



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA**

**TRABAJO DE TESIS
PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRA EN SALUD PUBLICA**

**PERCEPCION DE INFORMANTES CLAVES ACERCA DE METODOLOGIA
DE TRABAJO COMUNITARIO DEL MINISTERIO DE SALUD . NICARAGUA.
1997 - 2000**

Alumna: Dra. Ena Liz Tórrez

Tutor: Lic. Manuel Martínez Moreira
Profesor del CIES UNAN, Managua.

MANAGUA, DICIEMBRE 2001

DEDICATORIA

Este esfuerzo está dedicado a los trabajadores de la salud que periódicamente se movilizan a las comunidades, barrios, comarcas y caseríos, que a diario hacen posible la participación ciudadana en las diferentes acciones de salud y que de manera conjunta son impulsadas para el mejoramiento de la salud en la población nicaragüense.

A los líderes de la comunidad, brigadistas, parteras, colaboradores voluntarios y promotores de salud quienes de una forma desinteresada destinan parte de su tiempo para participar de forma activa en la promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud del individuo, familia, comunidad y medio ambiente.

A mis padres, quienes me inculcaron valores cristianos que actualmente influyen en mi forma de pensar y en el ideal de que la nación se construye entre todos los ciudadanos del país y que es en la comunidad donde debe comenzar ese desarrollo de nación.

A mi marido Álvaro Chacón Mata y mi hija Flor de Liz por representar en mi vida el concepto básico de familia, lo cual he considerado como el eslabón principal a reforzar por todos los nicaragüenses para poder crecer como sociedad.

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a Dios padre, por permitirme estar rodeada de personas que contribuyeron al éxito de este trabajo.

al Doctor Guillermo Martínez por recomendarme el Trabajo Comunitario como tema de tesis

Al Licenciado Manuel Martínez por brindarme su apoyo técnico durante todo el desarrollo del trabajo y por hacer posible con su tutoría un documento científicamente válido.

A PROSILAIS por financiar el desplazamiento a los diferentes SILAIS para la recolección de la información.

A los trabajadores del Ministerio de Salud del Nivel Central, SILAIS y Municipios que trabajan por el desarrollo del trabajo comunitario, quienes desde su experiencia en el trabajo de terreno han hecho aportes muy significativos a ser incorporados en la metodología del trabajo comunitario.

A mi núcleo familiar por apoyarme material y moralmente desde el inicio hasta la culminación de este esfuerzo.

Y para finalizar agradezco a los docentes del CIES, involucrados en el proceso de mi formación como Medica salubrista y a los compañeros de la UNIOSS por su solidaridad permanente.

INDICE

I.	Introducción.	2
II.	Antecedentes	3 - 4
III.	Justificación	5
IV.	Planteamiento del Problema	6
V.	Objetivos	7
VI.	Marco teórico	8 - 34
VII.	Diseño Metodológico	35 - 38
VIII.	Resultados	39 - 52
IX.	Análisis de Resultados	53 - 60
X.	Conclusiones	61
XI.	Recomendaciones.....	62
XII.	Bibliografía	63 - 64
XIII.	Anexos	
	1. Glosario	
	2. Esquema del diseño metodológico de Tesis	
	3. Propuesta esquemática para la organización del Trabajo Comunitario	
	4. Instrumentos para el Diagnóstico Comunitario	
	5. Instrumentos facilitadores del trabajo comunitario	
	6. Indicadores para el Trabajo Comunitario	
	7. Control del Trabajo Comunitario	
	8. Instrumento de recolección de información	

RESUMEN

El Ministerio de Salud en el Marco de la política de Salud, Nuevas Estrategias de Salud Pública y consciente de la problemática de no contar con una Normativa del Trabajo Comunitario, razón por la cual los SILAIS han adoptado metodologías, que surgen como iniciativas propias, que no cuentan con el apoyo de un sistema de información nacional para ésta estrategia y que trae como consecuencia disgregación de la información y limitación para la toma de decisiones; ha determinado el fortalecimiento de la participación comunitaria en salud.

Por tal motivo, orientó el presente estudio para conocer la percepción de los trabajadores de la salud con experiencia en trabajo comunitario para que sirva de base en la elaboración de una metodología de Trabajo Comunitario común y estandarizada, que retoma la opinión de los entrevistados y orienta al personal de salud, sin obviar que la misma puede adaptarse a las particularidades de cada territorio.

El objetivo general del estudio es: describir la percepción de informantes claves del Ministerio de Salud, a partir de sus experiencias, para elaborar Metodología para el Trabajo Comunitario en Nicaragua.

La metodología utilizada fue la investigación cualitativa, donde se seleccionaron los SILAIS de: Chinandega, León, Estelí, Nueva Segovia y Matriz por poseer una amplia participación comunitaria en salud.

Las entrevistas fueron aplicadas a tres tipos de informantes claves: Nivel Central, Sede SILAIS y Municipios con 5 años ó más de experiencia en Trabajo Comunitario.

Conclusiones principales de los informantes:

1. El Trabajo Comunitario debe orientarse a la búsqueda de problemas de salud y alternativas de solución con acciones de promoción, prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación y se debe dirigir a comunidades y grupos de riesgos, contando con la participación activa del personal de salud y comunidad.
2. La parte medular del Trabajo comunitario es la promoción y educación en salud.
3. La sectorización es la mejor manera de organización existente para el impulso de ésta estrategia.
4. El Trabajo Comunitario debe ser organizado, planificado, ejecutado y evaluado con la participación de representantes de la comunidad.
5. Los temas de Capacitación deben corresponderse a las necesidades de los recursos humanos y de los problemas de cada territorio.
6. EL sistema de información del Ministerio de Salud debe contener aspectos relacionados al Trabajo Comunitario.
7. El personal de Salud que participa en la estrategia debe reunir requisitos o criterios de éxito para el desarrollo del Trabajo Comunitario.
8. Los medios logísticos y Maletín para el Trabajo comunitario, deben ser programados de acuerdo a la actividad y sus objetivos.

I. INTRODUCCION

A partir de 1979 la declaración de los Ministerios de Salud de las Américas, recomendó la atención primaria en salud como la estrategia principal para alcanzar la salud para todos en el año 2000, siendo la educación para la salud y la participación comunitaria elementos importantes para extender las coberturas y lograr cambios de conducta en beneficio de la salud de la población.

En Nicaragua, existe una gran experiencia en participación comunitaria en pro de la salud y esto surge desde hace varias décadas, pero con mayor desarrollo en la época de los 80, partiendo del alto grado de organización comunitaria existente durante ese período. Esta forma de intervención a los problemas de salud a pesar de la basta experiencia del personal de salud y la comunidad, se ha venido desarrollando con metodologías muy diversas, desagregadas y sin estandarización, lo cual conlleva a la carencia de una herramienta que oriente a la nueva generación del como hacer las cosas y además al sesgo de la información generada por esta estrategia de trabajo.

El Trabajo Comunitario involucra entonces, la organización, planificación, ejecución y evaluación de acciones de salud impulsadas por el Ministerio de Salud en conjunto con la comunidad y deben responder a las políticas de salud, modelo de atención establecido y a la interrelación entre los servicios de salud y la comunidad; convirtiéndose en una de las principales estrategias para incidir en el estado de salud de los Nicaragüenses.

Por tal motivo, el Ministerio de salud convencido de que la participación comunitaria es importante para que las intervenciones en salud tengan impacto en el perfil de salud de la población ha considerado dentro de sus políticas, adoptar nuevas estrategias de salud pública retomando la educación para la salud, la promoción de estilos de vida saludables y el cuidado del medio ambiente en que vive la comunidad.¹

Uno de los aspectos elementales para desarrollar el Trabajo Comunitario es rescatar todas aquellas experiencias de los trabajadores de la salud y de la comunidad para unificar criterios para la creación de una metodología de Trabajo Comunitario que fortalezca la experiencia actual y permita mayor impacto en los problemas de salud de la sociedad, tomando siempre en consideración que la comunidad debe ser protagonista relevante en la solución de sus problemas de salud.

Este Trabajo constituyó uno de los tantos esfuerzos por recopilar toda la información pertinente para la elaboración de una metodología de Trabajo Comunitario, considerando la percepción de los trabajadores de la salud que hacen posible la participación comunitaria en salud y sienta las base del consenso de los diferentes actores involucrados en Trabajo Comunitario, para impulsar un trabajo más organizado, más participativo y más eficiente.

¹ República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Política Nacional de salud. 1,997 - 2002

II. ANTECEDENTES

La salud comunitaria es una entidad donde se realiza una amplia gama de actividades de salud, donde cada uno hace uso de sus capacidades en conjunto, para cumplir con el objetivo final que es mejorar el estado de salud de la población.

Es importante el compromiso que debe asumir la sociedad, para contribuir en la reducción de los factores de riesgo que inciden en el proceso de la salud enfermedad y son los trabajadores de la salud quienes deben conducir a la sociedad hacia ese fin.

En Nicaragua existe mucha experiencia en el trabajo comunitario dirigido a fortalecer las intervenciones de salud encaminadas a mejorar la situación de salud del país, pero no se ha sistematizado la experiencia de los trabajadores de salud para desarrollar este componente elemental en el abordaje de los problemas de salud y existen muy pocos escritos que hagan referencia a una metodología estandarizada para Ministerio de salud con relación al trabajo comunitario.

En los años 80 se crea el Plan Integral de Actividades del Área de salud(PIAAS) cuya finalidad era armonizar todos los programas de salud que se ejecutaban en el área y además se consideraba un instrumento guía que permitía al Director de área, planificar, ejecutar y controlar acciones de salud.

Se elaboró la libreta del sector para hacer operativo el trabajo en las áreas de salud donde fundamentalmente se reflejaban: información básica del sector, características socioeconómicas, división territorial, recursos humanos, organizaciones comunitarias, poblaciones por grupo de edades y sexo, además de la situación higiénico-sanitarias.¹

En el año 1995 se elaboró el Manual Operativo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez y en el se expresa la necesidad de actividades de terreno dirigidas al usuario y su familia, para conocer el medio físico, sociológico, económico y social, para relacionarlo con la situación de salud de las comunidades.²

Otro aporte importante a la actividad comunitaria se establece en el año 1996 al incorporar en el Manual de Técnicas y Procedimiento de Enfermería, la visita domiciliar como parte de las estrategias del trabajo de salud en la comunidad. ³

Se llegó a definir el equipo básico material para la visita domiciliar y se implementa una guía de procedimientos para ejecutarse antes, durante y después de la visita, estableciendo previamente los objetivos de las mismas.

1 República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Plan Integral de actividades del área de salud. Libreta del Sector. Dirección General de Atención Médica.1,981.

2 Ministerio de Salud. Manual Operativo de atención Integral a la Mujer y la Niñez. 1995.

3 Ministerio de Salud. Manual de Técnicas y procedimientos de enfermería. 1996.

También el Ministerio de salud a través de Normas de los diferentes Programas como: Salud Mental, Enfermedades crónicas no transmisibles, Enfermedades de Transmisión Vectorial, Salud Bucal, Control de Tuberculosis, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Rehabilitación, Programa ETS – SIDA y demás programas priorizados, hacen referencia a la importancia del Trabajo Comunitario para el mejor desarrollo e impacto de estos programas en la población nicaragüense.

Otra importante forma de trabajo en salud comunitaria que se ha impulsado en el Ministerio de Salud con la participación activa de la sociedad civil son las Brigadas Médicas Móviles, cuya razón de ser son las visitas a comunidades de difícil acceso, que tienen poca ó ninguna cobertura por los servicios de salud y que además constituyen riesgo epidemiológico para el territorio.

En Nicaragua, esta forma de llevar servicios de salud a la población, data desde 1950, pero es en la época de los años 80 que esta modalidad es mejorada y realizada de una manera más sistemática. En los años 90 los equipos que conforman estas Brigadas están constituidos por profesionales de la salud de diferentes perfiles y es por ese motivo que se propone llamar a la modalidad, Salidas Integrales ó Brigadas Integrales Móviles.⁴

La Jornada de Salud es la más importante y representativa forma de participación comunitaria en las acciones de salud, surgen a partir de los años 80, como una estrategia de salud pública para mejorar las coberturas de vacunación y con una visión de erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles, no obstante la erradicación de la Polio en nuestro país ha sido posible gracias a esos importantes esfuerzos. Hoy en día el paquete de actividades de las Jornadas de Salud ha sido ampliado, incluyendo además de Vacunas, Vitamina A, Sulfato Ferroso y Antiparasitarios.

Para 1997, en la búsqueda de información relacionada a esta forma de trabajo en salud, se realiza un estudio por estudiantes de la licenciatura en enfermería del Instituto Politécnico de la Salud de la UNAN, Managua para abordar las actividades de enfermería en el trabajo comunitario y su relación con algunos factores que inciden en su ejecución.

El estudio reveló lo siguiente:

1. No existe estandarización de los procesos en trabajo comunitario
2. No existe un sistema único para el control del trabajo comunitario
3. Falta sistema de información que integre el trabajo comunitario
4. No se cuenta con programa docente para la capacitación en trabajo comunitario.
5. Faltan instrumentos de trabajo que faciliten el cumplimiento de las actividades programadas.

⁴ Ministerio de Salud. PROSILAIS. Sistematización de Brigadas Móviles en SILAIS de PROSILAIS.1998.

6. El Ministerio no tiene una Normativa que oriente acerca del Trabajo Comunitario en salud.

III. JUSTIFICACION

La experiencia de los trabajadores de la salud y de la comunidad organizada en el trabajo de terreno debe ser potenciada, tomando en consideración la función de promoción de la participación Social en los planes operativos del primer nivel de atención y de que las acciones de salud tienen mayor impacto cuando la comunidad participa activamente en la organización, planificación, ejecución y evaluación de actividades de terreno donde los mismos han estado involucrados.⁶

El rescate de la estrategia del trabajo comunitario o trabajo de terreno hoy en día es de suma importancia, debido a que es elemental el apoyo de la comunidad para impulsar la promoción y protección de la salud, como principal estrategia para el mejoramiento de la situación de salud del país.

La obtención de la opinión de informantes claves del Ministerio de salud con experiencia en trabajo comunitario que ha venido impulsando este Ministerio a través de los años con la participación ciudadana en esta importante forma de intervención en la salud pública, indicó que a pesar de la experiencia acumulada en este campo, la limitante para desarrollar esta estrategia es que el Ministerio de Salud no dispone de un manual ó normativa que de pautas al qué, quiénes, cómo, cuándo, dónde y porqué del Trabajo Comunitario en salud.

El producto final de este trabajo consiste en brindar insumos básicos para el diseño metodológico del trabajo comunitario en Nicaragua. Permite al Ministerio de salud estandarizar algunos procesos, mediante una metodología única pero también flexible ante la realidad y características particulares de cada territorio y población asignada, con el propósito de contribuir al desarrollo de la participación comunitaria en las actividades de salud; así como mejorar la accesibilidad, cobertura y oferta de servicios.

⁶ Nicaragua. La Gaceta. No 206. Reglamento Ley 290. Ministerio de Salud.1998.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la opinión de los informantes claves sobre los aspectos relacionados con la gerencia y control del Trabajo Comunitario en Salud?

¿Qué temas de interés deberían ser incorporados a las capacitaciones en el Trabajo Comunitario?

¿Qué propuestas hacen los informantes claves con relación a actividades de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación en salud?

¿Cuáles son las características o requisitos que debe reunir los recursos humanos que participan en la estrategia?

¿Qué experiencias en herramientas y formatos utilizados en los SILAIS pueden rescatarse para facilitar el trabajo operativo?

Objetivo General

1. Describir la percepción de Informantes claves, acerca de Metodología de Trabajo Comunitario del Ministerio de Salud de Nicaragua. 1997 – 2000.

Objetivos Específicos

1. Conocer la opinión de informantes claves sobre aspectos relacionados con la gerencia y control del trabajo comunitario en Salud
2. Indagar temáticas de interés para los trabajadores de la salud a ser introducidas en las capacitaciones para el Trabajo Comunitario.
3. identificar propuestas de actividades a desarrollar en el Trabajo Comunitario para la promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación en salud.
4. Determinar algunos aspectos relacionados con los recursos humanos que participan en la estrategia de Trabajo Comunitario.
5. Rescatar herramientas y formatos utilizados en los diferentes SILAIS para facilitar el trabajo operativo en la comunidad.

VI. MARCO TEÓRICO

La participación comunitaria en los servicios de salud se produce cuando se puede detectar alguna influencia de los actores del medio social en el trabajo que se realiza en los servicios sanitarios.

Vista de esta forma, la participación comunitaria se realiza en la interfase entre los servicios y el medio social y es una cualidad de carácter gradual; hay participación en mayor o menor grado, siendo los extremos de esa hipotética graduación aquellos servicios con una interfase comunidad servicios impermeables a la influencia social y en el otro extremo aquellos servicios sensibles a la influencia comunitaria (López Fernández y Siles, 1993).

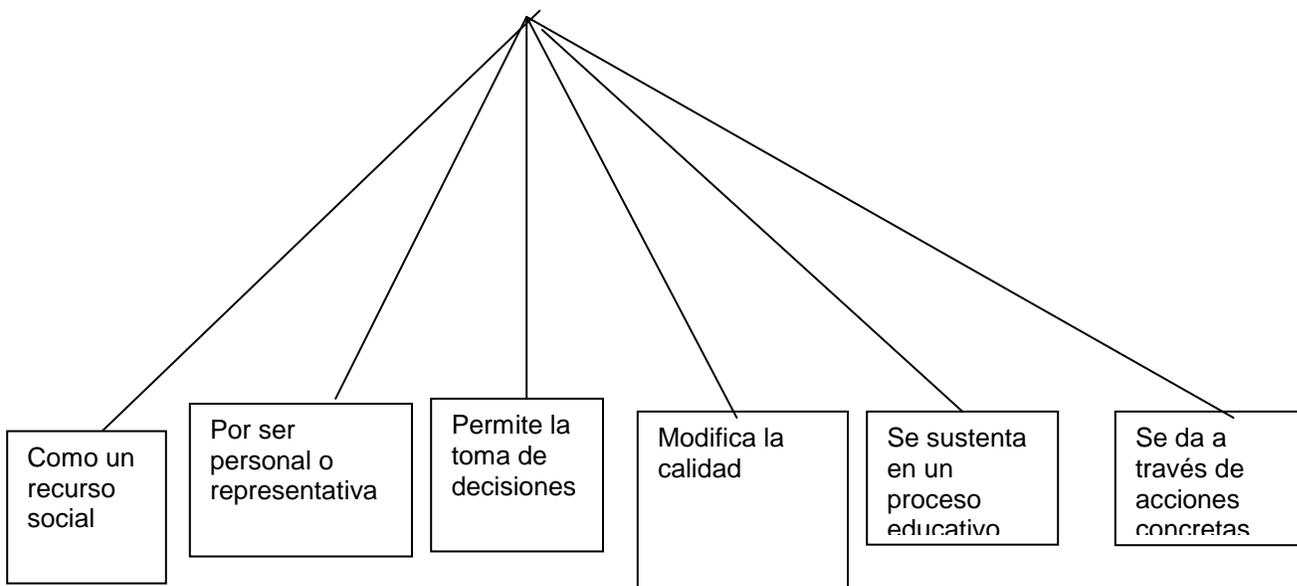
La participación comunitaria es un proceso inherente a toda comunidad, nace con ella y es parte de ella. Para que exista esa participación en una comunidad, ambas partes institución y comunidad deben hacer esfuerzos para lograr una integración de las acciones a desarrollar y motivar constantemente la participación individual y colectiva; sin olvidar la participación social donde se involucra a un mayor número de actores y se fortalece la relación comunidad - institución y deliberación participativa, dentro de un escenario de mayores dimensiones y más dinámico.

Las bases teóricas que fundamenta la participación social se apoya en los siguientes conceptos:

6.1 Participación

El principio básico de la participación es “ ser parte de algo, tomar parte, estar involucrado”. Existen muchas formas de participar, sin embargo, al ser parte de algo se adquieren compromisos, no solo se tiene oportunidad de aportar sino de recibir, se decide sobre los aspectos que están afectando a “ ese algo del que se es parte”, de tal manera que existía una relación de pertenencia que los une y los compromete mutuamente, la participación así concebida es un proceso social, se fomenta en una relación. Existen muchas circunstancias y momentos en los que se participa y una oportunidad pertinente del ser humano, ya que participa en su grupo familiar, con los amigos, en el trabajo, en su comunidad. La mejor manera de participar es cuando se es consciente de lo que se hace y por que se hace, hacerlo voluntariamente o cumpliendo una responsabilidad que da sentido especial a la vida, es también una característica muy positiva de la participación.

Características de la participación



6.2 Participación comunitaria

Es un proceso social colectivo que surge dentro de una área geográfica determinada se refiere a las acciones individuales, familiares y de la comunidad, para promover la salud, prevenir la enfermedad, detener su avance, tratar y rehabilitar al enfermo.

La participación comunitaria es un proceso inherente a toda comunidad, nace con ella y es parte de ella. Para que exista participación en una comunidad, ambas partes institución y comunidad deben hacer esfuerzos para lograr una integración de las acciones a desarrollar y motivar constantemente la participación individual y colectiva.

Las características de la participación comunitaria son:

- Activa
- Consciente
- Deliberada
- Responsable
- Sostenida
- Organizada
- Educativa
- Priorizativa

6.3 Participación social

Uno de los elementos fundamentales para el desarrollo de los SILOS, es la Participación Social, entendida como “ los procesos sociales a través de los cuales los grupos, las organizaciones, las instituciones, los sectores y todos los actores sociales a todos los niveles, dentro de una zona geográfica determinada, intervienen en la identificación de las acciones de salud y otras acciones afines, y se unen para diseñar, probar y poner en practica las soluciones”. De esta manera, con la participación social se asume la concepción más amplia de la participación en salud, se involucra a un mayor numero de actores y se fortalece la relación comunidad - institución y deliberación participativa, dentro de un escenario de mayores dimensiones y más dinámico.

Debe quedar claro, que los SILOS son “Sistemas Sociales”, cuya dinámica la determina el factor humano que le “da vida”, el elemento central de los SILOS es la misma comunidad, la población con los diversos grupos que constituya él número y el objeto de todo el sistema, “La participación Social da coherencia a todos los componentes y factores que constituyen los SILOS, por su medio se busca reforzar el nivel local y tiene su manifestación concreta en la programación local”.

La Participación Social encuentra su mejor expresión en la programación local, constituida en el producto final de un proceso más amplio de planificación y participación.⁷

7 Organización Panamericana de la Salud. Participación Social en los Sistemas de salud. SF

6.3.1 Características de la participación social.

1.1	Activa	Todos los actores, instituciones, involucrados participan en todas las actividades, en forma de demanda.
1.2.	Consciente	Los participantes saben por que y para que estén participando, de tal manera que conocen las necesidades e intereses de la comunidad, para canalizar y buscar, en cooperación, la solución más efectiva, basadas en las políticas institucionales y en los intereses de la comunidad.
1.3	Responsable	Los actores sociales mantienen un compromiso consigo y con la comunidad y corresponde a todos buscar la solución reflexiva y deliberada, su participación e iniciativa deben ser de voluntad propia.
1.4	Organizada	Debe poseer una estructura que involucre a todos los actores sociales, permitiendo así el aprovechamiento de todos los recursos internos y externos.
1.5	Sostenida	Involucra un proceso continuo y constante, de acuerdo a prioridades.
1.6.	Priorizativa	Da respuesta a aquellas situaciones o problemas que son factibles de resolver con los recursos existentes, tomando en cuenta la trascendencia, magnitud, vulnerabilidad y el costo.
1.7	Educativa	Amplia y fortalece el conocimiento que conduce a la reflexión- acción.
1.8	Deliberativa	Se toman las consideraciones atenta y determinadamente, el pro y el contra de nuestras decisiones antes de adoptarse y la razón o sin razón de los votos que se nos piden antes de emitirlos.

6.4 Una estrategia de participación comunitaria en los centros de salud

Cada centro tiene una situación peculiar en cuanto a su organización, sus profesionales, etc. y cada colectividad es diferente en cuanto a su cohesión y formas de articulación. Es necesario que cada conjunto centro de salud- colectividad atendida se provea de un marco de relaciones peculiar y propio.

Por otro lado, debe recordarse lo dicho al comienzo de este capítulo referente a los conceptos de intervención comunitaria y participación. Son ideas distintas, pero muy conectadas entre sí y que implica una relación entre la sociedad y los servicios de salud.

Al plantearse la conveniencia de que los centros de salud sean sensibles a las necesidades de las comunidades, hay que tener en cuenta que ningún mecanismo por sí solo será capaz de conectar a todos los colectivos de población atendida por el centro. Cada mecanismo concreto puede relacionar a los profesionales con determinado tipo de personas o de grupos, mientras margina a otros. Si se quiere que las diferentes necesidades se manifiesten en el centro, hay que potenciar una batería de mecanismo de participación social y abandonar la idea de que un solo instrumento puede resolver el problema.

Esta batería de mecanismo puede configurar cada estrategia concreta de relaciones entre los centros de salud y sus comunidades respectivas. Actividades de refuerzo de la acción comunitaria en salud e intervenciones del equipo sobre la comunidad, deben ir unidas a la creación de puentes que permitan hacer oír la voz de la sociedad en el trabajo de Atención Primaria.

En definitiva, se debe aceptar, si se quiere que se produzca de forma real la participación social en los centros de salud, que ésta debe ser de naturaleza multiforme y variada, porque variada es la sociedad con la que se está relacionado y variada es la realidad de los diferentes centros de salud (Vuori, 1992).

6.4.1 Mecanismo de participación comunitaria

A continuación se hará una corta revisión de las distintas formas de participación sobre las que existe experiencia en España. Así, por ejemplo, los consejos de salud han sido considerados como el paradigma de la participación comunitaria, el único mecanismo en el que se pensaba hace algunos años cuando se hablaba de participación. Otros, aunque se han utilizado con profusión, no han recibido la misma consideración. En la tabla 9.1, se recogen los que se han considerado más relevantes para los centros de salud en España, aunque existen otros y la inventiva, tanto de los equipos de Atención Primaria como de la sociedad, irá abriendo el abanico de posibilidades de posibilidades de conectar los servicios de Atención Primaria con sus comunidades.

6.4.2 Mecanismo de participación comunitaria en Atención Primaria

6.4.2.1 Consejos de salud

Han sido considerados como la forma de participación por excelencia.

Un consejo de salud es un órgano donde reúnen un grupo de personas que suelen representar a diferentes colectivos sociales y a varios sectores con repercusiones sobre salud y también a los profesionales que trabajan en los servicios sanitarios (Revilla, 1987). Se reúnen para hablar de la salud de una colectividad.

Hasta aquí las semejanzas y a partir de aquí, se pueden producir una gran cantidad de diferencias entre unos consejos y otros.

Por ejemplo, varias comunidades autónomas han regulado la composición y las funciones de los consejos de salud de zona básica, mientras que existen muchas experiencias de equipos de Atención Primaria que han dinamizado consejos de este tipo. Otras veces han sido los ayuntamientos los que han propiciado estos órganos.

En general, puede decirse que los integrantes habituales de estos consejos han sido:

- a) miembros de la administración sanitaria sobre todo en los consejos regulados en normativas oficiales.
- b) Miembros de los equipos de Atención Primaria, en especial, el director o coordinador, trabajador veces, otros equipo.
- c) Miembros de formales del atendido por líderes de algunos sociales y instituciones como ayuntamientos, colegios o sindicatos.
- d) Interesa remarcar el carácter de los miembros del consejo como representantes de sus diversos colectivos de procedencia, con los problemas que plantea el reconocimiento y el ejercicio de la representación.

Consejo de salud
Contactos con asociaciones y otro tipo de organizaciones
Relaciones con otros sectores sociales
Contactos con redes sociales y líderes comunitarios
Creación de grupos de apoyo
Agentes comunitarios de salud
Encuestas de satisfacción
Sistema de reclamaciones y sugerencias
Personal no sanitario como informadores
Clave marketing y relaciones públicas
Cultura de orientación al usuario
Máxima capacidad de elección por parte del paciente
Otros mecanismos de participación comunitaria

el social y a miembros del asociaciones territorio el centro, informales colectivos otro tipo de y asociaciones

En relación con esta última cuestión, sería importante que desde los servicios sanitarios se facilitará el incremento de la comunicación entre los representantes comunitarios y la población (Piette, 1990).

Se ha producido un cierto desencanto sobre este tipo de experiencias, probablemente derivado de los problemas objetivos que tiene la participación social, pero también por el hecho de haber confiado en los consejos como única forma de participación y de haber depositado sobre ellos expectativas no realistas.

En el marco del reconocimiento de los problemas y considerándolos un instrumento importante, pero no único, tienen un importante papel que cumplir en las estrategias de participación social en los servicios.

6.4.2.2 Contactos con asociaciones y otro tipo de organizaciones

Este es uno de los mecanismos de participación más frecuentemente utilizados en España, en algunos casos mediante la incorporación de algunas asociaciones a órganos formales como los consejos de salud y en otros casos, estableciéndose contactos directos con asociaciones para llevar a cabo alguna acción concreta o en el marco de una rutina de relaciones con asociaciones.

Existen asociaciones de muy diversos tipo y cada una de ellas nos pondrá en relación con colectivos diferentes, pero además hay muchos colectivos con los que no se puede contactar a través de asociaciones, entre éstos se encuentran frecuentemente las personas con mayores necesidades sanitarias.

En cuanto a la representatividad, puede ser útil considerar que las asociaciones tienen tres niveles; el primero formado por los miembros de la dirección, el segundo por un grupo de afiliados que asumen los fines y participan en los procesos de tomas de decisiones y que se pueden considerar representados y por último, el resto de lo afiliados (normalmente la mayoría) que simpatizan con los fines generales de la asociación, pero que normalmente están fuera de una participación activa en la vida asociativa.

Con estas limitaciones, la vinculación de los centros de salud con las organizaciones formales puede ser de una enorme utilidad para adaptar el funcionamiento del centro a los pacientes más o menos representados. Además debe tenerse en cuenta que muchas veces las asociaciones toman sus propias iniciativas, por lo que mantener un marco de relaciones con las asociaciones locales debe ser algo casi obligado en la estrategia de participación social de cualquier centro de salud.

6.4.2.3 Relaciones con otros sectores sociales

La Declaración de Alma-Ata consideró la acción intersectorial como otro eje fundamental de la estrategia de Atención Primaria (Vuort, 1985).

Efectivamente, abordar el proceso salud/enfermedad desde el nivel primario de atención significa trabajar conjuntamente con otros sectores político-administrativo como ayuntamiento, educación, medio ambiente o servicios sociales.

Esta aún siendo uno de los mecanismos más utilizados, se ha conceptualizado más como apoyo a las intervenciones planeadas desde los servicios (programas o acciones puntuales) que como acción conjunta y en plano de igualdad, definiendo funciones y acotando las responsabilidades de cada sector. Ha habido, por decirlo de alguna manera, cierta actitud dirigista por parte de los servicios de salud en el ámbito local, que han pedido colaboración cuando la necesitaban pero no han asumido su papel

fundamental en cuanto a estar presentes de una forma continua y ser los abogados de la causa de la salud ante los otros sectores.

Hay un aspecto importante a tener en cuenta en la articulación de relaciones con otros sectores y es que cada uno de ellos tiene su propia lógica, sus objetivos y una forma de trabajar y de reconocimiento profesional determinadas y probablemente, distintas a la del sector salud.

Conocer la lógica de lo político es fundamental para trabajar con las corporaciones locales, lo mismo que conocer las motivaciones que pueden inducir a los maestros a incorporar la educación para la salud en el currículum de los escolares o las razones que hacen que un periodista incluya una noticia o acepte un comunicado de prensa. (Bejarano, 1991).

Cuando reclamamos la participación, por ejemplo, de un ayuntamiento, no nos dirigimos al alcalde o al técnico de salud, sino a una persona determinada que tiene nombre y apellidos y que le gusta ser reconocido como tal. La importancia de las relaciones informales y del respeto personal es mucho mayor de lo que se piensa y posibilita el que realmente se produzca un trabajo conjunto sobre la base de las distintas responsabilidades.

Por último, trabajar con otros sectores significa ceder protagonismo y estar dispuesto a colaborar con ellos cuando así lo demanden.

6.4.2.4 Contactos con las redes sociales y líderes comunitarios

El modelo de articulación social que se ha comentado implica que las personas se relacionan unas con otras por amistad, por ser vecinos, por acudir a los mismos lugares de encuentro (parques, bares, parroquias, etc) o por lazos familiares y este conjunto de vínculos conforman alrededor de cada persona una red social. Las redes de los distintos individuos se relacionan unas con otras y conforman el entramado social a través del cual se canalizan acciones de tipo diverso, entre otras el soporte social en salud.

Algunos individuos ocupan lugares especialmente bien comunicados en este conjunto de redes sociales, los que nos hacen muy útiles como fuentes de información y como difusores de mensajes. Estos individuos son los líderes comunitarios.

Trabajar con las redes sociales supone reconocer que existen, identificar a los líderes informales de la comunidad (que pueden, a veces coincidir con los formales), acudir a los lugares donde se relaciona la comunidad) y utilizar los momentos y las formas que culturalmente son aceptadas para la comunicación social y además, sabe que todas esas cuestiones son diferentes en los diferentes colectivos de la población.

Probablemente son más útiles unas pocas horas al mes trabajando con esta perspectiva, que otras alternativas aparentemente más serias, pero menos adecuadas para una realidad social como la española, en la que las personas mantienen un nivel de asociaciones más bajo que el habitual de las sociedades accidentales.

6.4.2.5 Creación de grupos de apoyo

Se trata de un instrumento de intervención sobre la comunidad, más que de un mecanismo de participación social. Consiste básicamente en agrupar a pacientes (sanos o enfermos) vinculados por una problemática similar, con la expectativa de que las dinámicas grupales generadas ayuden a mejorar determinados aspectos de la evolución de los pacientes. Grupos de ese tipo se han utilizado en la preparación para el parto, en la hipertensión, la obesidad, el tabaquismo, etc.

Estos grupos suelen configurarse como una actividad más de algunos programas de los servicios de salud y con marcada orientación educativa. El refuerzo mutuo entre los miembros y la creación de espacios para que surja una cierta presión grupal, además de posibilitar el intercambio de experiencias entre los participantes, suelen ser los mecanismos de actuación más frecuentemente buscados al dinamizar este tipo de acciones.

6.4.2.6 Agentes comunitarios de salud

Las agentes de salud son personas de la comunidad que realizan determinado tipo de actividades beneficiosas para la salud de la colectividad.

Se engloban aquí los cuidados que prestan las madres a sus hijos, los que se prestan a los ancianos, el apoyo que reciben algunas personas de sus vecinos o conocidos y todo el conjunto de atenciones sanitarias que se prestan unas personas a otras sin recibir remuneración económica. Supone reconocer que una buena parte del trabajo sanitario real lo realizan los profanos. La OMS ha calculado que el 80% del trabajo en salud consiste en este tipo de cuidados, mientras que se ha encontrado que las mujeres prestan, a través de estos mecanismos, alrededor del 66% del trabajo sanitario total en España.

Algunas personas tienen un especial reconocimiento en este tipo de cuidados por parte de sus convecinos y en ocasiones, los servicios de Atención Primaria establecen contacto con ellas para ayudarles a trabajar mejor (en este caso se trata de un ejemplo de refuerzo de la acción comunitaria). Otras veces para colaborar en determinados programas de los centros, como puede ser para realizar campañas de vacunación o encuestas en determinadas colectividades con peculiaridades culturales.

Otras veces, los centros han articulado programas que reconocen el papel de estas personas y han reordenado el papel de estas personas y han reordenado algunas actividades a partir de la información y sugerencias de estos agentes de salud. Esto último permite establecer un puente entre el saber científico de los profesionales de los servicios sanitarios y el sistema de creencias y prácticas del medio social, permitiendo adaptar el trabajo de los centros a las pautas culturales en salud que existen en las distintas comunidades, a veces compartidas ampliamente y otras limitadas a determinados colectivos minoritarios.

6.4.2.7 Encuesta de satisfacción

La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados de la atención sanitaria y además está claramente relacionada con algunos aspectos relevantes desde el punto de vista clínico, como puede ser la adherencia a los tratamientos y las recomendaciones preventivas.

Pero la satisfacción de los pacientes es importante por sí misma, aparte de sus repercusiones sobre la salud. Quizá no se el objetivo prioritario, ni debe ser el único objetivo, pero plantearse la mejora de la satisfacción de los consumidores de servicios sanitarios es una preocupación que debe incorporarse al sistema de valores de las profesiones sanitarias por ser una enérgica demanda social (el movimiento consumista es una expresión organizada de esta demanda).

Existen muchos métodos al alcance de los equipos de Atención Primaria para medir o valorar la satisfacción (grupos nominales, focales, de discusión, análisis de las quejas, análisis de contenido en medios de comunicación locales, etc) Los más característicos son los que utilizan un cuestionario.

Las personas encuestadas pueden ser los usuarios de un determinado programa, servicio o del centro en general, pero también puede medirse la satisfacción de la población en general tanto usuaria como o usuaria. En el cuestionario puede recogerse la opinión de los pacientes o intentar medir su satisfacción como actitud. En este último como se utilizará escalas de actitudes como instrumento de medida.

Existen varios cuestionarios para medir satisfacción publicados en España, que pueden ser utilizados, tras adaptarlos, según los fines buscados.

La capacidad de influir de este instrumento en el trabajo del centro dependerá en su mayor parte de cómo se utilice la información en el centro de salud y de si sus profesionales asumen que mejorar la satisfacción de los pacientes forma parte de su trabajo.

6.4.2.8 Sistema de sugerencias reclamaciones

Tradicionalmente, se ha enfatizado el carácter sancionador de las reclamaciones; aquí lo conceptualizaremos como un mecanismo formalizado de participación individual de los usuarios susceptibles de utilización con una doble función; la obtención de información directa de los pacientes sobre el funcionamiento de los servicios y la mejora de su gestión utilizando esa información.

Cuando una persona pone una reclamación no hay que limitarse a responderla y a solucionar como problema concreto el motivo de la reclamación. Hay que estudiar las reclamaciones que se producen como fuente de información que permita detectar dónde están los problemas los puntos débiles de la organización y lo que es más importante, incorporar esa información para mejorar la gestión del centro de salud.

Los profesionales viven las reclamaciones como un ataque personal, la organización como algo que hay que evitar (no es difícil oír frases como quería poner una reclamación pero lo arreglamos en el momento y le convencí de que no lo hiciera) y los usuarios como el último recurso que les queda, pero que se resisten a utilizar, fundamentalmente porque piensan que les causará problemas si lo hacen y que, además, no servirá para nada.

Para utilizar las reclamaciones como mecanismo de participación individual con el fin de mejorar la gestión es necesario:

- a) Realizar un trabajo hacia dentro de la institución sanitaria, que permita que todos los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, dejen de considerar las reclamaciones como un castigo.
- b) Que los pacientes pierdan el miedo a reclamar, sepan qué es lo que se puede exigir y dispongan de un sistema fácil de utilizar. Por ejemplo, puede haber una persona que ayude a los que no sepan cómo hacerlo o no sepan escribir, en los pueblos pequeños se puede articular un sistema, en colaboración con el municipio que permita a los usuarios reclamar en el mismo ayuntamiento.

6.4.2.9 Personal no sanitario como informadores clave

El personal no sanitario es una pieza clave en la política de orientación al usuario de una institución sanitaria. Además, generalmente son personas que proceden de la misma comunidad en la que está el centro, con lo cual tienen una comunicación con los pacientes más directa que los profesionales sanitarios.

El trabajo de estas personas consiste, fundamentalmente, en recibir al paciente, darle información y facilitarle el acceso a los distintos servicios que se prestan en el centro. Para ello deberán tener en cuenta las características sociales y culturales de cada paciente.

Esto es especialmente importante, ya que resulta más fácil tratar con personas que tienen un nivel de instrucción medio o alto que con personas que no lo tienen y son precisamente éstas las que más necesitan los servicios de salud y que, además, la información y los mecanismos administrativos estén adecuados a su nivel.

Como se ha señalado, la información que pueden aportar estos trabajadores es muy importante, ya que tienen una visión más cercana a la de los usuarios y menos técnica que los profesionales sanitarios. Además de los problemas que ellos mismos detecten, es importante su conceptualización como informadores clave ya que hay un importante número de personas que pueden atreverse a exponerles a ellos (por verlos más cercanos) lo que no le dirían al médico a lo que no pondrían por escrito en una reclamación.

Por tanto la información procedente de este personal debe incorporarse por parte de la dirección del centro para mejorar los servicios y los canales de comunicación con el medio social. Para ello, se debe potenciar que todo el personal pueda aportar, de forma

estructurada, información e ideas para mejorar todos los aspectos que redunden en beneficios de los usuarios.

6.4.2.10 Marketing y relaciones públicas.

Una característica de las intervenciones de orientación comunitaria es que deben dirigirse de forma diferenciada según el grupo de población a la que van dirigida.

La epidemiología ayuda a definir las características de los grupos susceptibles de intervención y dota de un potente instrumento, la estrategia de riesgo.

Ahora bien, cómo llegar a esos grupos es otra cuestión. No cabe duda de que la captación activa en la consulta es una de las formas que se debe utilizar. Además hay otro instrumento procedente de las técnicas de mercado, el marketing que puede ser de gran utilidad, máxime si se tiene en cuenta que no todas las personas utilizan los servicios sanitarios.

Le marketing es un instrumento que proviene y se ha utilizado para la venta y que sirve para conocer las características de los grupos de población a los que se quiere colocar un producto determinado.

Algunas de las aplicaciones del marketing en los servicios sanitarios son las siguientes; el marketing social, aprendiendo a utilizar distintos medios para vender salud, el marketing de servicios y/o de programas utilizando las técnicas de segmentación de mercado para implementar programas o poner en marcha una estrategia de riesgo desde el centro de salud y el marketing interno, como estrategia para implicar a todos los profesionales en los objetivos de la institución.

Los profesionales sanitarios y los gestores de Atención Primaria deben aprender a utilizar estas técnicas (que tan buen resultado parecen dar en otros campos, por ejemplo en la industria farmacéutica) con el objetivo, no hay que olvidarlo, de mejorar los niveles de salud.

Otros instrumentos a disposición son las relaciones públicas, entendidas como un conjunto de técnicas de comunicación que pueden ayudar a desarrollar líneas de actuación en materia informativa y de comunicación institucional con el medio social.

Es suma, no hay que despreciar toda una batería de instrumentos que han demostrado su utilidad para llegar a las personas en una sociedad de masas como la nuestra. De las experiencias que surjan en este campo se pondrán ir extrayendo conclusiones con respecto a su aplicabilidad, en términos de mejora de la salud colectiva, a los servicios sanitarios públicos (Contreras, 1990).

6.4.2.11 Cultura de orientación al usuario

Las personas que utilizan los servicios de salud o cualquier otro tipo de servicio público, demandan ser objeto de un trato personalizado, no sentirse perdidas dentro de la institución y saber donde dirigirse, tener un horario accesible, no tener que esperar para ser atendidas, etc.

Generalmente, cuando se organiza el horario de las consultas, sean demanda o programas o cuando se establecen los procedimientos para acceder a los distintos servicios (realización de pruebas complementarias, derivación al nivel especializado), suele pensarse más en cuestiones de organización interna y de comodidad de los profesionales que de bienestar y accesibilidad para los usuarios.

Orientar el centro de salud al usuario significa tener en cuenta, para cualquier decisión que afecte a los pacientes, que éstos deben ser el centro en tono al cual se articule dicha decisión. Significa colocarse sistemáticamente en el punto de vista del usuario, sujeto activo de su salud, para servirle mejor, comunicarse con él y conseguir la comprensión mutua usuario/centro de salud en un plano de igualdad (Amat, 1988),

Además de una orientación general que impregne la toma de decisiones y dentro de las posibilidades físicas y económicas del centro, se pueden tomar una serie de medidas, por ejemplo, que todo el personal lleve una tarjeta de identificación que haya una buena señalización del centro, que las salas de espera sean confortables o habilitar un espacio para que jueguen los niños. Piezas fundamentales son el personal no sanitario. Estos trabajadores deben ser los que fundamentalmente se encarguen de facilitar y de hacer agradable la estancia de los pacientes en los centros de salud. Será fundamental, por tanto, el que estos trabajadores tengan una formación específica en técnicas de comunicación y de atención al paciente que haga posible un cambio de actitud y de comportamiento.

6.4.2.12 Máxima capacidad de elección por parte de los pacientes.

Se ha comentado en la introducción de este capítulo que los mecanismos de participación en los servicios de Atención Primaria pueden ser utilizables por grupos sociales pero también pueden tener su buena utilización individuo a individuo. Quizás la manifestación más genuina de la influencia de los ciudadanos en los servicios es dotar a aquellos de la máxima capacidad para elegir entre opciones alternativas de tratamiento, formato de programas o servicios, horarios y naturalmente, entre los propios profesionales que van a atenderles. Es evidente que estos aumentos en potencialidades de elección de los propios pacientes pueden chocar, en ocasiones, con los intereses de los miembros de los equipos o con la inercia de las formas de organizar los servicios. También es evidente que, a veces, la eficiencia en la prestación puede entrar en conflicto con el aumento de las capacidades de elección por parte del ciudadano.

6.4.2.13 Otros mecanismos de participación comunitaria.

Como ya se ha señalado, las fórmulas para conectar al centro con su población son muchas más que las aquí comentada. Es esperar que se vayan generando experiencias en este campo, quizá se estén produciendo iniciativa de este tipo vinculadas al creciente interés por la orientación al consumidor de los servicios públicos, en general o enmarcadas en las corrientes de gestión de orientación al cliente o bien en la tradición de la salud pública con énfasis en los aspectos sociales.

Posibles mecanismos podrían ser:

- a) Creación de defensores de los pacientes otorgando determinado nivel a personas respetadas de la comunidad.
- b) Política de puertas abiertas hacia colectivos determinados, como trabajadores de factorías, colegios o medios de comunicación
- c) Dar facilidades para dialogar con el coordinador del equipo, disponiendo horarios de despachos con personas interesadas.

6.4.2.14 Participación social y relación médico-paciente.

El núcleo del trabajo que se realiza en los centros de salud se base en la relación que se establecen entre dos personas; un profesional y un usuario de los servicios sanitarios, para usar una expresión habitual, la relación médico –paciente. La mayor parte del tiempo de trabajo de los centros se ocupa en este tipo de relaciones, o en actividades de apoyo a éstas (sesiones clínicas, de formación continuada, de equipo, provisión y archivo de historias, citas y un largo etc.).

Aunque sea de forma superficial, conviene reflexionar sobre algunas de las implicaciones que la participación comunitaria tiene en la relación médico-paciente. Interesa tanto las que procedan de la influencia del medio social, como las que implican a los pacientes individuales.

El medio comunitario se puede dividir en dos bloques con relación al trabajo clínico.

- a) El medio social más próximo al paciente (su familia y su red de apoyo social, especialmente)
- b) El resto de la comunidad, tal y como se ha conceptualizado.

La enorme importancia que tiene el entorno inmediato del paciente para realizar un eficaz trabajo clínico está siendo reconocido con claridad por los profesionales de Atención Primaria e incorporada al trabajo cotidiano a través de un importante esfuerzo investigador y de formación continuada. Piénsese en la atención familiar y en la valoración del apoyo social para los ancianos, o en el esfuerzo de la adherencia a la terapéutica y a las medidas preventivas, por poner sólo unos ejemplos. Esta forma de participación es, probablemente, uno de los campos de desarrollo más importante en el futuro inmediato de la Atención Primaria (Revilla, 1991). No está tan claro el tema de cómo influye el medio comunitario global sobre la relación médico-paciente, aunque es

evidente que la imagen o prestigio de un profesional en la localidad o barrio donde trabaja es determinante para la efectividad de su trabajo clínico o comunitario. Quizás una mayor capacidad de influencia del medio social sobre sus médicos podría mejorar la orientación al paciente del trabajo profesional y convertirse en una forma democrática de interrelación entre las profesiones sanitarias y la población, más equitativa que pagar y más respetuosa con las tradiciones profesionales que el control burocrático de los gestores.

Por último, una reflexión sobre la capacidad de influir de los pacientes, considerados individualmente en la relación médico- paciente. Tradicionalmente, los médicos han tenido un considerable poder en relación con sus pacientes, algo mediatizado cuando los pacientes pagan directamente el trabajo profesional. La actitud correspondiente a esta situación era precisamente la pasividad que denota la palabra paciente.

En los últimos tiempos cada vez es más frecuente la figura del paciente activo (Martín, 1978), es decir, una persona que quiere decidir por sí misma sobre su propia salud y exige a su médico (y si no lo hace, se cambia) que actúe como agente informador, para tomar la última decisión sobre qué hacer. El paciente activo quiere que su médico le presente un menú de opciones, con los pro y contras de cada una de ellas y tomar las decisiones libremente.

6.4.2.15 Participación comunitaria formal en los países.

Las formas que adoptan la participación comunitaria formal en los distintos países europeos están condicionadas fundamentalmente por el sistema de protección a la salud que han adoptado dichos países (Martínez, 1989).

Diferencias entre Sistemas Nacionales de Salud y Sistemas de Seguro de Enfermedad Obligatorio.

Factores que afectan la participación				Concepto de salud
Modelos sanitarios	Financiación	Gestión	Población cubierta	
Sistemas de Seguro de Enfermedad Obligatorio	Cotización de trabajadores y empresarios	Entidades aseguradoras	Trabajadores y sus familias	Asistencial, protección en caso de enfermedad
Sistema Nacionales de Salud	Presupuestos generales del Estado	Administración pública	Toda la población	Integrador: Asistencia sanitaria, prevención y promoción de la salud

En líneas generales, se pueden distinguir dos modelos: Sistema de Enfermedad Obligatorio, en los que el derecho a la protección a la salud está derivado de la relación con el mercado de trabajo y Sistemas Nacionales de Salud, basados en la solidaridad y en la universalidad y en los que el derecho a la protección se deriva de la condición de ciudadanía.

Aunque en ambos modelos el Estado ejerce un control sobre la cuantía de las cotizaciones y sobre el gasto sanitario público, hay diferencias importantes en cuanto a la población cubierta, la financiación, la gestión y el concepto de salud (Tabla 9.2). Estas diferencias tienen su repercusión en la modalidad y el alcance de los mecanismos de participación que se establecen.

La participación en los países con Sistema de Seguro de Enfermedad Obligatorio, se deriva del hecho histórico de que son los propios trabajadores los que se agrupan, según sectores de actividad y establecen mecanismo de protección a la salud en forma de cajas, mutuas, etc. Existen, por tanto, regímenes distintos aplicables a diferentes categorías de población. La participación de los usuarios, o sea de los propios trabajadores asegurados. Tiene lugar, en líneas generales, a través de los sindicatos en los órganos de gestión de las entidades aseguradoras.

Hay que hacer notar que existe una separación clara entre las competencias de salud pública y de seguridad social. Estas últimas (asistencia y prestaciones económicas por enfermedad) son gestionadas por las entidades aseguradoras y hacen referencia exclusivamente al nivel de prestaciones y a las condiciones de acceso a ella. Es decir, que los trabajadores participan, a través de los sindicatos, junto a los empresarios en los órganos de gestión que deciden, con el margen de maniobra determinado por las cajas centrales y por el Estado, sobre esas cuestiones y quedan fuera de la toma de decisiones que afectan la salud de una manera global.

En los países con Sistema Nacional de Salud, las formas de articular la participación comunitaria es diversa y está condicionada por el carácter público del ente gestor y del sistema de financiación (vía impuesto), por ser de cobertura universal y por el hecho de que no hay separación entre las competencias de salud pública y de asistencia, educación y promoción de la salud.⁸

6.5 EXPERIENCIAS DE PARTICIPACION EN SALUD EN NICARAGUA

6.5.1 CONSEJO POPULAR DE SALUD

Los Consejos populares de salud nacen en los años 80, durante el período de la revolución popular Sandinista. Estos estaban integrados por representantes de organismos populares del área. Funcionaba como un organismo que planifica, controla y asesora las actividades de salud del área, que preside el director del área. El Consejo popular es fundamental para la optimización de los recursos existentes para la evaluación y ejecución de los planes y programas a nivel del área. Esta coordinación se realizaba al menos una vez al mes, con su acta respectiva.

6.5.2 CONSEJOS CONSULTIVOS

Creados por acuerdo ministerial No 43 - 98 durante el período del Dr. Lombardo Martínez Cabezas en el uso de sus facultades conferidas por el decreto 1-90, Ley

⁸ Martín Zurro A. Cano J.F. Atención Primaria. Concepto, organización y Práctica Clínica. 1994

Creadora de Ministerios de Estado, publicado en La Gaceta Diario Oficial, numero 87 del 8 de Mayo de 1990.

La cual en un considerando reza: Que con el objeto de mejorar la calidad de la atención y de consolidar la participación democrática de la sociedad civil en la gestión de los servicios de salud; se desarrollará en todos los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) del país, una instancia de consulta administrativa que progresiva y gradualmente perfeccionará el proceso de descentralización y de modernización de los recursos físicos, financieros y humanos de estas unidades administrativas y de acuerdo a las políticas establecidas por el ministerio de salud.

Facultades de los consejos consultivos

- a) Proponer y promover la búsqueda de alternativas de financiamiento que permita mejorar la calidad de los servicios
- b) Velar, evaluar y garantizar el constante objetivo de elevar la calidad de los servicios, con la finalidad de que estos cumplan con los parámetro de calidad que determine el ministerio de salud y con la satisfacción de los usuarios.
- c) Elegir su propia junta directiva
- d) Elaborar su propio funcionamiento basándose en lo estipulado y establecido en el presente acuerdo ministerial, normas y reglamentos que emita el ministerio de salud
- e) Establecer planes de trabajo en cada SILAIS en apoyo y cumplimiento, a las políticas y disposiciones que dicta el ministerio en las diferentes instancias de dirección.
- f) Solicitar al director del SILAIS informe trimestral de su gestión administrativa.

La conformación de los consejos consultivos se realizó por Hospital y por SILAIS.

6.5.3 JORNADAS POPULARES DE SALUD

Nacen en los años 80, durante el período de Dora María Téllez en la que la participación comunitaria era muy amplia.

En estas había una organización bastante notoria de la comunidad para poder aportar las condiciones básicas necesarias en cada territorio para garantizar la vacunación de la población en los días programados para la jornada.

Actualmente la estrategia se llama Jornada Nacional de salud donde se entrega un paquete mínimo de actividades de salud destinado a los menores de 5 años y mujeres en edad fértil principalmente. Este incluye: Vacunas, Vitamina A, Sulfato ferroso, ácido fólico, suero oral y desparasitantes.

El Programa Ampliado de inmunizaciones define la Jornada de salud, como la movilización masiva y ordenada de la población en un día o en un corto período de tiempo, con el fin de aplicar el mayor número posible de dosis de vacuna, contando con la participación de los más diversos grupos de la comunidad intra y extra sectoriales y con acción muy decidida de los medios de comunicación.

Las hay en el ámbito local y en el ámbito nacional.

Ventajas:

- Permite la erradicación y eliminación de las enfermedades prevenibles por vacuna
- Concientización de la población sobre la importancia de la vacunación
- Movilización social y apoyo intra y extrasectorial.
- Complementa las deficiencias de otras estrategias al aumentar coberturas de forma acelerada
- Alto costo-beneficio que justifica esta estrategia.⁹

6.5.4 REFERENCIA COMUNITARIA

La referencia comunitaria en salud, existe desde hace muchos años y consiste en un sistema que funciona de la siguiente manera:

Los líderes, brigadistas, parteras, colaboradores voluntarios y promotores de salud de la comunidad ante un caso de emergencia, riesgo u otra situación de salud que amerite atención en los servicios de salud están autorizados a referir los casos, a través de una nota sencilla y fácil de llenar.

Existen diferentes formatos de referencia comunitaria y varían de SILAIS a SILAIS, los hay bastante sencillos y operativos con dibujos que indican cada situación sobre todo son de fácil aplicación para agentes comunitarios que todavía no saben leer ni escribir. El ministerio de salud, conciente de la importancia de la referencia comunitaria para el mejoramiento de las coberturas y la calidad de la atención está realizando un esfuerzo por estandarizar las hojas de referencia comunitaria en todo el país para lo cual ha rescatado las principales experiencias del país para la creación de un sistema de referencia comunitaria de carácter nacional, lo cual todavía está en proceso de validación.

6.5.5 BRIGADISTAS DE SALUD

A pesar de la continua participación de los brigadistas en actividades de salud sobre todo en los años 80 donde se promovió la participación comunitaria, no se encuentran documentos de sistematización sobre la participación del brigadista de salud a través del tiempo. En el libro rojo y negro ó Plan Integral de actividades del área de Salud se encuentran descritas las funciones del brigadista de atención primaria en salud; donde aparecen entre otras las siguientes funciones:

1. Promoción de los servicios de salud en su comunidad
2. Realizar acciones preventivas de salud en el medio ambiente y sobre las personas
3. Detección de personas sujetas a riesgo
4. Manejo de morbilidad delegada
5. Atención de primeros auxilios
6. Aplicar inyecciones intramusculares
7. Realizar curaciones
8. Educar a la comunidad en forma individual y grupal
9. Promover la participación comunitaria en las acciones de salud
10. Realizar actividades administrativas inherentes a su función
11. Coordinación con parteras populares.¹⁰

⁹ Organización Panamericana de la Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Programación de las actividades de inmunización. Modulo IV. SF

¹⁰ Nicaragua. Ministerio de Salud. Plan Integral de Atención de las Areas de salud.1981.

6.5.6 PARTERAS

La partera en Nicaragua ha jugado un papel preponderante en la atención de partos en lugares de difícil acceso y donde no existen unidades de salud.

Sus acciones han sido descritas en el manual de la partera escrito en los años 90. Tiene como función ser un elemento clave como promotora de la salud dentro de su comunidad, disposición a ayudar en el momento que se lo soliciten, sabe cuando atender una embarazada y un parto y cuando debe referir a la unidad de salud más cercana.

Este manual sintetiza los conocimientos básicos de toda partera para la atención de partos y demuestra técnicas y procedimientos a través de imágenes y dibujos para facilitar su comprensión.¹¹

Los aspectos abordados en dicho manual son:

- Control del embarazo o control prenatal
- Atención del puerperio
- Promoción de la Lactancia
- Planificación Familiar
- Control de crecimiento y desarrollo
- Rehidratación Oral
- Infección Respiratoria Aguda
- Deberes y derechos de la partera
- Importancia del control prenatal y vacuna del tétano
- Pasos para el examen físico de la embarazada
- Fecha Probable de Parto
- Embarazo de alto riesgo
- Atención del parto Normal
- Parto de alto riesgo
- Atención al recién Nacido
- Inscripción al registro civil
- Importancia del Control de crecimiento y desarrollo
- La Diarrea
- Otros temas

¹¹ Nicaragua. Ministerio de Salud. Manual de la Partera. 1990.

6.5.7 BRIGADAS MEDICAS MOVILES



Las Brigadas Médicas Móviles, también llamadas Salidas Integrales o Brigadas Integrales, han sido impulsadas por los SILAIS, como estrategias para incrementar el acceso a los servicios de salud de la población más alejada y necesitada.

Según la información obtenida en la sistematización, el antecedente más próximo a las Brigadas Médicas Móviles se encuentra en las salidas o trabajo comunitario realizado por el personal de salud desde hace más de 15 años. Sin embargo, se sabe que desde los años 50 funcionaban equipos similares a esta modalidad de atención.

En la década de los 80's esta modalidad fue promovida y mejorada, ya que correspondía más adecuadamente a las Políticas definidas para el sector salud, y en general tenía coherencia con la política social del Gobierno, de llevar los servicios a quienes nunca habían tenido acceso a éstos, y promover la participación social en las acciones de salud.

En este período, el auge de la participación comunitaria a través de los brigadistas de salud, parteras y agentes comunitarios propició que se estableciera un nexo más estrecho entre el personal de salud y personal comunitario quienes al tener mayor contacto con las unidades, lograron también el servicio de salud a las comunidades.

En los 90's sé continua con las salidas al terreno, en algunos casos son ampliadas, tanto en su composición como en sus funciones. En este tiempo empieza a utilizarse la denominación de Brigadas Médicas Móviles para esta modalidad de trabajo.

No hay antecedentes de la existencia de normas, lineamientos u otro tipo de documento del Ministerio de Salud donde se oriente acerca de la adopción de la modalidad de Brigadas Médicas Móviles, en los municipios. Según refieren los actores participantes de la experiencia, el origen primario de esta forma de trabajo han sido las

necesidades de atención en salud de la población, y el compromiso y solidaridad del personal de salud ante estas necesidades. En algunos casos sin contar con conocimiento de una experiencia similar, en los seis SILAIS han tenido que adoptar esta estrategia para hacer frente a problemas tan grandes y complejos que demandan nuevas maneras de abordarlos.

¿Qué son las Brigadas Médicas Móviles?

En los talleres departamentales se hizo un ejercicio para unificar criterios sobre como se debería nombrar a esta modalidad coincidiendo en que el término “médica” no se correspondía a la práctica, pues la Brigada es más integral.

Objetivos

Las Brigadas Médicas Móviles se conciben como una estrategia para "aumentar la cobertura y calidad de la atención en el primer nivel a la población en general, y a la mujer y la niñez con enfoque de género".

Objetivo General.

Aumentar la cobertura de la atención a la población rural dispersa y pobre, para que ésta tenga acceso al servicio de salud en aras de la equidad.

Objetivos Específicos:

- 1) Contribuir a la disminución de la mortalidad y la morbilidad en general.
- 2) Contribuir a disminuir la mortalidad perinatal y materna.
- 3) Asegurar la coordinación que permita establecer los mecanismos de comunicación con la comunidad y optimizar los recursos en el abordaje integral de los problemas de salud.
- 4) Educar a la familia y comunidades en el conocimiento de los principales problemas de salud y las medidas preventivas que se pueden impulsar para enfrentarlos.
- 5) Recopilar estadísticas vitales en la comunidad.
- 6) Abastecer a los puestos de colaboradores voluntarios, casas base, brigadistas y parteras de cada comunidad, fortaleciendo la red comunitaria de salud.

Servicios que presta

Una Brigada Médica Móvil que se moviliza a una comunidad brinda exactamente los mismos servicios que se ofrecen en el Centro de Salud de; municipio, con excepción de los exámenes de laboratorio y la hospitalización que por su naturaleza solamente pueden ser brindados en algunos Centros de Salud que tienen condiciones para ello.

- Captación de mujeres embarazadas para control prenatal.
- Consulta sobre morbilidad general.
- Vacunación y rescate de niños y niñas inasistentes de Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Planificación Familiar.
- Control de Crecimiento y Desarrollo.
- Entrega de medicamentos esenciales, según disponibilidad y patologías atendidas.
- Charlas informativas y educativas sobre problemas de salud que tenga la comunidad.
- Toma de gota gruesa.
- Tomar muestras de agua, y repartir cloro.
- Extracción dental (cuando disponen de odontólogo)
- Revisión de maletines a parteras.
- Toma de PAP (en algunas salidas y sólo algunos municipios)

Para poder ofrecer estos servicios en las comunidades, una Brigada Médica Móvil requiere de recursos humanos, materiales y equipos que garanticen el desarrollo de las actividades con un mínimo de calidad, pero que a su vez puedan ser usados y trasladados sin daños en los vehículos con que cuentan las unidades de salud.

Personal que participa

El tipo y cantidad de personal que se moviliza guarda correspondencia directa con los Programas y servicios que se brindan, mencionados en el acápite anterior. En la generalidad de los municipios una Brigada Médica Móvil es un equipo de 6 a 7 personas que se movilizan desde la unidad de salud, siendo los siguientes:

Personal institucional:

- Un Médico que en la mayoría de los casos es quien coordina el equipo.
- Un Enfermera o enfermero.
- Un Educador o educadora
- Un Auxiliar responsable de CPN
- Un Auxiliar responsable de CCD

Personal de apoyo:

- Un Conductor o un panguero en la RAAS

Eventualmente, según disponibilidad participan uno o más de los siguientes recursos:

- Un Odontólogo
- Un Despachador de farmacia.
- Un Higienista o Epidemiólogo
- Un Estadística.

Personal comunitario:

- Brigadistas de salud de la comunidad a visitar.
- Promotores o líderes comunitarios.

Eventualmente:

- Colaboradores voluntarios.
- Parteras

Organización

A lo interno de cada municipio el personal institucional y comunitario se encuentra organizado por sectores geográficos, en los cuales se agrupan varias comunidades. En algunos sectores hay Puestos de Salud y en otros solamente Casas Base donde se brindan algunos servicios elementales.

Periodicidad de las salidas

La frecuencia de las salidas también es variable, oscilando desde 4 hasta 8 ó 10 en el mes que es el número máximo que se reporta. En un alto porcentaje el número de salidas está directamente vinculado a la disponibilidad de recursos para viáticos, combustible, así como disponibilidad de transporte.

La decisión de cuándo salir y qué lugares visitar se toma en los consejos de dirección del municipio, lo cual se comunica inmediatamente a los afectados de acuerdo a un rol elaborado según la programación de la unidad en general. ¹²

6.7 Proceso Metodológico

La participación social se concibe como un proceso metodológico en el cual se definen fases que se diferencian entre sí de acuerdo a su propósito y acciones específicas. El proceso debe de ser amplio y que involucre a grupos organizados, voluntarios, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, de servicio y a la comunidad en general, a fin de mejorar la salud y desarrollo integral.

6.7.1 Motivación, promoción y organización

Objetivo

Preparar a la comunidad y a todos los actores sociales para desarrollar con ellas las condiciones favorables que la induzcan a participar en forma activa, consciente y organizada, en el proceso de participación social.

¹² Sistematización de Brigadas Médicas Móviles en los SILAIS de León, Chinandega, RAAS, Nueva Segovia, Estelí y Madriz. 1,998.

Acciones

- a) Capacitar a todos los actores sociales sobre las diferentes fases de proceso metodológico.
- b) Elaborar inventario de organizaciones comunales, organismos gubernamentales y no gubernamentales, instituciones publicas y de servicio que permita ver si la comunidad esta a no organizada, si esta dispuesta a trabajar en SILOS.
- c) Si la comunidad carece de organización y/o la existencia es pasiva, organizarla y/o reforzarla en el desempeño activo y pleno, para lograr mejorar las condiciones de salud y desarrollo de su comunidad.
- d) Proporcionar información básica a todos los actores sociales y comunidad, que oriente sobre los Sistemas Locales de Salud, estrategias de participación social, participación comunitaria y la interrelación de ambos, así como temas que se consideran necesarios para el fortalecimiento del proceso.
- e) Capacitar a grupos organizados y a la comunidad, sobre aspectos de salud y desarrollo que facilite comparar conocimientos técnicos y empíricos que permitan modificar actitudes y practicas que benefician la salud individual y colectiva.
- f) Utilizar los distintos medios de comunicaron a fin de incentivar y proyectar estímulos externos que conlleven a la motivación de las fuerzas internas del individuo, con un sentido positivo, logrando así el cambio de actitudes favorables y la participación de todos los actores sociales.

6.7.2 Diagnóstico participativo

Objetivo

Que los actores sociales y la comunidad identifiquen las necesidades y problemas, con el fin de priorizar y dar una solución conjunta.

Acciones

- a) Los actores sociales investigarán y analizarán la realidad en que desempeñen sus actividades, compartiendo conocimientos y experiencias, logrando así un diagnostico situacional.
- b) Se tomara en cuenta a todas las instituciones, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, dando énfasis en el apoyo al equipo de salud local y comunidad a la que pertenecen los SILOS.
- c) Capacitación previa a los que serán responsables de la investigación diagnostica delimitando las áreas específicas.

- d) Diseñar instrumentos de investigación que permitan obtener la información necesaria que responda a las necesidades de la población.
- e) Ejecutar la investigación, seleccionando las personas más idóneas para tal función y conformando comisión o grupos de trabajo.
- f) Al terminar la recopilación de datos y realizar el análisis, conclusiones y recomendaciones, darías a conocer a todos los actores sociales y a la comunidad.

6.7.3. Planificación participativa

Objetivos

Establecer con la comunidad y los actores sociales los objetivos, metas, estrategias y actividades así como los recursos necesarios y responsables de las tareas a desarrollar para la solución de los problemas.

Acciones

- a) Efectuar reuniones de coordinación entre todos los actores sociales para analizar la problemática y priorizarla.
- b) Plantear las alternativas de solución a cada problema, haciendo uso de todos los recursos disponibles.
- c) Capacitar a los responsables del diseño del Plan, programas y/ o proyectos a fin de que respondan a los objetivos y faciliten su ejecución.
- d) Diseñar programas y proyectos factibles de realizar a corto plazo y mediano plazo para dar solución a problemas urgentes y prioritarios.
- e) Formar comisiones de trabajo, las cuales signaran responsabilidades a cada integrante o grupos de los actores sociales.
- f) Gestionar el apoyo político, técnico y financiero para que los proyectos se desarrollen con calidad y se obtengan mejores resultados.
- g) Elaborar guías para diseño de perfiles y de proyectos, así como obtener los existentes de organismos que ofrecen apoyo.
- h) Evaluar todo el proceso de planificación de acuerdo a los objetivos planteados en esta fase.

6.7.4 Ejecución participativa

Objetivo

Desarrollar los diferentes planes, programas o proyectos involucrados a todos los actores sociales y a la comunidad, a fin de dar solución a los problemas con plena participación.

Acciones

- a) Organizarse para la ejecución reconociendo las condiciones, habilidades y destrezas de cada individuo y grupo, para conformar las diferentes comisiones de trabajo, definiendo las tareas que cada uno puede desempeñar.
- b) Establecer coordinación con todos los actores para decidir y desarrollar los proyectos, si fuese necesario simultáneamente uno o más proyectos.
- c) Cada grupo decidiera las estrategias y el ritmo de trabajo, de acuerdo a las metas programadas.
- d) Realizar una capacitación u orientación previa de cada grupo, según el área que le compete.

6.7.5 Evaluación y monitoreo

Objetivos

Dar seguimiento continuo y verificar los grados de avances del proceso de participación, obstáculos y el impacto del mismo, dando énfasis a la evaluación de cada fase de la metodología planteada.

Acciones

- a) Diseñar instrumentos de supervisión, evaluación y seguimiento del proceso en las diferentes fases.
- b) Evaluar cualicuantitativamente antes, durante y después de casa acciones, realizando las modificaciones o ajustes necesarios oportunamente.
- c) Informar a todo nivel los avances y resultados de todas las acciones.
- d) Evaluar todo el proceso de investigación en todos sus aspectos logros, fallas, rol de cada participante, etc., a fin de retroalimentar el proceso.¹³

¹³ Organización Panamericana de la Salud. Participación Social en Sistemas de Salud. SF.

6.8 EVALUACION DEL IMPACTO DE LAS ACCIONES

VARIABLE	INDICADORES
a. Instituciones	<p>a.1 Niveles de participación de la comunidad (diagnóstico- programación- ejecución- evaluación.</p> <p>a.2 Número y especialidad de los trabajadores de la salud que desarrollan la Estrategia de Participación Social.</p> <p>a.3 En cuántos y cuáles de los programas que se desarrolla en el Centro de Salud, interviene la comunidad. Características de esa intervención.</p>
b). Grupos organizados	<p>b.1 Permanencia de los grupos en el trabajo de salud</p> <p>b.2 Como caracterizan los grupos, los grupos organizados, su participación en los programas de salud.</p> <p>b.3 Que opinan los grupos organizados, su participación en programas de salud.</p> <p>b.4 Formas de trabajo realizadas en los grupos antes y después de aplicar la Estrategia de Participación Social.</p> <p>b.5 Disposición de los grupos organizados para continuar desarrollando la Estrategia de Participación Social.</p>
c) Comunidad	<p>c.1 Que logros considera la comunidad que llevó la Estrategia de Participación Social.</p> <p>c.2 Que contribuciones tuvo la Estrategia de Participación Social</p> <p>c.3 Que relación existe entre la Estrategia y las necesidades sentidas por la comunidad.</p> <p>c.4 Disposición de la comunidad para incorporarse en la Estrategia de Participación Social.</p> <p>c.5 Que cambios se han obtenido con la estrategia en la situación de salud comunal.</p>

VII. DISEÑO METODOLOGICO

a) TIPO DE ESTUDIO:

El Trabajo que ha continuación se presenta es un estudio cualitativo, en el que se rescata la percepción de informantes claves del Ministerio de Salud que ha sido utilizado como insumo básico por la Dirección de Servicios de Salud del MINSA para la elaboración de una metodología de Trabajo Comunitario a partir de la experiencia acumulada de los trabajadores de la salud del Nivel Central, SILAIS y Municipios participantes en el presente estudio.

b) UNIVERSO:

El estudio tiene alcance nacional, se consideraron 17 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), donde se sistematizó las experiencias de los trabajadores de la salud a través de percepciones de informantes claves en aspectos de organización, ejecución y evaluación de las actividades de Trabajo Comunitario ó de terreno para posteriormente ser retomadas en una metodología única construida a través de la participación y el consenso de los recursos de salud involucrados en la estrategia para que sirva de base teórica, oriente y facilite el Trabajo Comunitario.

c) MUESTRA:

Los SILAIS seleccionados para el estudio son: Chinandega, León, Estelí, Nueva Segovia y Madriz.

d) CRITERIOS DE INCLUSION:

SILAIS donde existe presencia del Proyecto Prosilais del Minsa que cuentan con una amplia participación comunitaria en salud.

Informantes Claves del Nivel Central, Sede SILAIS y Municipios con 5 ó más años de experiencia en Trabajo de Terreno y participación comunitaria.

e) MOMENTOS DEL ESTUDIO:

1. Revisión de bibliografía nacional e internacional sobre participación comunitaria en actividades de salud y otros documentos necesarios para la investigación.
2. Revisión de instrumentos de registro de actividades del trabajo comunitario, utilizados por el Ministerio de Salud en las últimas dos décadas.
3. Elaboración de entrevistas estructurada con preguntas abiertas y cerradas, dirigidas a informantes claves del Ministerio de salud del Nivel Central, Silais y Municipios.
4. Registro, procesamiento y análisis de la información.

5. Discusión de los resultados con representantes de los diferentes SILAIS del país.
6. Validación de la metodología propuesta por representantes de los diferentes SILAIS y Direcciones específicas del nivel Central (tres sesiones de 2 días cada una)
7. Firma Ministerial y publicación del documento orientado al personal de salud como normativa de Trabajo Comunitario.

f) **METODOLOGÍA DE TRABAJO:**

El Trabajo fue coordinado por una médico general con la participación de tres encuestadoras, siendo las mismas Enfermeras profesionales con mención en materno infantil.

Se aplicó entrevista a informantes claves del Ministerio de Salud del Nivel Central, Sede Silais y Municipios de los Silais seleccionados. Para lo cual se tomaron en cuenta solamente aquellos actores con experiencia y conocimientos de lo que ha sido la participación comunitaria en salud a través del involucramiento de los agentes comunitarios en las acciones de salud impulsadas en el trabajo de terreno realizado por el personal de salud.

Inicialmente se entrevistaron los informantes del Nivel Central, posteriormente se realizó desplazamiento a los Silais seleccionados para entrevistar a gerentes de las Sedes Silais y al final se realizaron entrevistas a personal administrativo y operativo de los Municipios seleccionados. Todo este proceso de recolección de información fue ejecutado en un período de un mes.

En dicho trabajo investigativo se rescató las percepciones de informantes claves del Ministerio de salud, a partir de sus experiencias acumuladas en participación comunitaria a través del Trabajo de Terreno, con el fin de poder estandarizar los procesos por medio de una metodología única de Trabajo Comunitario que contemple tanto el aspecto gerencial como operativo.

COMPONENTES	DESCRIPTORES	N. CENTRAL	SILAIS	MUNICIPIOS
ASPECTOS GERENCIALES Y DE CONTROL	CONCEPTO BASICO TRABAJO COMUNITARIO	Opinión de actores claves del Primer Nivel de Atención	Opinión de miembros del equipo de Dirección	Opiniones de los trabajadores de base
	ELEMENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN	Niveles Administrativos y funciones haciendo énfasis en el N.Central	Niveles administrativos y funciones Principales y Silais	Propuesta de niveles administrativo y funciones nivel local
	TIPO DE PLANIFICACION	Opinión sobre la planificación con énfasis en la nacional	Tipo de planificación y participación con énfasis en el nivel Silais	Participación, periodicidad de la planificación Local.
	MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION	Herramienta para la supervisión y evaluación, periodicidad y participación	Herramienta para la supervisión y evaluación, periodicidad y participación	Herramienta para la supervisión y evaluación, periodicidad
CAPACITACION EN EL TRABAJO COMUNITARIO	METODOLOGIA TEMATICAS Y DE CAPACITACION	Definir metodología participación y temas con énfasis en el nivel Central	Definir metodología participación y temas con énfasis en el Silais	Definir metodología participación y temas importantes para el nivel local
ACTIVIDADES DE PROMOCION, PREVENCIÓN ATENCION, RECUPERACION Y REHABILITACION	ACTIVIDADES PROPUESTAS	Actividades operativas	Actividades operativas	Actividades operativas
ASPECTOS RELACIONADOS A LOS RECURSOS HUMANOS	ATRIBUTOS DE LOS RECURSOS HUMANOS	Requisitos del trabajador	Requisitos del trabajador	Requisitos del trabajador
	PERFILES DE SALUD Y COMUNITARIOS	Perfiles participantes	Perfiles participantes	Perfiles participantes
HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS PARA EL TRABAJO OPERATIVO	SECTORIZACION MAPA DEL SECTOR DIAGNOSTICO DE SALUD DEL SECTOR DATOS ESTADISTICOS CENSO POBLACION HOJA DE RUTA INFORMES INDICADORES DEL TRABAJO COMUNITARIO	Percepción de la utilización de herramientas e instrumentos implementados en la práctica y agregar otras propuestas	Percepción de la utilización de herramientas e instrumentos implementados en la práctica y agregar otras propuestas	Percepción de la utilización de herramientas e instrumentos implementados en la práctica y agregar otras propuestas

	EQUIPAMIENTO SEGUN MODALIDAD	Equipos para el terreno	Equipos para el terreno	Equipos para el terreno
--	---------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Procesamiento de datos:

Para el procesamiento de datos se utilizó metodología cualitativa, revisando cada encuesta y separándolas por niveles administrativos del MINSA, consolidando información por nivel de atención tomando en cuenta todo lo expresado por los entrevistados.

El análisis de los datos se trabajó en matrices de salida y además se elaboraron formularios propuestos por los entrevistados para la parte operativa del trabajo comunitario.

También se tomó en cuenta la metodología de trabajo comunitario aprobada por Ministerio de salud como resultado de la encuesta de percepción aplicada a trabajadores de la salud para elaborar metodología de trabajo comunitario.

PROGRAMACION DE RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

- Una computadora a tiempo completo para:
- Levantamiento de texto
- Registro de la información
- Calculadora manual
- Material de oficina
- vehículo para viajar a los departamentos seleccionados
- Combustible
- tres encuestadores
- 1 investigadora principal
- viáticos de alimentación
- secretaria para elaboración del documento
- Apoyo de un conductor

VIII RESULTADOS

8.1 DATOS GENERALES:

Las Entrevistas realizadas fueron aplicadas en tres niveles administrativos del Ministerio de Salud: Nivel Central, Sede de 5 SILAIS y 2 municipios de cada SILAIS participante en el estudio. Los Informantes claves entrevistados fueron un total de 100 personas cuyas entrevistas se distribuyeron de la siguiente manera: 13% para el Nivel Central, 21% para las Sedes de los SILAIS y 66% para el nivel operativos ó Municipios.

Nivel Central del Ministerio de Salud:

Se entrevistaron 13(13%) personas con los siguientes cargos: Responsables de programas (4) (Salud Mental, Atención a la Mujer y niñez, Programa Ampliado de inmunizaciones y Vigilancia Epidemiológica), responsables de Dirección específica (dirección del Primer Nivel de Atención y Responsable de programa de enfermedades no transmisibles) (2) y funcionarios de la parte técnica (5).

Los perfiles de los entrevistados son: médicos 5 (38%), enfermeras 7 (54%) y pedagogo 1 (8%).

Sede SILAIS:

Se realizaron 21 (21%) entrevistas a trabajadores de la salud con los cargos siguientes: 1 director de SILAIS, 2 administradores de salud, 10 responsables de programas, 2 responsables de docencia, 6 recursos con otros cargos.

Los perfiles profesionales corresponden a médico especialista (1)(5%), médicos generales (9)(43%), enfermeras (7)(33%), higienistas (2)(9.5%) y recursos con otros perfiles (2)(9.5%).

Municipios:

El total de entrevistas realizadas en los Municipios son: 66 (66%), cuyas personas poseían los cargos que a continuación se detallan: Responsables de Programas (25), personal de apoyo a programas (22), responsables de Puestos de salud (4), directores municipales (2), responsables de enfermería (2), educadores (2), médico asistencial (1).

Los perfiles profesionales y técnicos de los entrevistados fueron: Enfermeras (24)(36%), Auxiliares de enfermería (23)(35%), Médicos Generales (13)(20%), otros perfiles (6)(9%).

8.2 PERCEPCION SOBRE CONCEPTO DE TRABAJO COMUNITARIO POR NIVELES ADMINISTRATIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

CONCEPTO DE TRABAJO COMUNITARIO	
NIVEL CENTRAL	Acciones que se realizan en el seno de la comunidad con su participación y en coordinación intersectorial para la promoción, prevención, asistencia y recuperación de la salud, ofertando servicios a la comunidad con enfoque de riesgo y dirigido a los sectores más vulnerables a través de la participación con el usuario, su ambiente y el prestador de servicio. Debe ser ejecutado y supervisado tomando como base el plan de salud del nivel local con el propósito de mejorar la calidad de la salud de la población.
SEDE SILAIS	Es una actividad realizada por un equipo de trabajadores de la salud dirigido a la promoción, prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación de la salud de la población la cual se realiza con la participación de la comunidad organizada
MUNICIPIO	Son todas las actividades que se realizan en la comunidad orientadas a la promoción, prevención, captación y control de enfermedades transmisibles que se realizan de forma integral al individuo y la comunidad. Con estas actividades se promueve la salud en la población a través de visitas domiciliarias, ampliando los programas que oferta el ministerio tales como asistencia médica en el terreno, realizar vacunación, ver problemas de higiene del medio, realizar muestreo de malaria, dar tratamiento a febriles, etc. Este trabajo en el terreno es importante para conocer la caracterización social, económica, epidemiológica del sector que permite la elaboración del diagnóstico de salud de la comunidad.

8.3 ACTIVIDADES QUE SE PUEDEN REALIZAR EN EL TRABAJO DE TERRENO

OPINIONES POR NIVELES ADMINISTRATIVOS DEL MINSA	
NIVEL CENTRAL	<p>Actividades propias del trabajador de la salud con apoyo de la comunidad, principalmente de promoción y prevención, que modifiquen hábitos de vida que hagan conciencia en la población de sus problemas de salud y garanticen el abordaje integral, a través de atención ambulatoria al individuo, familia, comunidad y medio ambiente con su respectivo seguimiento y evaluación.</p> <p>Para lograr este propósito se realizan diferentes actividades entre ellas: Atención a la niñez, mujer, inasistentes a programas, medicación según normas y programas, actualización de censos, educación a adolescentes, embarazadas, brigadistas, parteras, consultas médicas individuales.</p>
SEDE SILAIS	<p>Principalmente actividades de promoción de la salud, así como captación de pacientes para programas, dar seguimiento a programas y realizar actividades integrales desde educación en salud hasta brindar consultas médicas. Además organizar la comunidad para actividades de protección del medio ambiente para el cuidado de la salud en general.</p>
MUNICIPIOS	<p>Actividades propias de la salud para brindar apoyo a la comunidad, en cuanto a como se puede cuidar la salud.</p> <p>Ejemplo de esto: inmunizaciones, captación de pacientes susceptibles o en riesgo, control de foco, actividades educativas, medicación para la malaria, atención a la mujer y niñez, búsqueda de pacientes inasistentes de programas, capacitación a trabajadoras del sexo en temas relacionados a la prevención de ETS, charlas sobre lactancia materna, controles de crecimiento y desarrollo. También se puede brindar asistencia médica en el terreno, atención a problemas de higiene de la comunidad, tomas de muestras de malaria, tratamiento a febriles, capacitación de adolescentes. Etc.</p>

8.4 ¿QUIÉN DEBE COORDINAR EL TRABAJO COMUNITARIO?

OPINIONES POR NIVELES ADMINISTRATIVOS DEL MINSA	
NIVEL CENTRAL	<p>El 40% de los entrevistados opinaron que quien debe coordinar el trabajo comunitario es el médico responsable de unidad de salud por que es quien tiene mayor jerarquía.</p> <p>El 60% de los entrevistados opinaron que la Enfermera responsable de la unidad de salud es idónea a llevar la coordinación del Trabajo Comunitario por su capacidad de conducción y responsabilidad que ha demostrado históricamente, por su capacidad de integración en actividades preventivas y curativas, por su experiencia en el territorio y por estar en mayor contacto con la población.</p>
SEDE SILAIS	<p>Un 40% de los entrevistados en las Sedes de los SILAIS, expresaron que la coordinación del Trabajo Comunitario debe ser llevada por el Director médico de la unidad de salud.</p> <p>Un 40% opinó que a quien debe encomendársele esta responsabilidad es la jefa de enfermería.</p> <p>Un 10 % opinó que la coordinación debe ser encargada a un auxiliar de enfermería con experiencia en Trabajo Comunitario.</p> <p>Un 10% opinó que todo el equipo municipal debe estar a cargo de la coordinación.</p>
MUNICIPIO	<p>De los entrevistados en los municipios, un 26% opinó que la coordinación debe estar a cargo del Director de la unidad de salud, así mismo un 26% expresó que se le debe encomendar a la jefa de enfermería, un 21% piensa que es la enfermera de programa quien debería coordinar, 12% opinó que es el médico asistencial es el recomendado para esta labor, 9% el epidemiólogo, 6% otros.</p>

8.5 CARGOS Ó RESPONSABILIDADES DEL TRABAJO COMUNITARIO

RESPUESTAS DE LOS INFORMANTES CLAVES DE LOS TRES NIVELES ADMINISTRATIVOS

El 99% de los entrevistados (Nivel Central, Sede SILAIS y Municipios) opinaron que las responsabilidades que deben existir en el Trabajo Comunitario son: **El Coordinador y el supervisor** y un 95 % de los mismos piensan que es también importante nombrar la responsabilidad de **ejecutor** que se refiere al trabajador de la salud que hace el trabajo operativo en el terreno.

8.6 ¿QUIÉNES DEBERÍAN PARTICIPAR EN EL TRABAJO COMUNITARIO?

RESPUESTAS DE LOS ACTORES POR NIVELES ADMINISTRATIVOS DEL MINSA

NIVEL CENTRAL	Médicos, Enfermeras, auxiliares de enfermería, nutricionistas, trabajadores sociales, sicólogos, epidemiólogos y otros profesionales y técnicos de la salud; así como actores sociales como brigadistas, alcaldes etc.
SEDE SILAIS	Todos los trabajadores de la salud: Médicos, Enfermeras, Nutricionista, trabajador social, higienista, odontólogo, fisioterapeuta, educador; así como líderes comunales, parteras, brigadistas, etc.
MUNICIPIOS	Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, higienistas, epidemiólogos, odontólogos, educadores, agentes comunitarios. Todo el equipo de salud conformado por el personal de salud y la comunidad.

8.7 ¿SOBRE LA BASE DE QUE ASPECTOS DEBE PLANIFICARSE EL TRABAJO COMUNITARIO Y QUIENES DEBEN PARTICIPAR?

OPINION DE ACTORES POR NIVELES ADMINISTRATIVOS DEL MINSA	
NIVEL CENTRAL	<p>Se debe realizar un plan de actividades en el ámbito local, tomando en cuenta el perfil higiénico - Sanitario de la población, considerando el enfoque de riesgo, identificando problemas de salud de la comunidad, tratando de incidir en ellos de manera conjunta a través de la promoción y prevención.</p> <p>Son varias las disciplinas que pueden contribuir a la planificación del trabajo comunitario o de terreno, tales como un coordinador responsable en conjunto con el puesto de salud y la comunidad, abordando la problemática de salud de forma intersectorial.</p>
SEDE SILAIS	<p>Sobre la base de la problemática de salud, al perfil epidemiológico y basándose en las necesidades de los programas.</p> <p>En la planificación deben participar todo el equipo responsable del trabajo comunitario en el SILAIS.</p>
MUNICIPIOS	<p>Sobre la base de las necesidades de la comunidad, a la problemática de salud de la población y coberturas de los programas.</p> <p>Deben de planificar el Director municipal, equipo de Dirección y el equipo de salud involucrado en el trabajo de terreno o comunitario, incluyendo en la misma a los responsables de sectores.</p>

8.8 ¿CUÁL ES LA FINALIDAD Ó PROPÓSITO DEL TRABAJO COMUNITARIO?

PERCEPCIÓN DE ACTORES ENTREVISTADOS POR NIVELES ADMINISTRATIVOS DEL MINSA	
Nivel Central	<p>Mejorar la captación y coberturas de los programas, a través de la ejecución de actividades de promoción y prevención.</p> <p>Facilitar la comunicación entre el personal de salud y la comunidad, educando en salud y modificando conceptos errados, involucrando a la población en la identificación de sus problemas de salud, así como reducir las oportunidades perdidas y poder detectar oportunamente enfermedades transmisibles para evitar su propagación. Evaluar progresivamente el estado de salud de individuos y grupos realizando vigilancia epidemiológica continuas a través de medidas de control para contribuir a la calidad de la atención.</p>
Sede SILAIS	<p>Mejorar la calidad de la atención y la cobertura de los servicios de salud, impactar en los problemas de salud, ofertar los servicios de salud del ministerio, prevenir los problemas de salud y disminuir la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles con actividades de terreno.</p>
Municipios	<p>Hacer llegar los servicios de salud a zonas poco accesibles, elevar coberturas de programas e impactar con acciones de salud en la problemática de la comunidad. Se pretende realizar acciones de promoción, prevención, adquirir liderazgo en las unidades de salud para sensibilizar a la población para que utilice los servicios de salud que brinda el ministerio de salud. También uno de sus propósitos es conocer la situación real de la comunidad para elaborar un diagnóstico de salud y mejorar la comunicación con la comunidad con el fin de mejorar el estado de salud de la población.</p>

8.9 ¿CÓMO DEBE REALIZARSE EL CONTROL DEL TRABAJO COMUNITARIO Ó DE TERRENO?

RESPUESTAS DE ACTORES POR NIVELES ADMINISTRATIVOS ENTREVISTADOS	
MINSA Central:	Debería estar controlado a través de monitoreo constante, evaluación y supervisión de actividades, sistema de información e investigaciones dirigidas, formatos generales para supervisar el trabajo de terreno, elaboración y seguimiento de indicadores que nos ayuden a medir las diferentes actividades realizadas en trabajo comunitario. Lo cual al final debe divulgarse.
Sede SILAIS:	Supervisión directa de actividades en el terreno a través de guías de supervisión e informe de todas las actividades de forma periódica.
Municipios:	Supervisión, informes, productividad, evaluaciones, hoja de ruta, plan de trabajo, cuaderno de control y expedientes clínicos.

8.10 ACTIVIDADES SUGERIDAS, PARA REALIZARSE EN:

Promoción	
Nivel Central	Principalmente actividades educativas como charlas relacionadas a temas específicos de la salud personal y de higiene del medio, así como consultas de programas preventivos.
Sede SILAIS	Charlas educativas, asambleas, promoción de oferta de servicios y de programas del ministerio de salud.
Municipios	Educación sobre enfermedades inmunoprevenibles, higiene personal y del medio ambiente, promoción de los servicios del ministerio mediante afiches, folletos, etc.

8.10.1

Prevención	
Nivel Central	Educación sobre hábitos de vida saludables, inmunizaciones, abatizaciones, medicaciones masivas, jornadas de limpieza, etc
Sede SILAIS	Vacunación, control de focos, jornadas de limpieza, control del agua y educación sanitaria
Municipios	Charlas educativas sobre enfermedades transmisibles, realizar controles de foco, medicación masiva, inmunización, brigadas ambientalistas, visitas domiciliarias, casas bases, seguimiento a pacientes dispensarizados y desparasitación en jornadas de salud

8.10.2

Asistencia	
Nivel Central	Atención insitu, visitas domiciliarias, intervención temprana, búsqueda de casos, seguimiento de pacientes, etc.
Sede SILAIS	Brindar consultas en el trabajo de terreno, control de atención integral a mujer, niño y dispensarizados.
Municipios	Ofertar programas, tratar adecuadamente al paciente, consulta de morbilidad, VPCD, CPN y planificación familiar, mejorar la calidad de la atención, preparar a parteras y Col- Vol, asistencias a demandas de la población, brigadas médicas para atención directa en el terreno.

8.10.3

Recuperación	
Nivel Central	Educación, modificación del entorno, seguimiento al cumplimiento del tratamiento, seguimiento a pacientes egresados de los hospitales.
Sede SILAIS	Atendiendo adecuadamente los casos, visitas casa a casa y evaluación del estado de salud, individual y colectiva.
Municipios	Seguimiento a pacientes atendidos en unidades de salud, intervenir en problemas de alcoholismo, transmisión de enfermedades, orientar sobre alimentación, medicación, medidas higiénicas, fortalecer clubes de dispensarizados, romper cadena epidemiológica, prevención a susceptibles, actividades afines a la recuperación del individuo, capacitar a Col Vol y parteras. Integración de la sociedad, recuperar oportunidades perdidas, referencia de pacientes, etc.

8.10.4

Rehabilitación	
Nivel Central	Modificación física, administrativa, legal y cultural para la reinserción de rehabilitados a la sociedad, terapia ocupacional, etc.
Sede SILAIS	Atención a discapacitados, alcoholismo, drogadicción, formando multiplicadores para educación comunitaria.
Municipios	Dar seguimiento a pacientes con problemas de salud. Involucrar a la comunidad en la rehabilitación del paciente y su inserción en la sociedad. Atender problemas de alcoholismo, drogadicción, prostitución, discapacitados, etc.

8.11 ¿QUE INSTRUMENTOS CREE, SE PUEDEN UTILIZAR PARA FACILITAR EL TRABAJO DE TERRENO?

Respuestas de actores	
Nivel Central	Guía de trabajo, Censo poblacional, hojas de registro ambulatorio, hoja de ruta, expediente clínico
Sede SILAIS	Guía de trabajo, hoja de ruta, censo poblacional, hoja de registro ambulatorio, expediente clínico, mapa del sector, croquis actualizado, tarjetas activas, listados de pacientes.
Municipios	Guía de trabajo, censo, hoja de ruta, expediente, hojas de registro de estadística, sectorización, mapa epidemiológico, etc.

8.12 ¿QUÉ HERRAMIENTAS SON NECESARIAS PARA QUE EL COORDINADOR LLEVE CONTROL DEL TRABAJO COMUNITARIO?

Respuestas de actores	
Nivel Central	Supervisión directa, productividad, informes escritos, indicadores, plan de estímulos, evaluaciones, investigaciones operativas.
Sede SILAIS	Supervisión directa, productividad, informes escritos, indicadores, evaluaciones.
Municipios	Supervisión directa, productividad, informes escritos, indicadores

8.13 ¿ CÓMO SE DISTRIBUIRÍA AL PERSONAL PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE TERRENO Ó COMUNITARIAS?

Respuestas de actores por orden de frecuencia	
Nivel Central	Por Sectores, Comarcas y Zonas
Sede SILAIS	Por Sectores, Comarcas ó Barrios, Zonas
Municipios	Por Sectores, Comarcas, Barrios y Zonas

8.14 ¿QUÉ CRITERIOS SE DEBEN UTILIZAR PARA LA PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO COMUNITARIO?

Respuestas de actores por orden de frecuencia	
Nivel Central	Necesidades de los programas, administrativos financieros y epidemiológicos
Sede SILAIS	Financieros, necesidades de los programas y situación epidemiológica.
Municipios	Necesidades de los programas, administrativos financieros, epidemiológicos

8.15 ¿CADA CUANTO DEBE REALIZARSE LA PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO COMUNITARIO?

Respuestas de actores por orden de frecuencia	
Nivel Central	Sistemática (trimestral ó semestral) y anual
Sede SILAIS	Anual y semestral
Municipios	Sistemática (trimestral ó semestral) y anualmente

8.16 ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS DEBE REUNIR EL PERSONAL DE SALUD QUE REALIZA TRABAJO COMUNITARIO?

Respuestas de actores por orden de frecuencia	
Nivel Central	Conocimientos del terreno, disciplina, responsabilidad, disposición al trabajo en equipo, experiencia, saludable, ética, buenas relaciones interpersonales
Sede SILAIS	Conocimientos del terreno, responsabilidad, disciplina, disposición al trabajo en equipo, experiencia en trabajo comunitario, comunicativo, edad menor a los 50 años
Municipios	Conocimientos del terreno, responsable, Disciplina, experiencia en trabajo comunitario, disposición al trabajo en equipo, amable, comunicativo, aptitud.

8.17 ¿QUE RECURSOS MATERIALES SE DEBEN DE LLEVAR AL TRABAJO DE TERRENO Ó COMUNITARIO?

Niveles del MINSA	Logísticos	Contenido del Maletín
Nivel Central	Transporte, combustible, viáticos, papelería, material educativo, etc	Equipar el maletín de acuerdo a la actividad que se va a realizar y tomando en cuenta los objetivos trazados previamente.
Sede SILAIS	Transporte, papelería, material educativo, libreta, lapiceros, etc	Tensiómetro, estetoscopio, centímetro, equipo de cirugía menor, material de reposición periódica, vacunas y medicamentos.
Municipios	Transporte, combustible, viáticos, papelería, tarjetas, cuaderno, lápiz, censo, lapiceros, recetas, bolsas plásticas, etc	Pesa, centímetro, foco, tensiómetro, estetoscopio, equipo de cirugía menor, medicamentos, vacunas, material de reposición periódica, etc

8.18 ¿ CÓMO DEBE INVOLUCRARSE A LA POBLACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL TRABAJO COMUNITARIO?

Respuestas de actores	
Nivel Central	Informándoles de sus problemas de salud y sensibilizarlos para su participación voluntaria, desde la planificación hasta la evaluación final. Identificando, brigadistas de salud, involucrando a parteras líderes comunitarios, involucrando a parteras e intervenir en los problemas como todo un equipo de salud.
Sede SILAIS	En talleres para líderes, capacitación para la educación en salud comunitaria, creación de casas bases, etc
Municipios	Talleres de capacitación con participación de la población, promoción de los servicios, Jornadas de salud, participación en tardes saludables, formación de líderes comunitarios, como alcaldes, Col Vol, parteras, etc. Sensibilización de la población para una participación más activa.

8.19 ¿ CUÁNTO TIEMPO SE DEBE DEDICAR AL TRABAJO COMUNITARIO?

Respuestas de actores	
Nivel Central	1 ó 2 veces por semana, 4 a 8 horas por salida, dependiendo del objetivo de la misma y de si la actividad es realizada en el campo o en la ciudad.
Sede SILAIS	4 veces al mes, 3 a 6 horas por salida, si es en la ciudad, si es en el campo depende de la accesibilidad de las comunidades.
Municipios	4 veces al mes, 8 horas por salida si actividad es a nivel urbano, en el campo depende de varios factores como accesibilidad, transporte, viáticos, etc.

8.20 ¿ QUÉ FORMATOS DEBERÍAN UTILIZADOS PAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL TRABAJO COMUNITARIO?

Respuestas de actores	
Nivel Central	Hoja de registro para actividades diarias, informes mensuales, formatos de consolidado por mes, indicadores del trabajo comunitario, etc
Sede SILAIS	Registro e Informe diario de actividades, registro e informe mensual de actividades.
Municipios	Informe diario de actividades, informe mensual de actividades, consolidado de trabajo comunitario por mes.

8.21 ¿QUÉ PARÁMETROS CONSIDERA IMPORTANTE PARA LA EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS?

Respuestas de actores por orden de prioridad	
Nivel Central	Indicadores de Trabajo comunitario, Informe de actividades, desempeño, registro de actividades realizadas.
Sede SILAIS	Desempeño de los recursos humanos, informe de actividades, indicadores de trabajo comunitario, registro de actividades.
Municipios	Informe de actividades, desempeño, registro de actividades realizadas, indicadores del trabajo comunitario

8.22 ¿CADA CUANTO DEBE EVALUARSE EL TRABAJO COMUNITARIO O DE TERRENO?

Respuestas de actores por orden de prioridad	
Nivel Central	La mayoría opinó que de forma trimestral.
Sede SILAIS	La mayoría opinó que de forma mensual
Municipios	La mayoría opinó que de forma mensual

8.23 ¿QUÉ TIPO DE CAPACITACIÓN SUGIERE PARA EL TRABAJO COMUNITARIO?

Respuestas de actores por orden de prioridad	
Nivel Central	La mayoría prefiere los talleres.
Sede SILAIS	La mayoría prefiere los talleres
Municipios	La mayoría prefiere los seminarios

8.24 ¿QUÉ TIPO DE PERSONAL DEBE SER CAPACITADO PARA PARTICIPAR EN TRABAJO COMUNITARIO?

Respuestas de actores	
Nivel Central	Personal de salud, actores sociales , brigadistas y comunidad en general
Sede SILAIS	Personal de salud, actores sociales, brigadistas y la comunidad
Municipios	Personal de salud, brigadistas, actores sociales y comunidad

8.25 ¿QUÉ TEMAS DEBEN SER ABORDADOS EN LA CAPACITACIÓN?

Respuestas de actores	
Nivel Central	Organización comunitaria, gerencia, y organización de servicios para el trabajo comunitario, relaciones humanas, demanda de la población, sectorización, factores de riesgos, patologías presentes en el territorio, abordaje de problemas, metodologías de capacitación, planificación familiar, salud sexual y reproductiva, control prenatal, violencia intrafamiliar, rehabilitación con base en la comunidad, técnicas de monitoreo, supervisión y evaluación, trabajo en equipo, liderazgo.
Sede SILAIS	Enfermedades agudas y crónicas, inmunizaciones, planificación familiar, ETS- SIDA, Planificación y gerencia de servicios incluyendo el trabajo comunitario, factores de riesgos, control epidemiológico, violencia, drogas, Salud sexual y reproductiva.
Municipios	Enfermedad diarreica aguda, enfermedad respiratoria aguda, Enfermedades de la mujer y la niñez, control prenatal, ETS- SIDA, planificación familiar, salud sexual y reproductiva, Alto riesgo obstétrico, generalidades del trabajo comunitario, promoción y prevención, lactancia materna, Papanicolaou, enfermedades inmunoprevenibles, enfermedades infecto contagiosas, enfermedades de transmisión vectorial, relaciones humanas, organización en salud, organización comunal, elaboración de proyectos, medidas higiénicas sanitarias, embarazo en adolescencia, enfermedades crónicas no transmisibles, liderazgo, desarrollo comunitario, motivación.

IX ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

9.1 Aspecto General

Las entrevistas realizadas fueron aplicadas al Nivel Central por ser la parte administrativa y tener relevancia en aspectos de financiamiento, políticas de salud y normación del Trabajo Comunitario.

En la Sede SILAIS es importante conocer cómo ellos interiorizan la metodología de Trabajo Comunitario, como se organizan, planifican y evalúan la estrategia.

En las entrevistas municipales interesa la experiencia en el trabajo operativo ó de terreno y el cómo ellos pueden contribuir a elaborar una metodología de Trabajo Comunitario tomando en cuenta factores facilitadores y obstaculizadores encontrados por los mismos en el desarrollo de todo el proceso.

Los perfiles profesionales entrevistados son en orden de frecuencia: Personal de Enfermería, médicos, otros perfiles.

9.2 Concepto de Trabajo Comunitario

Los trabajadores de la salud, independientemente del nivel de ubicación en el ministerio han opinado que el trabajo comunitario debe realizarse en la comunidad y que este debe estar centrado a la promoción, prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación de la salud, que en el desarrollo de esta intervención debe participar activamente la comunidad y que este tipo de trabajo debe ser dirigido con enfoque de riesgo a los sectores más vulnerables de cada territorio y que este al mismo tiempo permite al trabajador de la salud y la comunidad la elaboración del diagnóstico de salud comunitario.

9.3 Actividades del Trabajo Comunitario

Las actividades principales del trabajo comunitario según la opinión de los entrevistados,

Deben estar encaminadas a la promoción y prevención.

En todos los niveles del MINSA hacen referencia a que debe realizarse un abordaje a la salud individual, familiar y comunitaria de forma integral. Se hace mucho énfasis a la educación en salud, captación de pacientes inasistentes a los programas; así como atención directa al usuario y algo muy llamativo es la referencia a la atención del medio ambiente.

9.4 Coordinación del Trabajo Comunitario

En general todos opinan que los que deberían coordinar el trabajo comunitario son los Médicos responsables de unidades y las jefas de Enfermería.

9.5 Cargos o responsabilidades en el Trabajo Comunitario

Todos opinan que debe existir un coordinador, supervisores y ejecutores del trabajo comunitario.

El coordinador quien organiza, coordina la planificación, seguimiento y evaluación. También dirige todas las estrategias y acciones relacionadas al trabajo comunitario.

El supervisor, persona encargada del seguimiento de los recursos humanos ejecutores y de las actividades planificadas para el trabajo comunitario y que a su vez participa en la planificación y evaluación de todo el proceso.

El ejecutor, personal de salud que realiza la parte operativa del trabajo comunitario, pero que participa en la planificación y en la evaluación del mismo.

9.6 Participantes en el trabajo comunitario

Las respuestas de todos los entrevistados de los diferentes niveles administrativos del Ministerio de salud con relación a este tema están orientadas a que el trabajo comunitario debe ser un trabajo de equipo conformado por diversas disciplinas en salud y que además debe involucrarse otros actores sociales tales como brigadistas, parteras, alcaldes y otros líderes comunitarios.

9.7 Aspectos a considerar en la planificación y participantes en la misma.

Los aspectos que mencionaron los entrevistados deben de tomarse en cuenta antes de planificar son: Perfil epidemiológico del territorio, problemas de salud de la población, necesidades de los programas y necesidades de la comunidad.

En la planificación del trabajo comunitario deben involucrarse el personal de salud encargado del trabajo comunitario (coordinador, supervisores, ejecutores), de ser posible al equipo de Dirección municipal ó de SILAIS y además se debe contar con la participación de la comunidad organizada.

9.8 Propósito del Trabajo Comunitario

Se mencionan aspectos interesantes como:

Mejorar la calidad de la atención y la cobertura de los servicios de salud, haciendo llegar los servicios a zonas de difícil acceso, ofertando promoción y prevención en salud, educando en salud, modificando conceptos errados e involucrando a la población en la identificación de sus problemas de salud, mejorando coberturas de los

programas, disminuyendo oportunidades perdidas, realizando vigilancia epidemiológica y mejorando la comunicación del personal de salud y la comunidad con el fin de alcanzar un mejor estado de salud de la población.

Estas respuestas indican que los actores del trabajo comunitario en el ministerio de salud están claros que estas actividades deben estar bien dirigidas y deben ser realizadas con criterios de riesgo, que deben ser focalizadas a zonas con problemas de accesibilidad y lugares donde las coberturas de programas estén bajas, que deben tomarse en cuenta también criterios epidemiológicos.

Otro aspecto importante es que las actividades de terreno deben ser básicamente de promoción y prevención y que en la identificación de problemas de salud deben estar presentes actores comunitarios.

También el trabajo comunitario es una oportunidad que tiene el trabajador de la salud para mejorar la comunicación con la comunidad.

9.9 Control del Trabajo Comunitario

Todos los participantes de las entrevistas consideran necesario el control del trabajo comunitario el cual debe ser realizado a través del monitoreo, supervisión y evaluación del mismo.

Se mencionan herramientas e instrumentos claves para cumplir con ese control y son: Sistema de información, formatos de supervisión, indicadores, informes, planes de trabajo, evaluaciones, entre otros.

Esto indica que los diferentes actores del trabajo comunitario en el ministerio creen necesario que debe realizarse un seguimiento exhaustivo a los planes de trabajo, aspectos operativos, indicadores y sistema de información relacionado al trabajo comunitario, los cuales deben ser tomados en cuenta al momento de la evaluación.

9.10 Actividades del Trabajo Comunitario

9.10.1 Promoción: En la promoción en salud la actividad que más se menciona es la educación

Comunitaria, la promoción de la oferta de servicios del MINSA, así como aspectos relacionados a salud ambiental.

9.10.2 Prevención: Educación en salud, abatización, medicaciones masivas, jornadas de limpieza, jornadas de salud, control de agua, control de focos, brigadas ambientalistas, visitas domiciliarias y atención a casas bases.

9.10.3 Asistencia: Brindar atención en el terreno como: consultas, controles de los programas, búsqueda y seguimiento de casos.

9.10.5 Recuperación: Educación, seguimiento a egresos hospitalarios, visitas domiciliarias, fortalecer clubes de adolescentes, madres y dispensarizados, referencia de pacientes, actividades para la reintegración del individuo a la sociedad.

9.10.6 Rehabilitación: Educación comunitaria, atención a discapacitados, alcoholismo, prostitución, drogadicción etc. Involucrar a la comunidad en el proceso de la rehabilitación y reinserción del individuo a la sociedad.

Con todas las opiniones vertidas por los actores claves del ministerio en trabajo comunitario son evidentes que ellos ven el trabajo comunitario como una gran fortaleza institucional y al mismo tiempo una oportunidad debido a que participa la comunidad en todo su desarrollo.

Se ve al trabajo comunitario desde una óptica integradora de los aspectos relacionados a la salud comunitaria. Por un lado se parte que la actividad principal del trabajo comunitario es la de promoción y prevención. Dentro de las mismas, la educación en salud es la pieza fundamental en todo el proceso. Sin embargo todos los niveles del MINSA consideran pertinente realizar actividades asistenciales, de recuperación y de rehabilitación en el trabajo comunitario. Lo cual tiene un propósito clave, que es la crear individuos sanos, familias sanas en ambientes saludables.

No se ve al individuo como un ser separado de la familia ni de la sociedad misma, por lo tanto se aborda la atención de los mismos desde una perspectiva integral y al cual se le realiza su seguimiento hasta la comunidad a la que pertenece.

9.11 Instrumentos facilitadores

Los instrumentos facilitadores del trabajo comunitario que hacen referencia los diferentes actores están estrechamente ligados a su práctica de trabajo de terreno y la mayoría ligados al PIAAS (Plan Integral de actividades en el área de salud), utilizado en los años 80, el cual dejó muchos avances en la organización del trabajo de terreno a través de la libreta del sector y además los actores mencionan diferentes herramientas técnicas que se utilizan actualmente para un mejor dominio de los territorios asignados.

Parten desde lo más mínimo como lo es una guía de trabajo, un censo poblacional, hojas de registro ambulatorio, hoja de ruta, expediente clínico y mapa del sector hasta caer en algo más amplio como lo es el diagnóstico de salud, la sectorización, mapa epidemiológico y sistema de información.

9.12 Control del trabajo comunitario

Las respuestas de todos los entrevistados indican que en general todos están de acuerdo de que debe existir un seguimiento de las intervenciones en salud realizadas a través del Trabajo Comunitario para conocer el impacto que este tiene en los problemas de salud de la comunidad.

Este seguimiento debe ser realizado según opinión de los participantes en las entrevistas por medio de supervisión directa en el trabajo de terreno, producción de

servicios, monitoreo de informes escritos, indicadores, estímulos realizados, investigaciones operativas y evaluaciones.

9.13 Distribución del personal en las actividades de terreno

La respuesta a esta interrogante está basada en la experiencia de los actores y según lo que a ellos le ha dado mejor resultado en la práctica.

Para comenzar todos opinaron que la mejor manera de organización del Trabajo comunitario es la atención de la población asignada a través de la sectorización de territorios de asignación, los cuales incluyen barrios, comarcas ó zonas.

La lógica de la sectorización es poder asignar sectores al personal de salud responsable del trabajo comunitario con el fin de que los mismos conozcan bien sus territorios asignados, atiendan y den seguimiento a todas las intervenciones en salud realizadas en su sector.

Ésta lógica ha sido utilizada desde los años 80 y el personal la propone como una de las partes medulares para tener avances en la salud comunitaria.

9.14 La Planificación del trabajo comunitario

Es evidente que las opiniones sobre la planificación del trabajo comunitario giran en torno a la relación de la planificación con las necesidades de los programas, situación administrativa financiera y principalmente tomando en cuenta los factores epidemiológicos de la población. Además que la misma debe realizarse de forma sistemática y de preferencia semestralmente y anualmente según respuesta de los entrevistados. Otro detalle muy importante es que debe ser muy participativa involucrando a todos los actores del trabajo comunitario sin obviar la participación comunitaria.

9.15 Características del personal de salud que participa en el trabajo comunitario

Las respuestas de los participantes de las entrevistas hacen referencia a que el personal participante en esta estrategia debe cumplir con un mínimo de requisitos o cualidades personales ubicando dentro de las mismas como puntos fundamentales el conocimiento del territorio asignado, la experiencia en trabajo comunitario, responsabilidad y disciplina, disposición al trabajo en equipo y con buenas relaciones interpersonales.

Algo importante de mencionar sobre algunos requisitos manifestados por los actores claves, pero que fue referido como otros aspectos importantes lo constituyó las buenas condiciones físicas, la aptitud para el trabajo de campo y una edad menor a los 50 años.

En general se puede evidenciar que los diferentes niveles administrativos del ministerio tienen la misma visión sobre los requisitos que debe reunir el trabajador de la salud que

participa en el trabajo comunitario. No se puede mandar al terreno a personal que no conozca el territorio, que no tenga buenas relaciones con la comunidad y que se le dificulte el trabajo en equipo. Con respecto a la experiencia es importante, pero se puede prescindir de ese requisito siempre y cuando la persona reúna los mencionados anteriormente.

Con relación al requisito de la edad y condiciones físicas del personal, los entrevistados manifestaron algunas dificultades en zonas rurales de difícil acceso y en algunas actividades que requieren esfuerzos físicos.

Estas dificultades implican obstáculos en el cumplimiento de algunas actividades y del tiempo requerido para las mismas lo cual genera en algunas ocasiones poco impacto de las acciones de salud, sobre todo en las zonas poco accesibles.

9.16 Recursos Materiales del Trabajo de Terreno ó comunitario

Los actores los dividen en dos tipos: Recursos logísticos y Contenido del Maletín

En los logísticos se menciona principalmente el transporte y combustible para el desplazamiento del personal a sus respectivos territorios ó a zonas rurales, viáticos para el personal que sale a trabajo de campo y el resto de materiales giran en torno a las funciones o roles de cada recurso, tales como: Papelería impresa, material educativo, libreta, lapicero, lápiz, etc.

El contenido del maletín del trabajo comunitario es definido de acuerdo a la modalidad del trabajo adoptado, si es en el campo o es en la ciudad, si es de promoción y prevención o si es de atención integral a la comunidad.

Estos requerimientos fueron definidos sobre la base de las experiencias vividas por los actores en el trabajo de terreno y se pretenden sean incluidos en el presupuesto de cada municipio, SILAIS y Nivel Central con el fin de que se garantice el cumplimiento de los objetivos de ésta importante estrategia.

9.17 Involucramiento de la población en el trabajo comunitario

El planteamiento de los entrevistados es que para que la población participe se debe comenzar por la sensibilización para su participación voluntaria en la búsqueda de resolución a sus problemas de salud, organizando a la comunidad y participando en todas las etapas necesarias para el impulso del trabajo comunitario en salud, desde la capacitación, planificación, ejecución y evaluación de las actividades relacionadas a este tema.

9.18 Tiempo disponible para el trabajo comunitario

La opinión de los entrevistados de los diferentes niveles está estrechamente relacionada a su práctica en el trabajo de terreno, la cual estipula que deben realizarse al menos cuatro salidas de terreno por mes , para lo cual este personal cuenta con incentivos de trabajo de terreno que equivale a un 40% del salario.

Existe otra variante que también es tomada en cuenta por los entrevistados y son las salidas integrales que se realizan a zonas de difícil acceso, que requieren de varios días de trabajo en algunas ocasiones para lo cual se cuenta con viáticos para el personal de salud pero que son realizadas de manera menos frecuente por los costos que esta conlleva.

Por las razones antes mencionadas es que el tiempo disponible está en dependencia si el trabajo es realizado en la ciudad o en el campo, de la accesibilidad y los recursos financieros, materiales y humanos.

Se puede deducir que si la actividad es realizada en la ciudad, el tiempo disponible recomendado es de 3 a 8 horas por cuatro veces al mes.

Si el trabajo es en zonas de difícil acceso el tiempo adecuado mínimo es de un día de trabajo y será de varios días cuando el equipo de salud lo considere necesario.

9.19 Sistema de Información del trabajo comunitario

Para llevar información de las actividades realizadas a través del trabajo comunitario se recomienda la utilización de las hojas de registro de actividades diarias, los informes mensuales cualitativos y cuantitativos, consolidado mensual e indicadores del trabajo comunitario.

Esta propuesta del personal entrevistado surge ante la inquietud de los mismos sobre la ausencia de registros del trabajo comunitario y por lo tanto la falta de seguimiento por parte del nivel central a las actividades comunitarias; por lo tanto los actores proponen formatos que pueden dar salida a esta problemática y que se presentan en los anexos.

9.20 Evaluación del trabajo comunitario y de los recursos humanos

La mayoría opinó que el trabajo comunitario debe ser evaluado sistemáticamente, de forma trimestral y con la participación activa de líderes comunitarios y personal de salud involucrado en el trabajo comunitario.

Para evaluar a los recursos humanos es importante para los entrevistadas la realización de evaluación al desempeño tomando en cuenta parámetros relacionados con su trabajo como indicadores de su territorio, informes de actividades, registro de las actividades, etc.

Este esfuerzo indica a que se quiere mejorar la capacidad y desempeño de los recursos humanos y al mismo tiempo evaluar el impacto de esta estrategia en los problemas de salud de la población y poder además identificar debilidades que pueden ser superadas mediante nuevas intervenciones conjuntas en salud comunitaria.

9.21 Capacitación para el trabajo comunitario

La metodología más conveniente para capacitación a los diferentes actores del trabajo comunitario según los trabajadores entrevistados es : Talleres y Seminarios, probablemente por el tiempo disponible en los mismos, lo cual es importante para la inclusión de varios temas pertinentes de acuerdo al tipo de capacitando y además estos incluyen generalmente participación activa y práctica.

Las capacitaciones deberán estar dirigidas a los diferentes actores, como son: Personal de salud, actores sociales, brigadistas y comunidad en general.

Los temas de capacitación que proponen los entrevistados no giran solo en torno a patologías sino que como conocedores del objetivo del trabajo comunitario recomiendan otros temas importantes para el desarrollo del trabajo comunitario, como son: la organización comunitaria, gerencia de servicios para el trabajo comunitario, relaciones humanas, motivación, liderazgo, trabajo en equipo, demanda de la población, monitoreo, supervisión y evaluación. Además se mencionan temas de interés como la violencia intrafamiliar, rehabilitación con base en la comunidad, etc.

X CONCLUSIONES

1. El trabajo Comunitario es considerado por los trabajadores de la salud como uno de los elementos esenciales del Primer Nivel de atención, orientado a la búsqueda de problemas de salud y sus alternativas de solución, a través de acciones de Salud; dirigidas a comunidades y grupos de riesgos, realizado en el seno de la comunidad por el personal de salud y la participación comunitaria.
2. La parte medular del trabajo comunitario es la promoción y educación en salud. No obviando que en la modalidad de trabajo comunitario realizado en zonas de difícil acceso (campo ó áreas rurales) deben realizarse actividades que conlleven a una atención integral del individuo, familia y comunidad con el fin de disminuir oportunidades perdidas, aumentar coberturas y satisfacer la demanda de los usuarios.
3. El trabajo Comunitario debe organizarse de acuerdo a los niveles administrativos existentes en el MINSA y debe ser coordinado por la dirección del Primer Nivel de atención y dirección de Enfermería. De igual manera en el nivel local debe estar coordinado por el director médico ó la jefa de Enfermería.
4. El Trabajo Comunitario debe ser un trabajo realizado en equipo, en el deben participar diferentes perfiles de salud, de acuerdo al objetivo que se pretende alcanzar y el mismo debe ser acompañado activamente por el personal comunitario designado por la población para que los represente.
5. La sectorización es considerada por los expertos en trabajo comunitario como la mejor manera de organizar este trabajo con el fin de optimizar los recursos, tomando en cuenta la problemática de cada sector.
6. El personal que participa en el trabajo comunitario debe reunir un mínimo de requisitos o cualidades entre ellos conocimiento del terreno, responsabilidad, disciplina, experiencia, disposición al trabajo en equipo, buenas relaciones interpersonales.
7. El trabajo comunitario requiere de medios logísticos y de maletín para el trabajo operativo, lo cual debe programarse de acuerdo al tipo de actividad que se vaya a realizar y en correspondencia con los objetivos de la misma.
8. El sistema de información del Ministerio de salud debe incluir aspectos relacionados al trabajo comunitario, así como definir formatos estandarizados e indicadores que sean utilizados en la toma de decisiones.
9. La capacitación es uno de los componentes más importantes en el Trabajo comunitario la cual tiene que estar dirigida a todos los actores involucrados debiéndose seleccionar temas de interés común y específicos considerando las particularidades de cada sector.

XI RECOMENDACIONES DE LOS ACTORES

1. En la estrategia de Trabajo comunitario debe existir un plan de incentivo para el personal de salud y plan de estímulo para los agentes comunitarios que participan con el fin de reconocer y dar mérito al buen desempeño de los diferentes actores de esta importante intervención en salud.
2. Se debe garantizar al personal de salud las condiciones laborales básicas para el mejor desarrollo de la estrategia de trabajo Comunitario, tales como: Transporte y otros recursos logísticos.
3. Es importante tener cuidado en no crear una nueva estructura solo para el trabajo comunitario porque esta actividad o estrategia es parte del trabajo funcional del ministerio de salud.
4. Realizar encuentros inter- SILAIS para hacer intercambios de experiencias con relación al desarrollo del trabajo comunitario en cada localidad.
5. Realizar visitas a localidades que tengan experiencias interesantes, que generen aprendizaje y puedan ser retomadas ó puesta en práctica en otros territorios.
6. Sistematizar las experiencias del Trabajo comunitario en cada SILAIS, incorporando el trabajo el trabajo realizado por el trabajador de la salud y las formas de participación comunitaria y social en el desarrollo de todo el proceso.
7. Realizar foros o debates nacionales para discutir la temática del Trabajo comunitario en salud, donde estén representados todos los sectores que participan en el mismo.
8. Gestionar y discutir con sistema de información del Ministerio de salud, la incorporación de información del trabajo comunitario al SIMINSA.
9. Elaborar Norma y Manual operativo de Trabajo Comunitario y capacitar al personal de salud en el manejo de las mismas.
10. Construir indicadores sobre Trabajo Comunitario, revisar los mismos y actualizarlos según necesidad y contexto.
11. Capacitar a todos los trabajadores de la salud involucrados en trabajo comunitario en las principales normas del Ministerio de salud, sobre todo las que tengan que ver con la atención.
12. Realizar evaluaciones al desempeño de forma periódica con el fin de contribuir a la calidad de la atención a través del trabajo comunitario.

XII BIBLIOGRAFIA

1. Canales de Francisca et al. Metodología de la Investigación: Manual para el desarrollo del personal de salud. Colombia. OPS/OMS. 1986.
2. Centro Latinoamericano de Trabajo Social. Trabajo Social Participación Comunitaria. Lima, Perú. CELATS. 1985.
3. Espinoza José Ramón et al. Salud Comunitaria: Conceptos, métodos y herramientas. Nicaragua. CIES, Acción Médica Cristiana, 1990.
4. González Dagnino Alfonso et al. Calidad Total en Atención Primaria en salud. Madrid, España, Ediciones Díaz de Santos.1994.
5. Hall Joanne E, et al. Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de Sistema Washington D.C. OPS/OMS ,1990.
6. ketele Jean Marie de. Méthodologie du recueil d' information. Bruxelles, De Boeck & Larcier 1996.
7. Lemaire, Francois. Accès aux soins et justice sociale. París Francia. Flammarion Médecine – Sciences, 1997.
8. Nicaragua. La Gaceta.NO 206. Reglamento Ley 290. Ministerio de Salud. 1998.
9. Nicaragua, Ministerio de Salud. Atención Integral a la Mujer y la Niñez, Manual Operativo. Managua, MINSa. 1995.
10. ----- Análisis del sector salud. Nicaragua, MINSa/OPS. 2000
11. ----- Creación de los Consejos Consultivos de los Sistemas Locales de atención Integral a la Salud. Acuerdo Ministerial 43-98. Managua, MINSa. 1998.
12. ----- Dirección General de Atención Médica. Manual del Puesto Médico, Managua, MINSa, 1993.
13. ----- Dirección General de Higiene y Enfermedades Transmisibles, Departamento de Control de Tuberculosis. Manual de Programa de Control de Tuberculosis. Managua, MINSa. 1993.
14. ----- Estudios para el fomento de la participación ciudadana. Managua. MINSa / PMSS. Banco Mundial y BID, 2000.
15. ----- Lineamiento para el Programa de Control de Malaria. Managua, MINSa, 1993.
16. ----- Manual para la promoción y desarrollo de las casas bases. Managua, MINSa,1995.
17. ----- Manual de Cargos y Funciones. Managua, MINSa. 1996.
18. ----- Manual de la Partera. Managua, MINSa, 1990.
19. ----- Manual de técnicas y procedimientos de enfermería en la atención integral. Dirección General de Enfermería. Managua, MINSa, 1996.
20. ----- Modelo Normativo de Centro de Salud. Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud, Managua, MINSa, 1993.
21. ----- Plan Integral de Atención del Area de Salud, Libreta de Sector. Dirección General de Atención Médica. Managua, EDINSa, 1981.

22. ----- Política Nacional de Salud 1997 -2002. Managua, PMSS. Banco Mundial y Reino de Noruega.1997.
23. ----- Programa de Atención a pacientes con enfermedades Crónicas No Transmisibles. Managua, MINSA. 2000
24. ----- Resolución Ministerial No. 75. Organización del Primer Nivel de Atención de Salud. Managua, MINSA.1989.
25. ----- Sistema Nacional de Monitoría, Supervisión y Evaluación. Managua, MINSA. Banco Mundial,1996.
26. ----- Sistematización de Brigadas Médicas Móviles en los SILAIS: Estelí, Matriz, Nueva Segovia, Chinandega, León y RAAS. Managua, PROSILAIS.OPS/ UNICEF .1998.
27. Olivas Cruz Bertilda et al. Análisis prospectivo de la práctica de Enfermería de Nicaragua. MINSA - OPS/OMS. s.f
28. Organización Panamericana de la Salud. "Atención Primaria en Salud" México, OPS/OMS, 1989.
29. ----- Como escribir y publicar trabajos científicos. Washington DC OPS/OMS 1990.
30. ----- Participación Social en los Sistemas de Salud. Washington DC, OPS, s.n.t.
31. ----- Participación Social en Salud. Managua, OPS/PROSILAIS. s.f.
32. ----- Políticas Públicas Saludables. Washington DC, OPS/OMS, s.n.t.
33. ----- Programación de las actividades de inmunización. Washington DC OPS/OMS, Módulo IV. Programa Ampliado de Inmunizaciones. S.f.
34. Pineault, Raynol y Dovelvy, Corde. La Planificación Sanitaria: Coceptos, métodos, estrategias. México D.F. Ciencia y Cultura Latinoamericana ,1995.
35. Piura Julio. Introducción a la metodología de la investigación científica, 2ª. ed. CIES, Managua. 1995.
36. Revilla Ahumada, L de la; Siles Román, M.D. y López Fernández, L.A. Participación e intervención comunitaria. pp: 130-143. En: Martín Zurro, A y Cano Pérez , J. F. Atención Primaria: Concepto, Organización y Practica Clínica. Tomo I, 4ª ed. Madrid, España. HARCOURT BRACE. 1994.

ANEXOS

Anexo 1

GLOSARIO

GLOSARIO

Asistencia:

Acciones que realiza el trabajador de la salud dirigidas al individuo, la familia y la comunidad a través de atención directa.

Brigadas Integrales Móviles:

Es un esfuerzo conjunto que realiza el personal de salud para brindar cobertura de servicios a territorios poco accesibles, donde participan diferentes perfiles de salud para llevar a estas localidades atención integral y de calidad. El número y composición de las brigadas estarán en dependencia del objetivo y disponibilidad de recursos. Las salidas de la mismas deben ser programadas, sistemáticas e integrales contando con la participación social.

Capacitación:

Es una estrategia del Ministerio de Salud que se desarrolla en el Primer Nivel de Atención en coordinación con el programa de Educación Permanente donde se da preparación técnica al personal de salud y la sociedad organizada que realiza actividades para la salud comunitaria.

Censo:

Es la estadística poblacional del sector, utilizada para mantener actualizada la información de la población blanco del sector. Para realizar el censo hay que apoyarse en la comunidad organizada de cada municipio, comarca, sector.

Comunidad:

Es un grupo poblacional identificado con necesidades o intereses comunes que puede o no ocupar un espacio físico común y que poseen algunas formas de organización con diversas funciones que le permiten satisfacer sus necesidades.

Contrarreferencia:

Informe escrito de reconocimiento, valoración, tratamiento y peritaje realizado; así como su resultado e indicaciones que se deben seguir al paciente, en su nivel de atención original.

Control de Foco:

Son acciones inmediatas que se realizan para interrumpir la cadena de transmisión de un brote epidémico. El control de foco incluye la investigación del mecanismo de transmisión, acciones de control, prevención en los posibles contactos y destrucción de posibles fuentes de infecciones.

Diagnóstico de Salud:

Es la caracterización particular del municipio, comarca ó sector del cual se brinda información, para conocer la situación de salud y planificar las acciones de intervención que se pueden realizar en el trabajo para la salud comunitaria.

Enfoque de riesgo:

Es un método que se emplea para medir la necesidad por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud.

Ejecución:

Es el proceso de desarrollo de las acciones y actividades que realizan los trabajadores de la salud, para garantizar el cumplimiento de los objetivos del trabajo en salud comunitaria.

Estilos de vida:

Una manera general de vivir, basada en la acción recíproca entre condiciones de vida y pautas individuales de conducta, determinada por factores socioculturales y características personales.

Estructura Poblacional:

Determina la composición por edad y sexo de una población específica, cuya importancia radica en identificar problemas, grupos de riesgos; así como permitir tomar decisiones y planificar actividades de salud para incidir en los problemas de salud de la población.

Evaluación:

Es la medición y comparación de la estructura de los procesos y los resultados obtenidos con respecto a los objetivos, metas o indicadores preestablecidos para analizar el impacto del trabajo en salud comunitaria en la situación de salud de la población.

Factores de riesgo:

Condicionantes, individuales, colectivas y del ambiente que favorecen el riesgo.

Indicadores:

Expresión cuantitativa y cualitativa que permite detectar y medir parcial o totalmente un comportamiento. Característica que se puede medir es un número, una tasa, un índice, un porcentaje o una razón que nos permite medir la magnitud de un fenómeno.

Mapa:

Se refiere al croquis del sector dividido en zonas y con sus respectivos puntos de referencias. El mapa del municipio será establecido por el Director del SILAIS ó MUNICIPIO en coordinación con la Alcaldía Departamental o Municipal.

Monitoreo:

Proceso de vigilancia continua ó periódica del cumplimiento de objetivos, metas y actividades establecidas para el trabajo comunitario, a fin de contribuir en el proceso de toma de decisiones oportunas.

Planificación:

Acción y efecto de planificar. Es la técnica que coordina de forma general los diferentes procesos que se requieren para cumplir objetivos y metas propuestas, identificando los medios que se deben emplear. Generalmente son de largo plazo anual, trienal, quinquenal.

Prevención:

Son acciones de identificación y captación de personas con factores de riesgo para el establecimiento de medidas profilácticas, así como el cuidado del medio ambiente para contribuir a reducir riesgos y complicaciones de la salud en la comunidad.

Promoción de la salud:

Es la suma de acciones de la sociedad, los servicios de salud, las autoridades sanitaria, otros sectores sociales ó productivos, encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Programación:

Establecer un programa o fijar las diversas actividades o elementos de una determinada acción. Establece objetivos y metas específicas; generalmente es de mediano plazo: semanal, quincenal, mensual.

Recuperación:

Retorno de la salud del individuo, la familia y la comunidad a través de la detección temprana de daños a la salud, brindando atención oportuna mediante el tratamiento y exámenes complementarios.

Rehabilitación:

Acciones que se realizan para controlar y dar seguimiento a pacientes discapacitados, recomendando medidas que faciliten la incorporación de éstos, a las actividades laborales y sociales, de acuerdo a su capacidad residual. Promover el abordaje integral mediante el fomento del enfoque psicosocial del individuo, evitando hábitos y estilos de vidas nocivos para la salud.

Referencia:

Es el mecanismo mediante el cual se traslada un paciente del nivel de menor resolución al nivel de mayor resolución, para dar respuesta a la demanda de salud de los pacientes.

Riesgo:

Probabilidad que tiene una persona, familia o comunidad de padecer un daño, enfermar o morir.

Sector:

Es la unidad territorial en que ha sido dividida el área de salud y posee característica poblacionales, socioeconómica, de riesgos definidos que le permitan planificar, ejecutar, controlar y evaluar de forma integral las actividades de salud.

Supervisión:

Proceso que facilita el cumplimiento adecuado de las normas motivando y apoyando al supervisado, para el desarrollo de sus potencialidades a fin de realizar el trabajo de la mejor manera posible.

Salud:

Es el resultado de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos - sociales que se dan en la sociedad. Es el producto de las interrelaciones que se establecen entre el hombre, el ambiente social y natural en el que vive.

Trabajo comunitario:

Es uno de los métodos de trabajo esenciales del Primer Nivel de Atención, su orientación es la búsqueda de los problemas de salud y sus alternativas de solución, a través de acciones de promoción, prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación; realizado en el seno de la comunidad, por el personal de salud con la participación plena y activa de la comunidad en todos sus momentos: Planificación, organización, ejecución y evaluación.

Esta actividad debe ser dirigida a comunidades y grupos priorizados.

Trabajo de Equipo:

Es aquel que busca aprovechar el conocimiento combinado de todo el personal, facilita la toma de decisiones de alta calidad, a la vez que motiva los miembros para colaborar plenamente en su ejecución.

Visita Domiciliar:

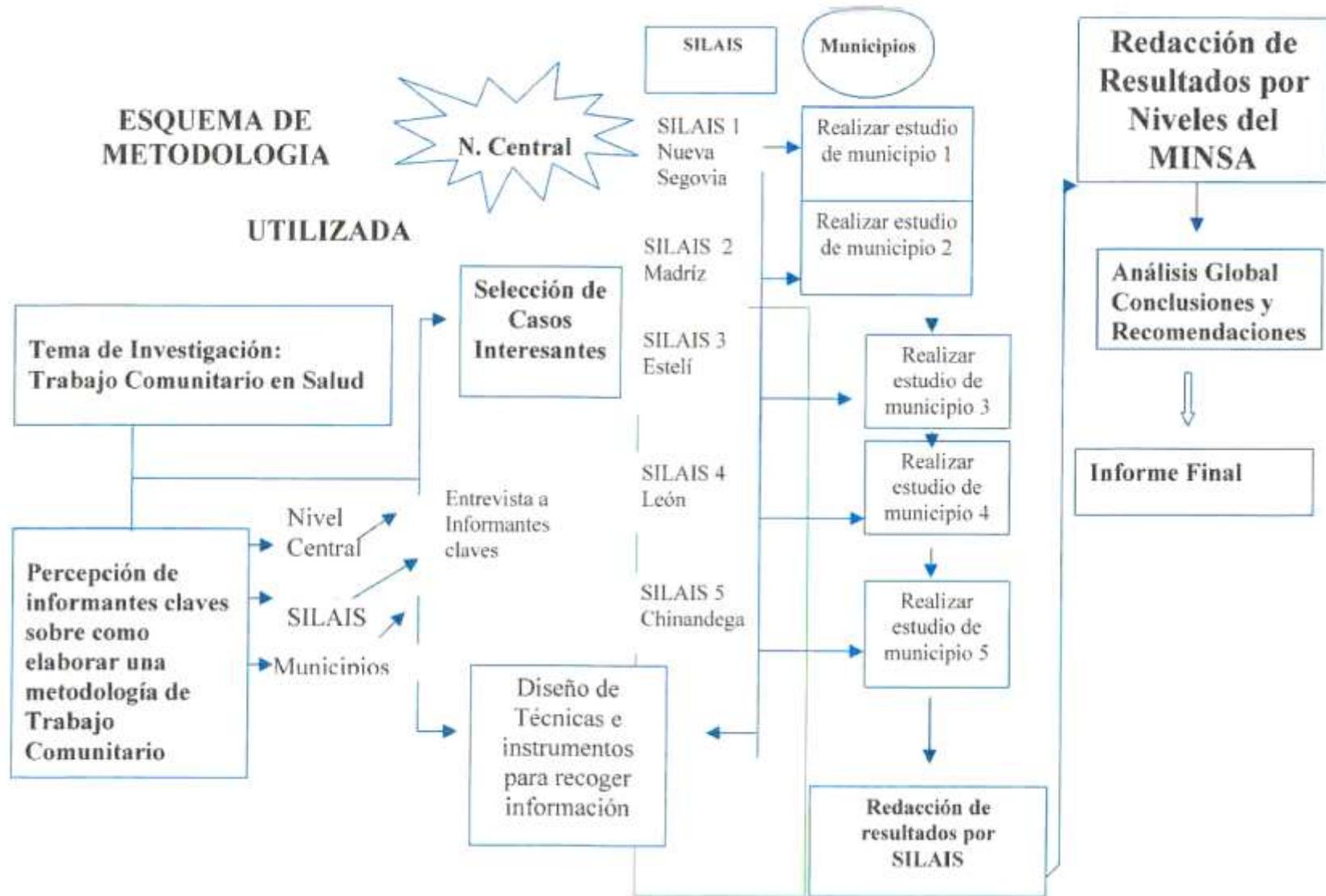
Es la atención que realiza el equipo de salud en el domicilio del usuario/a y su familia. Su finalidad es conocer el medio en el cual se desarrolla. Esto comprende lo físico, psicológico, económico y social. Las condiciones y estilos de vida son elemento importante en la salud de las personas desde una concepción integral de la salud; por lo que recomienda que el personal de salud contribuya con la ciudadanía a mantener un entorno saludable a través de promoción de la salud.

ANEXO 2

ESQUEMA DE DISEÑO METODOLOGICO DE TESIS

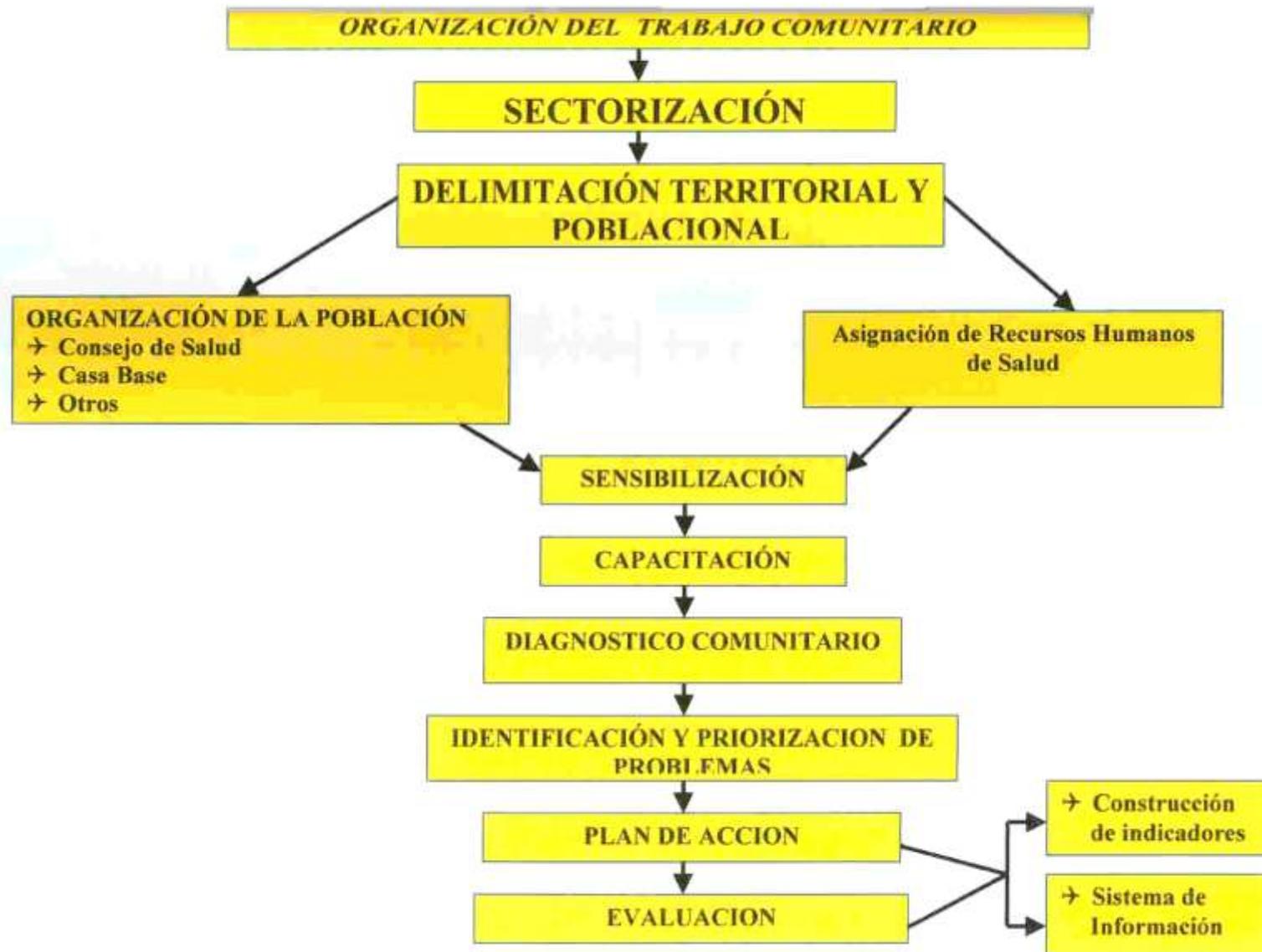
ESQUEMA DE METODOLOGIA

UTILIZADA

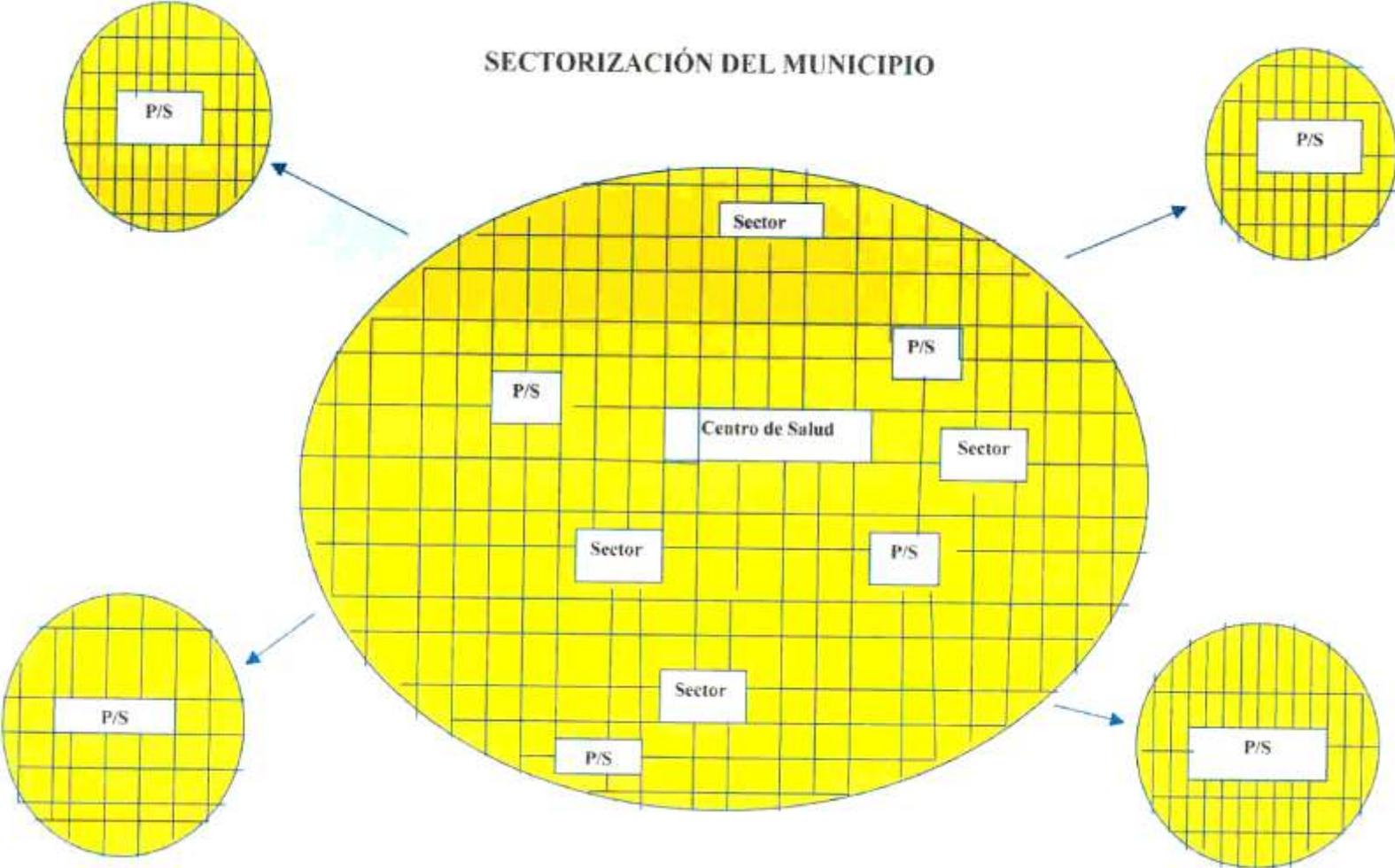


ANEXO 3

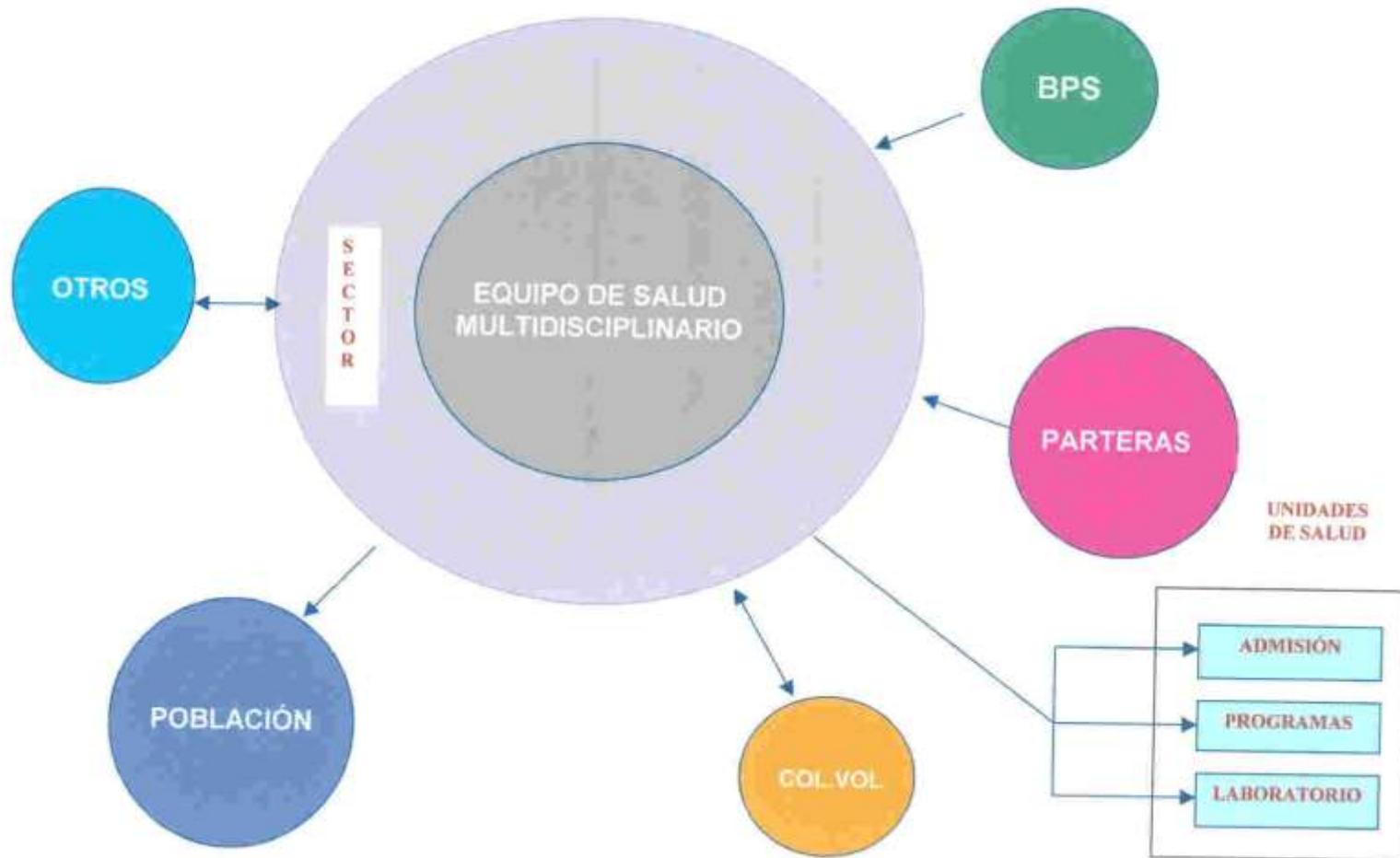
**PROPUESTA ESQUEMATICA SOBRE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO
COMUNITARIO**



SECTORIZACIÓN DEL MUNICIPIO



ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA



ANEXO 4

INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNOSTICO COMUNITARIO

MINISTERIO DE SALUD
Formato 001

Zona: _____ Guía: _____ Bo: _____
Comarca: _____ Sector: _____ Año: _____

INFORMACION BASICA DEL SECTOR

Limites geográficos del sector:

1. _____
Norte

Sur

Este

Oeste

2. Extensión territorial : _____ Km²

No. Barrios, Comarcas: _____
Población Total: _____ Habitantes: _____
Densidad de población: _____ Hab/Km²

MINISTERIO DE SALUD

Formato 002

MAPA DE SECTOR:

Municipio: _____ Unidad de Salud: _____

Sector: _____
(plasmar el mapa del sector que corresponda enfatizando los lugares de referencia más conocidos).

Población: _____

Menores de un año:

Menores de 5 años:

Adolescentes:

Mujeres en Edad fértil:

Mujeres embarazadas:

INSTRUCTIVO

- Se anotarán todos los datos que corresponden al sector.
- Se plasmará el mapa del sector con sus límites.

REPUBLICA DE NICARAGUA
 MINISTERIO DE SALUD
Formato 003
CENTROS DE TRABAJOS DEL SECTOR

Centro Salud: _____ Fecha: _____ Sector : _____ Barrio o Comarca: _____

NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO	RAMA		TIPO DE ADMINISTRACION		No. DE TRABAJADORES	VACUNA ANTITETANICA I DOSIS	VACUNA ANTITETANICA II DOSIS	VACUNA ANTITETANICA REFUERZO
	PRODUCTIVA	NO PRODUCTIVA	E	P				

Clave : E= Estatal
 P= Privado

REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
Formato 004
INFORMACION DEL SECTOR

Unidad:
Fecha:
Responsable:

NOMBRE DEL SECTOR	RECURSOS		
	CENTROS O PUESTOS DE SALUD	ORGANIZACIONES COMUNITARIAS EXISTENTES	No. de MIEMBROS
TOTAL:			

INSTRUCTIVO:

- Este formato servirá para mantener actualizada la información de la población estudiantil del sector.
- Inmunizaciones: se refiere al tipo de biológicos que se aplicarán en los Centros Escolares.
- Biológico: Poner el nombre del biológico que se aplicará.
- Dosis : Anotar el número de vacunados según dosis del biológico correspondiente.

INSTRUCTIVO:

- Esta información se recopilará en el trabajo comunitario en coordinación con epidemiología y sistema de información, para obtener datos más cercanos a los reales de cada variable por mes.

REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
Formato 007

POBLACION DEL SECTOR

Unidad:

Fecha:

Responsable :

GRUPOS DE EDADES	CENSADA	I.N.E.C.	TOTAL GENERAL
Menor de 1 año			
1 año			
2 - 4 años			
menor de 5 años			
5 - 9 años			
10 – 14 años			
15 – 19 años			
20 – 34 años			
35 – 49 años			
50 – 64 años			
65 años o más			
TOTAL GENERAL:			

INSTRUCTIVO:

Censada : Se refiere a la población real según censo realizado.

I.N.E.C. : Se refiere a la población Reportada por la División General de Planificación y Sistema de Información.

ANEXO 5

INSTRUMENTOS FACILITADORES DEL TRABAJO OPERATIVO EN LA COMUNIDAD

REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
Formato 009

I. GUIA DE TRABAJO

Localidad : _____ Sector _____ Unidad de salud: _____ Fecha: _____ Responsable:

NOMBRE	DIRECCION	ZONA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	OBSERVACION

INSTRUCTIVO

- Nombre: Nombre de la persona que se visita.
- Dirección : Anotar el domicilio que se visitará.
- Zona : Anotar nombre o número de la Zona.
- Objetivos : Se refiere al motivo de la visita que se realizará.
- Actividad : Son las acciones que realizarán para alcanzar el objetivo. (Localizar, referencia, vacunar, etc).
- Observación : Anotar los factores de riesgos (Ejm. Es un menor, un mal pronóstico, etc).

REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
Formato 010

HOJA DE RUTA

Centro de Salud: _____ Barrio o Comarca: _____ Realizado por: _____ Fecha: _____ Sector: _____

EXPED.	NOMBRE Y APELLIDOS	DIRECCION	ZONA	OBJETIVO DE VISITA	FECHA	HORA	OBSERVACION

INSTRUCTIVO:

- Expediente: Anotar Número de expediente si existe u otra codificación que sea utilizada en la unidad de salud.
- Nombre y apellidos: Anotar el nombre de la persona que se visitará.
- Dirección: Se anota la ubicación/domicilio.
- Zona : Anotar el número o nombre de la zona.
- Fecha : Anotar el día que se realiza la actividad.
- Hora : Anotar la hora en que se inicia la actividad y la hora en que se finaliza.
- Observación : Anotar lo más relevante de la actividad (no se encontró, se cumplió el objetivo nuevas captaciones).

INSTRUCTIVO:

Nombre:	Se pondrá el nombre ó # de expediente de la persona a quien va dirigida la actividad (paciente, familiares, etc.
Barrio:	El nombre del Barrio ó localidad.
Sector:	Anotar nombre o Número si está sectorizado.
Edad:	Edad cumplida.
Sexo:	Si es femenino ó masculino.
Fecha/hora:	Fecha y hora que se está efectuando la actividad.
Problema Identificado:	Necesidades o problemas que ameriten ser abordados
Act. realizado:	Todas las acciones que se realizan a causa del objetivo de la actividad. (Charlas, orientaciones, capacitaciones, captaciones, aplicación de biológico, referencias, etc)
No. de participantes:	Todos los afectados por las acciones que se hagan. (Cantidad de personas que reciben la acción, el grupo familiar, etc).
Tema impartido:	El contenido educativo de la actividad. (Anotar el nombre de los temas que se imparten, etc).
Observaciones:	Anotar lo especial de la actividad o cuando no se encuentre el objetivo de la actividad ó cuando sea referido, consignar el Diagnóstico. de la referencia.
Total:	Es el Consolidado del total de c/ acápite.



MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD
Formato 012

HOJA DE INFORME CUALITATIVO MENSUAL

CENTRO DE SALUD: _____ BARRIO: _____ SECTOR: _____ RESPONSABLE: _____

FECHAS	CONTENIDO



MINISTERIO DE SALUD

INSTRUCTIVO:

* Corresponde al resumen de las actividades realizadas en la comunidad por el ejecutor del trabajo Comunitario.

Fecha: Anotar la fecha del día en que se realizó la actividad.

Contenido: Se hará un narrativo cualitativo de las acciones que se realizaron para cumplir el objetivo asignado (charlas individuales, orientaciones, captaciones, observaciones del ambiente, etc).



MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD
Formato 013

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS CON ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

UNIDAD DE SALUD:

FECHA:

RESPONSABLE:

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	FECHA	CUMPLIDA		OBSERVACIONES
		SI	NO	

I. Normas de Trabajo Comunitario

INSTRUCTIVO:

- Actividades programadas: Se plasmará toda las actividades programadas con la comunidad y otras organizaciones.
- Fecha : Se anotará la fecha que se realizará la actividad.
- Cumplida : Se marcará con una (x) si se cumplió o no, al final del mes.
- Observaciones: Plasmar lo más relevante de la actividad programada.

INSTRUCTIVO:

Resumen mensual :	Es el resumen de todo lo realizado por el ejecutor y será consolidado por el coordinador.
SILAIS :	Anotar el nombre del SILAIS a que pertenecen.
C/S :	Anotar el nombre el nombre del municipio y C/S a que pertenece.
Responsable:	Anotar el nombre y firma del coordinador responsable.
Fecha :	Anotar la fecha en que se realiza el resumen.
Sector:	Se anota el nombre o # del sector.
Nombre de la comunidad:	Se anota el nombre de la Comunidad.
Zona :	Se anota el total de ZONAS visitadas.
# de Actividades Programadas:	Total de actividades programadas
# de Actividades ejecutadas:	Corresponde al total de actividades que realizó el personal de salud.
# de actividades de promoción:	Es el total de actividades de promoción ejecutadas del total de actividades.
# de participantes:	Es el total de participantes de la comunidad y del MINSA en las actividades.
REF:	Se refiere al total de referencias enviadas y el total de referencias atendidas.

INSTRUCTIVO:

Consolidado trimestral: Es el informe de todas las actividades mensuales que se van realizando en el Trabajo Comunitario, será evaluado por trimestre y será responsabilidad del coordinador.

- Se anotará en cada acápite el total de actividades solicitadas.

MINISTERIO DE SALUD
CONSOLIDADO CUALITATIVO DEL TRABAJO COMUNITARIO

Formato 016

INFORME TRIMESTRAL

SILAIS :

UNIDAD DE SALUD:

FECHA:

COORDINADOR:

FECHA	CONTENIDO (Incluir temas impartidos)

INSTRUCTIVO:

- Informe trimestral: Se plasman las actividades que se realizan en el mes que se evaluarán por trimestre.
- Consolidado cualitativo:
- Fecha: Se pone la fecha que se hace el informe.
- Contenido: Es un análisis cualitativo de lo más relevante que se realizó, se incluirán los temas que se impartieron.

ANEXO 6
PROPUESTA DE INDICADORES PARA EL TRABAJO COMUNITARIO

INDICADORES DE SALUD IMPORTANTES PARA EL TRABAJO COMUNITARIO

<u>/TERMINO/</u>	<u>/DEFINICION/</u>
Tasa bruta de Natalidad	$\frac{\text{No. de Nac. en el año}}{\text{Población a la mitad del año}} \times 100 \times 1000$
Tasa bruta de Mortalidad	$\frac{\text{No. de Muertes en un año}}{\text{Población a la mitad del año.}} \times 1,000, 100,000$
Tasa de Mortalidad especifica	$\frac{\text{No. de Muertes x esa causa/año}}{\text{Pop. a la mitad del año.}} \times 1,000, 10,000$
Tasa de mortal. materna.	$\frac{\text{No.muert.fem./puerp/año}}{\text{No.de nac. vivos/ año.}} \times 1,000,10,000,100,000$
Tasa de Mortalidad Infantil	$\frac{\text{No. de Muertes infantiles antes de cumplir 1 año durante 1 año}}{\text{No. de Nacidos vivos durante 1 año}} \times 1000$
Tasa de mortalidad Neonatal	$\frac{\text{No. de muertes de niños 0-27 días durante 1 año}}{\text{No. de nacidos vivos un año}} \times 1000$
Tasa de mortalidad perinatal.	$\frac{\text{No. de muerte fetales tardías(28 Sem. y mas de gest.+ No. De muertes Neonatales precoces(0-6 días en un año}}{\text{No. de nacidos vivos + No. de muertes fetales tardías}} \times 1000$
Pirámide poblacional	Distribución de la población por sexo en los diferentes grupos de edades.
Tasa de fecundidad	$\frac{\text{No. de nacimientos durante el año}}{\text{No. de mujeres 15-49 años en la mitad del año}} \times 1,000$
Principales causas de morbilidad del sector	10 primeras causas de morbilidad del sector por trimestre, semestre o año.
Tasa de consultas	$\frac{\text{No. de consultas realizadas}}{\text{Población en ese año.}}$

INDICADORES DE TRABAJO COMUNITARIO

<u>/TERMINO/</u>	<u>/DEFINICION/</u>
Tasa de controles prenatales :	$\frac{\text{No. de controles prenatales realizados}}{\text{No. de embarazadas del sector en un año}} \times 10-100$
Tasa de embarazos ARO Referido en TC	$\frac{\text{No. de embarazadas ARO, referidas}}{\text{No. de embarazadas ARO atendidas}} \times 10, 100$
Tasa de partos domiciliars	$\frac{\text{No. de partos domiciliars}}{\text{Total de nacimientos en el año}} \times 100$
Tasa de referencia	$\frac{\text{No. de casos referidos}}{\text{Total de casos atendidos}}$
% de inmunización en trabajo comunitario	$\frac{\text{No. de niños vacunados en trabajo comunitario}}{\text{Total de niños program. a vacunar en el T.C.}}$
Cobertura BCG en Partos domiciliars	$\frac{\text{No. de vacunados con BCH en Trab. comunitario}}{\text{Total de partos domiciliars}}$
% participación de de parteras en Trab. Comunt.	$\frac{\text{No. de parteras que participan en el T.C.}}{\text{Total de parteras del sector}}$
% de cumplimiento de actividades	$\frac{\text{No. de activ. realizada en el mes}}{\text{Total de actividades programadas en el mes}}$
% de cumplimiento de salidas	$\frac{\text{No. de salidas ejecutadas en el mes}}{\text{No. de salidas programadas en el mes}}$
Porcentaje de cumplimiento de Recursos Humanos	$\frac{\text{No. de recursos humanos en T.C.en el mes}}{\text{Total de RRHH programadas para T.C. en el mes}}$
Porcentaje cumplimiento de salud	$\frac{\text{No. de capacitaciones al personal de T.C.en el cap. al personal de mes}}{\text{No. de capacitaciones program. al personal de T.C. en el mes.}}$
% de cumplimiento de capacitación a brigadistas	$\frac{\text{No. de brigadistas capacitados en el mes.}}{\text{No. de capacitaciones programadas en el mes.}}$
Porcentaje de cumplimiento de supervisiones	$\frac{\text{No. de supervisiones realizadas en el mes}}{\text{Total de supervisiones programadas en el mes}}$
Porcentaje de cumplimiento de coord. con programas	$\frac{\text{No. de coordinaciones ejecutadas con programas}}{\text{Total de coordin. programadas con los programas}}$
Porcentaje de cumplimiento de Evaluaciones al T.C.	$\frac{\text{No. de evaluaciones realizadas al año}}{\text{Total de Evaluaciones programadas en el año.}}$

ANEXO 7

CONTROL DEL TRABAJO COMUNITARIO

GUIA DESUPERVISION PARA EL COORDINADOR DEL TRABAJO COMUNITARIO

Objetivos:

1. Verificar el cumplimiento de las normas de trabajo comunitario.
2. Brindar apoyo técnico logístico y financiero al personal que realiza el trabajo comunitario para el cumplimiento de las actividades programadas.
3. Monitorear el cumplimiento de actividades y el impacto de las mismas en los servicios de salud.

Resultados Esperados:

- Eficiencia y eficacia en actividades de salud realizadas.
- Mejoría de la calidad de la atención en los servicios ofertados en el trabajo comunitario.
- Desarrollo de la promoción en salud en la comunidad.
- Fortalecido el trabajo en equipo.
- Corrección de la problemática de salud encontrada en cada territorio.

Nota: La supervisión debe ser realizada por el Coordinador del Trabajo Comunitario Este deberá informar a los Responsables de Programas.

ETAPAS DE LA SUPERVISION

ETAPAS	ACTIVIDADES
1. ETAPA PREPARACION DE LA SUPERVISION	<ul style="list-style-type: none">• Analizar documentación disponible.• Identificar prioridades.• Elaborar programa de supervisión
2. ETAPA EJECUCION DE LA SUPERVISION	<ul style="list-style-type: none">• Establecer los contactos necesarios.• Revisar objetivos, metas y cumplimiento de normas.• Observación directa a los recursos humanos• Identificar problemas u necesidades en las actividades.• Entrevistar a personas claves de la comunidad.• Elaborar informe de supervisión.
3. ETAPA SEGUIMIENTO DE LA SUPERVISION	<ul style="list-style-type: none">• Dar seguimiento a cada recurso humanos según necesidades.• Desarrollar programa de capacitación en función de necesidades.• Apoyar las actividades en función de necesidades.• Divulgar los resultados de la supervisión del trabajo comunitario.

GUIA DE EVALUACION DEL TRABAJO COMUNITARIO

Objetivo:

1. Analizar el grado de avance, cumplimiento y/o el impacto que tienen las actividades de salud en la comunidad.

Resultados Esperados:

- Fortalecido el trabajo comunitario.
- Definidas las acciones de salud a realizarse en la comunidad.
- Mejoradas las coberturas de los programas de salud
- Mejorada la calidad de la atención en los servicios brindados a la comunidad.
- Identificadas las necesidades de Monitoreo, supervisión y evaluación.
- Establecidas las necesidades de apoyo o de capacitación para los recursos.

NOTA :

La evaluación debe realizarse por el equipo de Dirección, el Coordinador y Ejecutores del Trabajo, y además con participación de los representantes de la comunidad.

ETAPA DE DISEÑO	
a. Aspectos a Evaluar:	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos metas y cumplimiento de normas. • Capacidad técnica y disponibilidad al trabajo de los recursos humanos. • Participación social en actividades del trabajo comunitario. • Apoyo logístico y financiero. • Coordinaciones realizadas con los programas. • Logros y limitaciones del trabajo comunitario. • Actividades de promoción prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación.
b. Medios necesarios para evaluar.	<ul style="list-style-type: none"> • Observación directa • Informes escritos • Entrevista a personal de salud y comunidad. • Indicadores de trabajo Comunitario
c. Instrumento recomendados	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de salud • Guía de trabajo • Hoja de ruta • Resumen de actividades • Informe de actividades • Plan de actividades con organizaciones comunales. • Registro de sistema de información. • Investigaciones mensual semestral y anual.
d. Periodicidad de la evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> • Mensual • Semestral • Anual

ETAPA DE EJECUCION

En la evaluación se recomienda la participación activa del Director de área, responsable de programas, el equipo que realiza el trabajo comunitario y líderes de la comunidad.

- a. Aplicar técnicas e instrumentos, para conocer el grado de cumplimiento de objetivo metas y normas de trabajo.
- b. Analizar los resultados alcanzados (indicadores) para determinar el impacto del trabajo comunitario en la situación de salud de la población.
- c. Identificar problemas, jerarquizarlos y construir para ellos un plan de intervención.
- d. Determinar logros y limitaciones.
- e. Establecer compromisos y acuerdos.
- f. Elaborar y distribuir un informe de los principales logros y problemas del trabajo comunitario.

ETAPA DE SEGUIMIENTO

Esta etapa es para comprobar el grado de avance y cumplimiento de los compromisos y acuerdos asumidos en la evaluación.

ANEXO 6
INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

REPUBLICA DE NICARAGUA MINISTERIO DE SALUD

ENTREVISTA DIRIGIDA A INFORMANTES CLAVES DEL MINSA

Introducción:

Con esta entrevista se pretende conocer la percepción de los trabajadores de la salud para elaborar metodología para el trabajo comunitario, impulsado por el Ministerio de Salud en Nicaragua.

I. DATOS GENERALES

Nivel organizativo a que pertenece en el Ministerio de Salud

Nivel Central: /___/

Sede SILAIS: /___/

Municipios: /___/

II. GERENCIA Y CONTROL DEL TRABAJO COMUNITARIO

1. ¿Cómo define usted, el Trabajo Comunitario?
2. ¿Cómo debería organizarse el trabajo comunitario?
3. Niveles Jerárquicos que deben existir en el trabajo comunitario.
4. ¿Quién debe coordinar el trabajo en los diferentes niveles?
5. ¿Quiénes y que perfiles deben de participar en el trabajo comunitario?
6. La planificación del trabajo comunitario debe hacerse de forma:

Anual: /___/

Sistemática: /___/

Trimestral /___/

Mensual: /___/

Quincenal: /___/

7. ¿Qué Criterios deben tomarse en cuenta para la planificación?

Administrativos /_____/

Epidemiológicos: /_____/

Análisis situacional: /_____/

Todos: /_____/

Otros: /_____/ Cuáles:_____

8. ¿Quiénes deben participar en la Planificación del trabajo comunitario?

9. ¿Quiénes deben involucrarse en la evaluación del Trabajo Comunitario?

Ministerio de Salud: /_____/

Instituciones Estatales : /_____/

Organizaciones no Gubernamentales: /_____/

La Comunidad /_____/

Otros: /_____/

Cuáles: _____

10. Según su experiencia, sugiera cada cuanto debe evaluarse el Trabajo Comunitario:

Semanal: /_____/

Quincenal: /_____/

Mensual: /_____/

Trimestral: /_____/

Semestral: /_____/

Anual: /_____/

II. CAPACITACION

1. ¿La capacitación es un componente importante del trabajo comunitario?

Si: /___/

No: /___/

2. ¿Qué tipo de capacitaciones sugieres usted para reforzar el Trabajo Comunitario?

Seminario: /___/

Folletos: /___/

Talleres: /___/

Charlas: /___/

Otros: /___/

Cuáles: _____

3. ¿A quiénes deben dirigirse las capacitaciones en trabajo comunitario?

Personal de salud: /___/

Brigadistas: /___/

Colaboradores Voluntarios: /___/

Comunidad: /___/

Instituciones: /___/

Otros: /___/

Cuáles: _____

III. ACTIVIDADES

1. Mencione actividades que deben realizarse en la ejecución del trabajo comunitario en cada uno de los componentes que se detallan a continuación.

Promoción: _____

Prevención: _____

Asistencia: _____

Recuperación: _____

Rehabilitación: _____

2. ¿Cuál de estos componentes es más importante en el trabajo comunitario?

IV. CARACTERISTICAS DEL PERSONAL DE SALUD INVOLUCRADO EN EL TRABAJO COMUNITARIO.

1. Requisitos:

Conocimientos: /___/

Experiencias: /___/

Responsabilidad: /___/

Disciplina: /___/

Disposición: /___/

Todas las anteriores: /___/

Otras: /___/

2. ¿Qué perfiles profesionales ó técnicos deben participar a su criterio en este tipo de trabajo?

V. HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS FACILITADORES.

1. De acuerdo a su experiencia y conocimientos qué Herramientas Instrumentos podrían retomarse en la metodología del Trabajo Comunitario.

Guía de trabajo: /___/

Hoja de Ruta: /___/

Censo: /___/

Expediente: /___/

Hoja de Registro diario /___/

Otros: _____

Cuáles: _____

PRESUPUESTO

RUBROS	DETALLE	MONTO EN DOLARES
Pago de encuestadores	4 en total a \$ 100 Dólares por recurso por SILAIS (5 SILAIS)	\$ 2000.00
Combustible	\$ 50 Dólares por cada SILAIS	\$ 250.00
Materiales de Oficina	Papel bond, lápiz grafito, borrador de leche, láminas acetato, puntero, etc	\$ 150.00
Pago de secretaria	Levantamiento de texto	\$ 150.00
Compra de bibliografía	Libros relacionados al trabajo en salud en la comunidad y relacionados al tema de participación social	\$ 150.00
Alquiler Computadora	Levantamiento de base de datos y elaboración de informe final	\$ 100.00
Elaboración y encuadernación de 5 Documentos	Documentos para la Defensa de Tesis	\$ 200.00
Pago de conductor	Para visita de 5 SILAIS \$50.00 por SILAIS	\$ 250.00
Alquiler de vehículo	\$50.00 Dólares por 5 SILAIS	\$ 250.00
Total		\$ 3500.00