del Concejo Municipal de la Paz, Departamento Carazo, Sra. Egdalia de Fátima Arce Téllez, en uso de las facultades que le confiere la Ley:

CERTIFICA:

Que en el libro de Actas de Sesiones del Concejo Municipal se encuentran registrada la sesión ordinaria número 07 del día jueves 30 de julio del año 2020, que en su parte conducente dice:

PUNTO 5. Puntos Varios: Presentación de la propuesta de investigación social en La Paz, Carazo.

El concejo municipal en pleno, aprueba la propuesta de intervención del maestro Ramón Ignacio López García, para realizar una investigación social en la comunidad San Diego 2 y Barrio México, para lo cual se asume el acompañamiento con los líderes territoriales para la buena andanza del proceso de investigación y el aseguramiento de cualquier proceso de coordinación que sea necesario.

Después de someterlo a discusión por el concejo municipal la alcaldesa solicita votación quedando aprobada por unanimidad, con 12 votos a favor, 0 en contra y 0 abstenciones.

Es conforme a su original con la que fue debidamente cotejada.

La presente CERTIFICACION consta de un folio de papel membretado de esta Alcaldía que firmo y sello en el Municipio de la Paz, Departamento de Carazo a los diecinueve días del mes de agosto del año dos mil veinte.



Sra. Egdalia de Fátima Arce Téllez
Secretaria del Consejo Municipal
La Paz, Carazo

Anexo No. 8:

Memoria de trabajo: Presentación de propuesta de investigación ante consejo municipal.

| | |
|--|---|
| Fecha: 7 de agosto del 2020. | Participantes: Consejo Municipal la paz, Carazo. |
| Lugar: Casa Materna del Municipio la Paz, Carazo. | Tema de investigación: Organización comunitaria para el cuidado de la salud pública: experiencia en dos comunidades del Municipio la Paz, Carazo. |
| Hora de inicio: 9:30 a.m. Hora de finalización: 10: 50 a.m. | Objetivo General de la investigación: Diseñar planes que permitan el fortalecimiento de la organización comunitaria en función de la mejora de la salud pública. |

Descripción del proceso

Viernes 7 de agosto del 2020, se presentó la propuesta de intervención con el tema ***Organización comunitaria para el cuidado de la salud pública: experiencia en dos comunidades del Municipio la Paz, Carazo.***

El evento se llevó a cabo en Casa Materna del Municipio La Paz, con la presencia de la alcaldesa Karla Licinia Delgado Chávez en sesión con el Concejo Municipal conformado por:

- Vice alcalde Juan Francisco López
- Concejal Deisy Bravo
- Concejal Ibeth Zeledón
- Concejal Julio Adolfo Lara
- Concejal William Córdoba
- Concejal Paulo Pavón Betanco



- Secretaria del consejo Fátima Arce
- Concejal Oscar Antonio Aragón
- Concejal Aura Digna Castro
- Concejal Francisco Mendieta.

Para dar apertura a la ponencia, la alcaldesa inicio a las 9:30 a.m. un breve discurso de presentación y agradecimientos por el interés investigativo, expresando que esta propuesta no solo beneficiaría a dos comunidades, sino a todo el municipio La Paz. Luego de ello, tuvieron una reunión privada sobre las actualizaciones de arrendamiento (PGR) para legalizar las viviendas familiares del municipio.

Posteriormente el profesor Ramón Ignacio López de la UNAN-Managua presentó la propuesta de la investigación, que incluyó tema, objetivos, y metodología, se hizo una mesa redonda donde se explicó en primer lugar, el tema, objetivos e inquietudes que podrían guiarse en el desarrollo o exploración del estudio y la necesidad de seleccionar dos comunidades para identificar concretamente propuesta de desarrollo organizativo metodológico para el empoderamiento comunitario y la prevención de los problemas de salud pública.

En este primer momento se observó el interés del consejo municipal, sobre la intervención en una comunidad rural y urbana, entre ellas se planteó San Diego II y Barrio México. Se asume desde el inicio que los objetivos permitirán un mayor acercamiento a las comunidades para identificar la situación actual de la salud pública. Por último, se explicó que la metodología se divide en tres fases estratégicas.

Fase 1. Obtener acercamiento de la experiencia organizativa en temas de salud y algunas prácticas comunes locales. En esta fase se pretende aplicar encuestas. Posteriormente se hará una muestra de selección.

Fase 2. Profundizar sobre los problemas de salud comunitario. En esta fase se pretende aplicar entrevistas a líderes comunitarios para comprender la

lógica organizativa y la realidad vivida por las comunidades respecto al fenómeno en estudio.

Fase 3. Estructuración y validación de la propuesta de intervención. Se aplicará grupos focales con actores claves para retroalimentación y discusión de la intervención para una mejora de procesos de organización comunitaria.

Seguido de la ponencia se procedió a coordinar observaciones de parte del consejo municipal.

Plantean:

- Actualmente se estructuró un mapa sobre las principales enfermedades de la salud, este da cobertura para todo el municipio. Sin embargo, hay otros tipos de problemáticas como el trato de la basura entre otros que sería necesario incluir.
- El plan de intervención daría mayor beneficio a dos comunidades rurales fuera del casco urbano, que tenga más problemáticas existentes, ya que la zona urbana tiene más flexibilidad de movilización.
- Sería necesario un guía para desarrollar las actividades, dado que hay ciertas comunidades que no se integran y es difícil que proporcionen ciertas informaciones.
- El barrio México y San Diego II tienen diferentes problemáticas sería muy buena la aplicación del estudio.

Acuerdos

Finalmente se establecieron los siguientes acuerdos con el consejo municipal la paz, Carazo sobre las comunidades en el que se edificará el trabajo.

- Las comunidades seleccionadas son México y San Diego II de las zona urbana y rural.
- Se les proporcionará la caracterización de ambas comunidades y el mapeo de salud que se realizó en el municipio La Paz.
- Se asignará un guía dentro de la comunidad para brindar acompañamiento en las diferentes actividades.

Se cierra la sesión, agradeciendo los aportes conjuntos.

Memoria por: Heydy Fuentes.

Anexo No. 9: Planificación de la segunda Fase de la etapa de trabajo de campo.

Managua, 02 de agosto, 2021

“Año del Bicentenario de la Independencia de Centroamérica”

Cra. Karla Licinia Delgado

Alcaldesa

Municipio La Paz, Carazo

Estimada Compañera Delgado:

Reciba saludos cordiales.

En el marco del proceso de la investigación: *“Organización comunitaria para el cuidado de la salud pública: experiencia de dos localidades del municipio La Paz, Carazo”* que estamos desarrollando, me es grato presentarle la propuesta de cronograma para las actividades de la segunda fase del Trabajo de campo. Esta muestra se hace con el objetivo de que pueda usted revisarlo, aprobarlo o sugerir cambios con el consejo municipal, para poder proceder.

A continuación, el detalle:

| Fecha | Hora | Actividad | Participantes | Observaciones |
|--------------------------|----------|---|---|--------------------------------------|
| Sábado 14 de agosto 2021 | 10.00 am | Presentación de resultados parciales de las dos comunidades | -Líderes de las comunidades de México y San Diego II. | Local que disponga la municipalidad. |

| Fecha | Hora | Actividad | Participantes | Observaciones |
|--------------------------|-----------------------------------|--|---|--|
| | | (aspecto cuantitativo) | -Concejo Municipal. -Autoridades Municipales. -Autoridades locales que consideren pertinente (MINSA, MINED) | Convocatoria desde municipalidad. |
| Sábado 14 de agosto 2021 | Antes de 10am o bien por la tarde | Extensión de invitación a comunidad del barrio México. | Habitantes del barrio México. | Esta invitación es para la sesión del siguiente sábado (21 de agosto 2021) |
| Sábado 21 de agosto 2021 | por la mañana | Extensión de invitación a comunidad de comarca San Diego II. | Habitantes de comarca San Diego II. | Esta invitación es para la sesión del siguiente sábado (28 de agosto 2021) |
| Sábado 21 de agosto 2021 | 2.00 pm | Presentación de resultados parciales sobre el barrio México (aspecto cuantitativo) | -Líderes del barrio México. Comunidad en general del barrio México. | Local de la comunidad implicada |

| Fecha | Hora | Actividad | Participantes | Observaciones |
|-------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------|
| Sábado 28 de agosto 2021 | 2.00 pm | Presentación de resultados parciales sobre la comarca San Diego II (aspecto cuantitativo). | -Líderes del barrio México. Comunidad en general de comarca San Diego II. | Local de la comunidad implicada. |
| Sábados 14 y 21 de agosto 2021 | Horario paralelo a la invitación de las presentaciones según cada localidad. | Entrevistas Pendientes. | Personas claves de cada comunidad implicada. | |
| Periodo del 07 al 28 de agosto 2021 | | Diseño de talleres comunitarios sobre salud pública. | | |
| Sábados 04 y 25 de septiembre | 2:00 pm | Desarrollo de talleres comunitarios | Comunidad interesada en barrio México | Local disponible en la comunidad. |
| Sábados 09 y 16 Oct. | 2:00 pm | Desarrollo de talleres comunitarios | Comunidad interesada en comarca San Diego II | Local disponible en la comunidad. |

*Si se logra la participación de estudiantes de práctica de FAREM-Carazo, los talleres podrían ser de manera paralela en los dos barrios.

Sin más referencia, le saluda fraternalmente.

MSc. Ramón Ignacio López García

Docente titular

Facultad de Humanidades y Ciencias Jurídicas

UNAN-Managua

Contacto: rilopez@[unan.edu.ni](mailto:rilopez@unan.edu.ni)

Móvil: 8793-5365

Anexo No. 12: Formato invitación para presentación de resultados de la investigación en el municipio.



LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, UNAN-MANAGUA, ATRAVÉS DE LA COORDINACIÓN DE TRABAJO SOCIAL DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS Y EN COORDINACIÓN CON LA MUNICIPALIDAD DE LA PAZ-CARAZO, LE INVITAN A PARTICIPAR EN LA PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN: **ORGANIZACIÓN COMUNITARIA PARA EL CUIDO DE LA SALUD PÚBLICA: EXPERIENCIA DE LA COMARCA SAN DIEGO II Y BARRIO MÉXICO DEL MUNICIPIO LA PAZ DEL DEPARTAMENTO DE CARAZO (2020-2021).**

FECHA: _____

LOCAL: _____

HORA: _____

Presenta: MSc. Ramón Ignacio López

Apoyan: Municipalidad de La Paz, Carazo.

Estudiantes y docentes de Trabajo Social de FAREM-Carazo.

Doctorado en Educación e Intervención Social, FAREM-Chontales.

Universidad Pablo Olavide (España)

Anexo No. 7: Formato invitación a participar en Talleres Comunitarios.



INVITACIÓN



LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, UNAN-MANAGUA, ATRAVÉS DE LA COORDINACIÓN DE TRABAJO SOCIAL DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS JURÍDICAS Y EN COORDINACIÓN CON LA MUNICIPALIDAD DE LA PAZ-CARAZO, LE INVITAN A PARTICIPAR EN TALLER: _____

FECHA: _____

LOCAL: _____

HORA: _____

Apoyan: Municipalidad de La Paz, Carazo / Estudiantes y docentes de Trabajo Social de FAREM-Carazo / Doctorado en Educación e Intervención Social, FAREM-Chontales / Universidad Pablo Olavide (España).

Anexo No. 13: Programa de presentación de resultados de investigación en el municipio La Paz.

PROGRAMA DE PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Local: Casa Materna. Municipio La Paz, Carazo

9:00 AM: Inscripción de participantes.

Responsables:

Loanna Auxiliadora Gutiérrez Gómez.

Mónica Vanessa Vega López.

(Estudiantes de Trabajo Social, FAREM-Carazo).

9:30 AM: Palabras de Bienvenida y presentación de los ponentes.

Compañero Juan Francisco López Cano. (Vicealcalde del municipio La Paz-Carazo).

9:45 AM: Presentación de resultados de la encuesta.

Ramón Ignacio López García.

(Docente de la FHyCJ de la UNAN Managua).

10:30 AM: Espacio de comentarios e inquietudes sobre la presentación.

Ramón Ignacio López García (Docente de la FHyCJ de la UNAN Managua).

Asiste: María Fernanda Ramos Conrado (Estudiantes de Trabajo Social, FAREM-Carazo).9:30 AM: Palabras de Cierre y Conclusiones del evento.

Compañero Juan Francisco López Cano (Vicealcalde del municipio La Paz).

Anexo No. 14: Diseño del programa del primer taller de trabajo comunitario

PROGRAMA DEL TALLER 1: ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

2:30 A 3:30. Recepción y asistencia

3.10. Bienvenida y presentación: Miembro de comunidad.

3.15. Presentación del taller y sus objetivos.

3:20. Dinámica de presentación: Nombres-Cualidades o Telaraña.

3:30. Actividad 1. Importancia de la organización comunitaria.

Dinámica los aviones.

Plenario Discusión de aprendizajes.

3:50. Actividad 2. ¿Cómo nos organizamos?

Trabajo en equipo: Preguntas:

¿Cómo se organiza la comunidad para el cuidado de la salud?

¿Cómo se podría mejorar esa práctica?

Plenario y discusión.

4:20. Cierre y Despedida.

Anexo 15: Comportamiento de enfermedades crónicas en el municipio La Paz, (2017-2020).

| Nº Enfermedad crónica | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|------|-----|-----|-----|
| 1 | Hipertensión Arterial | Hipertensión Arterial | Hipertensión Arterial | Hipertensión | 505 | 598 | 472 | 522 |
| 2 | Enfermedades Reumáticas | Enfermedades Reumáticas | Enfermedades Reumáticas | Diabetes Millitus | 339 | 373 | 278 | 239 |
| 3 | Diabetes | Diabetes | Diabetes | Enfermedades Reumáticas | 218 | 256 | 206 | 144 |
| 4 | Epilepsia | Epilepsia | Epilepsia | Asma Bronquial | 73 | 79 | 59 | 101 |
| 5 | Asma Bronquial | Asma Bronquial | Asma Bronquial | Enfermo Cardíaco | 53 | 64 | 50 | 61 |
| 6 | Enfermedad Renal Crónica | Enfermedad Renal Crónica | Enfermedad Renal Crónica | Insuficiencia Renal Crónica | 15 | 36 | 32 | 58 |
| 7 | Enfermedades Cardíacas | Enfermedades Cardíacas | Enfermedades Cardíacas | Enfermedad Psiquiátrica | 22 | 19 | 15 | 16 |
| 8 | Enfermedades Psiquiátricas | Enfermedades Psiquiátricas | Enfermedades Psiquiátricas | Enfermedades de la Tiroides | 4 | 1 | 7 | 15 |
| 9 | Total | Alzheimer | Alzheimer | Epilepsia | 1229 | 4 | 2 | 11 |

| | | | | | | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|----------------------------|---|---|-------|---|
| 10 | | Parkinson | Parkinson | EPOC (Enfisema) | - | - | 2 | 7 |
| 11 | | | Autismo | Enfermedad Inmunológica | | | 1 | 7 |
| 12 | | | Total | Cáncer | | | 1,124 | 5 |
| 13 | | | | Total | | | | |

Fuente: Elaboración propia, con base en datos del Censo de crónicos y sistema de atenciones ambulatorias en La Paz, Carazo, del Mapa nacional de salud en Nicaragua.

Anexo 16: Causas de hospitalización en la población del municipio La Paz, Carazo (2017-2020)

| Nº | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | | | | |
|----|--|------|--|------|--|----|-------------------|----|
| 1 | Neumonía | 31 | Neumonía | 38 | Neumonía | 69 | Neumonía | 45 |
| 2 | Diarrea y gastroenteritis infecciosa | 16 | Diarrea y gastroenteritis infecciosa | 30 | Diarrea y gastroenteritis infecciosa | 43 | Diabetes mellitus | 28 |
| 3 | Enfermedades del apéndice | 12 | Diabetes mellitus | 17 | Diabetes mellitus | 38 | Diarrea | 24 |
| 4 | Diabetes mellitus | 12 | Faringitis, amigdalitis y laringitis | 15 | Fiebre sospechosa de dengue | 29 | Colelitiasis | 19 |
| 5 | Hernias | 19 | Trastornos de la vesícula biliar, vías biliares y p ncreas | 26 | Faringitis, amigdalitis y laringitis | 24 | Apendicitis aguda | 14 |
| 6 | Cistitis e infecciones de vías urinarias | 11 | Enfermedades del apéndice | 26 | Trastornos de la vesícula biliar, vías biliares y p ncreas | 23 | Dengue | 13 |
| 7 | Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo | 10 | Hernias | 11 | Enfermedades del apéndice | 17 | Tumores malignos | 10 |

| | | | | | | | | |
|-----------|--|----|---|----|---|----|-----------------------------|---|
| 8 | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 8 | Tumores benignos | 9 | Hernias | 16 | Hernia inguinal | 9 |
| 9 | Trastornos de la vesícula biliar, vías biliares y páncreas | 25 | Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo | 8 | Nefritis aguda y crónica, uropatías | 14 | Abscesos y celulitis | 9 |
| 10 | Transtorno del sistema genitourinario posterior a procedimientos | 14 | Cistitis e infecciones de vías urinarias | 8 | Enfermedades del sistema urinario y órganos femeninos | 13 | Enfermedades hipertensivas | 8 |
| 11 | Enfermedades glomerulares | 11 | Dorsopatías, osteopatías, bursopatías y lupus eritomatoso sistémico | 8 | Tumores benignos | 12 | Infección de vías urinarias | 8 |
| 12 | Sepsis bacteriana del recién nacido | 9 | Enfermedades hipertensivas | 12 | Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo | 12 | VIH | 5 |

| | | | | | | | | |
|-----------|---|---|--|----|---|----|--|---|
| 13 | Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo | 7 | Insuficiencia renal | 30 | Cistitis e infecciones de vías urinarias | 11 | Traumatismos de la cabeza | 5 |
| 14 | Úlcera de decúbito, miembro inferior e infecciones de la piel y tejido subcutáneo | 7 | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 8 | Dorsopatías, osteopatías, bursopatías y lupus eritematoso sistémico | 11 | Tumor de comportamiento incierto de la cavidad bucal y de los órganos digestivos | 4 |
| 15 | Dorsopatías, osteopatías y lupus eritematoso sistémico | 6 | Bronquitis y bronquiolitis aguda | 8 | Enfermedades hipertensivas | 10 | Bronquitis aguda | 4 |

Fuente: Elaboración propia, tomando datos del mapa de salud de Nicaragua, MINSA 2017-2020

Anexo 17: Comportamiento de Enfermedades Epidémicas en el municipio La Paz, (2017-2020). Casos nuevos por año.

| Nº | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | 2020 |
|-----------|---|-------------|--|-------------|--|-------------|--|-------------|
| 1 | Hepatitis A | 5 | | 1 | | 4 | | 1 |
| 2 | Enfermedad de Chagas | 2 | | 1 | | - | | 1 |
| 3 | Lesionados por animales transmisores de rabia | | | 3 | | 11 | | 2 |
| 4 | Dengue | | | | | 15 | | 4 |

Fuente: Elaboración propia, tomando datos del mapa de salud de Nicaragua, MINSA 2017-2020

Anexo 18: Comportamiento de Enfermedades Infecciosas en el municipio La Paz (2017-2020). Casos nuevos por año.

| Nº | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|-----------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | | | | |
| 1 | Tuberculosos | | 1 | 2 | 1 |

Fuente: Elaboración propia, tomando datos del mapa de salud de Nicaragua, MINSA 2017-2020