



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



Maestría de Salud Pública

*Informe de Tesis para optar al Grado de
Maestro en Salud Pública*

*Sistematización de Experiencias de Tecnologías
Aplicadas en el Trabajo comunitario de Salud, en el
Municipio de Quilalí, Nueva Segovia,
2004 - Abril del 2005.*

Autores

*Virginia Aurora Melgara Ortíz
Denis Napoleón Chavarría Espinoza*

Tutor:

MSc. Manuel Martínez Moreira

*Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua
Junio 2005*

Índice

Resumen

Dedicatoria

Agradecimiento

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
III.	JUSTIFICACION.....	5
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
V.	OBJETIVOS.....	7
VI.	MARCO DE REFERENCIA.....	8
VII.	DISEÑO METODOLOGICO.....	24
VIII.	RESULTADOS.....	31
IX.	ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	41
	LECCIONES APRENDIDAS	
	45
X.	CONCLUSIONES.....	47
XI.	RECOMENDACIONES.....	49
XII.	BIBLIOGRAFIA.....	51
XIII.	ANEXOS.	

***i.* DEDICATORIA**

Dedicamos este trabajo a los trabajadores de la salud que comparten sus conocimientos para atender a la población de la zona rural y urbana, así mismo al trabajo voluntario de todos los agentes comunitarios del municipio (Brigadistas, Parteras, Colaboradores voluntarios), que de manera abnegada han hecho historia en las comunidades, contribuyendo a mejorar la salud de la población brindando de forma voluntaria ayuda a su propia comunidad.

A nuestra familia quienes con sacrificios nos ayudaron a formarnos como profesionales y quienes a diario le dan su apoyo para servir a la población más necesitada de Quilali.

A nuestros compañeros de trabajo por su solidaridad y cariño demostrado.

ii. **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios por darnos la sabiduría y la confianza para realizar este estudio, por demostrarnos una vez más que a través de esta experiencia somos capaces de realizar estudios en nuestro propio medio.

Al Licenciado Manuel Martínez Moreira por brindarnos apoyo técnico en el desarrollo del trabajo, haciendo posible con su tutoría el primer documento científicamente válido realizado en Quilalí. “Gracias Maestro Amigo”.

A la Doctora Martha González por su cariño, amistad y colaboración en el desarrollo de esta experiencia que se concretó en un documento con validez y relevancia para la gestión de la salud en nuestro pueblo.

A la Licenciada Alma Lila Pastora por su cariño y colaboración en el análisis y revisión de la tesis.

A nuestros docentes del CIES, que desinteresadamente han compartido tantas experiencias y valiosas enseñanzas con nosotros. Gracias de verdad por su enseñanza y perseverancia para con nosotros a lo largo de todo el transcurso de estos dos años, enseñanza que nos permitió con éxito realizar este trabajo.

A nuestros compañeros, por ser parte importante de este caminar, porque juntos estamos construyendo el camino que nos llevará a la cima del éxito.

A nuestras familias, por brindarnos su apoyo incondicional y darnos la seguridad de seguir adelante.

iii. RESUMEN

En Nicaragua se han venido desarrollando experiencias importantes de promoción y educación en salud, que constituyen fuentes importantes para el desarrollo de tecnologías en salud. Estas tecnologías se definen como la manera de influir e intervenir en el mejoramiento de la salud de una población.

El Municipio de Quilalí, cuenta con una amplia red de agentes comunitarios, que es producto de la introducción de tecnologías en salud, las cuales se han enriquecido a través del conocimiento y habilidades tanto Institucional como comunitaria, logrando un mayor impacto en las prácticas de salud tanto individual como colectiva.

Tanto en Nicaragua, como en el municipio, la participación de la comunidad en acciones de salud, surgen como una necesidad ante los problemas de salud que presenta la población, teniendo estos cargos las personas más destacadas de las comunidades, personas que por su liderazgo son seleccionadas para desempeñar y desarrollar tecnologías comunitarias para dar respuesta a los problemas de salud que la población presenta, así como la atención de las parteras.

Los resultados obtenidos en la sistematización de experiencias comunitarias del municipio de Quilalí, muestran el gran avance en la aplicación de las tecnologías aplicadas en salud así como el empoderamiento de las acciones de salud por parte del personal comunitario. De aquí que la práctica se hace a partir de la perspectiva de las personas que participan en la experiencia y no de expertos externos.

El que los agentes de salud se esfuercen para promover la participación comunitaria y la aplicación de las tecnologías aplicadas en salud, es importante, pero es necesario tener en cuenta la iniciativa de las personas para impulsar procesos de desarrollo humano a fin de fortalecer capacidades locales.

Los resultados obtenidos en la sistematización muestran el gran avance en la aplicación de las tecnologías en salud, así como el empoderamiento de las acciones de salud por parte del personal comunitario. De aquí que la práctica se hace a partir de la perspectiva de las personas que participan en la experiencia y no de expertos externos.

Como miembros del equipo de profesionales y técnicos de la salud en Quilalí, realizamos la tarea de sistematizar las experiencias de tecnologías aplicadas en salud con grupos de técnicos, brigadistas, líderes y parteras que forman parte de la red de los cinco Puestos de Salud rural. Nos interesó recopilar información de todos los involucrados en la aplicación de estas tecnologías para conocer y transmitir los aciertos y errores de las intervenciones aplicadas después de varios años. Finalmente desarrollaremos la última etapa de la sistematización a través de un plan de comunicación para compartir las experiencias con los involucrados y al resto de los niveles.

El tiempo ha ido transcurriendo y los involucrados en las acciones de salud, reconocen que algunas experiencias de tecnologías apropiadas en salud que se han desarrollado en el trabajo comunitario han dejado huellas y han permitido aprender algunas lecciones importantes para continuar aplicándolas de la misma manera o para variar contenidos y formas de trabajo relacionados a la aplicación de las tecnologías y a la promoción de la participación, con el propósito de que el proceso de desarrollo integral como individuo se fortalezca paulatinamente de manera integral.

I. INTRODUCCIÓN

Una historia frecuente en muchas comunidades de Nicaragua, ha sido la introducción de “Tecnologías apropiadas”, las cuales son un factor importante en el desarrollo de habilidades en los técnicos de la salud y en los agentes comunitarios en el país.

En Nicaragua se han venido desarrollando experiencias importantes de promoción y educación en salud, que constituyen fuentes importantes para el desarrollo de tecnologías en salud. Son definidos como la manera de influir e intervenir en el mejoramiento de la salud de una población.

La riqueza de conocimientos obtenidos a través de la educación y promoción han generado como consecuencia la necesidad de desarrollar prácticas basadas en la experiencia, desarrolladas a partir de un problema que afecta a un grupo, donde interviene la práctica profesional y la práctica popular, con el fin de transformar una situación determinada.

La participación comunitaria ha facilitado la creación de una conciencia crítica sobre la salud y sus determinantes, que conducen al surgimiento de acciones colectivas que se convierten en parte esencial del empoderamiento individual, y que hacen énfasis en la adquisición de conocimientos y habilidades basados en la pedagogía transformadora. Este es el objetivo básico en la introducción de tecnologías en salud a nivel local.

Las experiencias desarrolladas en la aplicación de tecnologías aplicadas de trabajo comunitario en el territorio de Quilalí han aportado aprendizajes; tanto para los equipos técnicos que participaron en la ejecución como para la red de agentes comunitarios de la salud que las desarrollaron. Sin embargo era necesario analizarlos y contrastarlos con las realidades que se tenían antes de las intervenciones. Estas experiencias han quedado en la memoria de técnicos y agentes comunitarios que desarrollaron estas técnicas, en los informes u otros

documentos técnicos y evaluaciones realizados antes de este estudio sin conocer la riqueza producida por estas tecnologías.

El Municipio de Quilalí cuenta con una amplia red comunitaria, esta red es un producto de la introducción de tecnologías en salud, como el manejo de las sales de rehidratación oral y el suero casero, la atención de partos por parteras, el uso de alimentos disponibles para mejorar la alimentación de los niños, entre otros, las cuales se han enriquecido a través del conocimiento y habilidad tanto Institucional como comunitaria logrando un mayor impacto en las prácticas de salud tanto individual como colectivas.

El propósito de este estudio, es aplicar los resultados a fin de mejorar las tecnologías aplicadas en el trabajo comunitario, por los brigadistas y parteras. Para cumplir con este propósito se realizaron capacitaciones de los mismos en las Unidades de Salud, lo que contribuiría en gran medida en la sostenibilidad de las acciones comunitarias, garantizadas a partir de la organización y participación social. Estos resultados vendrían a mejorar la comunicación desde la comunidad con la Institución de Salud, fortaleciendo la reciprocidad de las relaciones sociales.

II ANTECEDENTES

Los primeros años de historia independiente de Nicaragua, se caracterizaron por un Estado débil que progresivamente acabó centralizándose. No hay mayores registros sobre la participación de los gobiernos locales en el ámbito de la salud, solamente se sabe con certeza, que éste ha sido considerado históricamente como un sector muy cerrado, salvo en la década de los años ochenta que se abrió la participación social.

En este período se le dio énfasis al involucramiento de todos los sectores en la gestión de salud. Las Juntas Municipales de Reconstrucción, que para entonces apenas recobrando la identidad municipal se integraron muy poco a los aspectos sustantivos en el ámbito de salud.

Es hasta 1988 que se aprueba la ley de municipios, que otorgaba a éstos competencias sobre el desarrollo comunitario; en la década de los años noventa se reforma dicha ley, y se propone al municipio como la opción básica de atención directa de las necesidades, decisivas para la democratización, capaz de integrar a las comunidades marginadas a la acción gubernamental. ¹.

Desde la década de los 80, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud y los estilos de vida y de facilitar los cambios de comportamiento de la población, se inicia la educación sanitaria, que puso en marcha una forma de comunicación destinada a acrecentar los conocimientos de salud por parte de la población para desarrollar una comprensión y un saber hacer que contribuyera a mejorar la salud de la población. (Espinoza 1999).

La introducción de Tecnologías Aplicadas en Salud ha sido un factor muy importante en el desarrollo de la organización y participación comunitaria en el municipio de Quilalí, y del departamento de Nueva Segovia.

¹ Sistematización de la experiencia PROSILAIS.

En Nicaragua esta forma de acceder los servicios de salud a la población, data desde 1950, pero es en la época de los años 80 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 a través de la participación activa de la sociedad civil las Brigadas Móviles, cuya razón de ser son las visitas a comunidades de difícil acceso. (Gómez 1998).

Tanto en Nicaragua, como en el municipio, la participación de la comunidad en acciones de salud, surgen como una necesidad ante los problemas de salud que presenta la población, teniendo estos cargos las personas más destacadas de las comunidades, personas que por su liderazgo son seleccionadas para desempeñar y desarrollar tecnologías comunitarias para dar respuesta a los problemas de salud que la población presenta, así como la atención de las parteras.

Las tecnologías introducidas durante las últimas dos décadas, entre otras están la utilización de las sales de rehidratación oral para el tratamiento de las diarreas, la referencia y contrarreferencia de pacientes por agentes comunitarios, el manejo de la organización comunitaria, y la participación social.

III. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio surge como una inquietud de indagar las experiencias acumuladas por líderes comunitarios en su trabajo voluntario y la aplicación de tecnologías apropiadas.

En el municipio de Quilalí, existe una red de agentes comunitarios de la salud que de forma voluntaria realizan una labor efectiva y que han contribuido a mejorar los indicadores de salud. Esto favorece la recopilación de experiencias necesarias para identificar las tecnologías aplicadas en el trabajo comunitario, conocer el grado de dificultad para su aplicación y poder incidir en ella así como los elementos facilitadores para la aplicación de las mismas.

Es importante rescatar las experiencias desarrolladas que han generado aprendizaje tanto para los técnicos como para los agentes comunitarios. Analizar estas experiencias y contrastarlas con la realidad que existía antes de la aplicación de estas tecnologías fue suficiente para realizar un diagnóstico de intervención y desarrollar acciones de capacitación, donde se encuentren mayores debilidades, garantizando sostenibilidad de las acciones comunitarias a través de la organización y participación comunitaria.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con relación a la importancia de sistematizar experiencias de trabajo comunitario en salud, a nivel local antes planteado, se formula la siguiente pregunta del estudio:

¿Cuáles son las experiencias relevantes con relación al trabajo comunitario y las tecnologías aplicadas por agentes comunitarios de salud del municipio de Quilalí, Nueva Segovia durante el período 2004 – Abril 2005?

De la pregunta general del estudio se derivan las preguntas específicas siguientes:

- ¿Cuáles son los componentes del trabajo comunitario con relación a las tecnologías aplicadas en salud agentes comunitarios de salud?
- ¿Qué contenidos de acción fueron implementados y formas de aplicación de las tecnologías apropiadas en el trabajo comunitario por agentes comunitarios de salud?
- ¿Cuales son las características tecnológicas que se presentaron en la etapa de implementación del trabajo comunitario?
- ¿Cuáles son las lecciones aprendidas con relación a las tecnologías aplicadas en el trabajo comunitario en salud y su relación con los Indicadores de Salud?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General:

Sistematizar las experiencias relevantes con relación al trabajo comunitario y las tecnologías aplicadas por agentes comunitarios de salud del municipio de Quilalí, Nueva Segovia durante el período 2004 – abril 2005.

5.2. Objetivos específicos:

- Describir los componentes del trabajo comunitario con relación a las tecnologías aplicadas en salud por agentes comunitarios.
- Analizar los contenidos de acción que fueron implementados para la aplicación de las tecnologías apropiadas en el trabajo por los agentes comunitarios de la salud.
- Identificar las características presentadas en las etapas de implementación del trabajo comunitario.
- Rescatar las lecciones aprendidas con relación a tecnologías aplicadas en el trabajo comunitario en salud y su relación con los Indicadores de Salud.

VI. MARCO DE REFERENCIA

La sistematización es un proceso de conocimiento que persigue aprender de la práctica, superando el conocimiento previamente obtenido, mediante el cual participamos en un proyecto, desarrollamos una experiencia y una nueva práctica.

¿Qué entendemos por sistematización? El concepto de sistematización no es nuevo; su aparición y desarrollo ha estado ligado al desarrollo del método científico y, en los últimos años, sus usos más frecuentes han estado asociados básicamente a dos campos:

- La sistematización de información o sistematización de datos; y,
- La sistematización de experiencias.

La sistematización de información se refiere al ordenamiento y clasificación de todo tipo de datos e información, bajo determinados criterios, categorías, relaciones, etc. Su materialización más extendida es la creación de la base de datos.

La sistematización de las experiencias se refiere a las experiencias vistas como procesos que desarrollan en un periodo determinado, en las que intervienen diferentes actores en un contexto económico y social, y en el marco de una institución determinada.²

Esto quiere decir que la sistematización es una interpretación crítica de una experiencia que previamente ha sido ordenada y reconstruida. La interpretación pone en evidencia la lógica del proceso, los factores que intervienen en él y la participación de los actores sociales en esa experiencia.

² Guía metodológica de Sistematización. ONU. FAO 2004.

La sistematización propone producir un nuevo conocimiento a partir de una práctica concreta. La interpretación de la práctica se hace a partir de la perspectiva de las personas que participaron de la experiencia y no de expertos externos. De ahí que para sistematizar una experiencia, hay que haber participado en ella.

Es común que una intervención en salud comunitaria parta de un proceso investigativo: el diagnóstico comunitario. Este insumo podría ser utilizado posteriormente en la sistematización. Pero también, se puede originar preguntas de investigación como producto de la sistematización.

La sistematización necesita de la investigación para construir teoría. El análisis de una práctica concreta necesita de la teoría acumulada para contrastar los hallazgos y convertirse en nueva teoría.

La sistematización es un nivel más profundo que la evaluación, pero pueden constituir procesos complementarios. La sistematización es un proceso de más largo plazo que la evaluación. (Espinoza 1999).

En el trabajo sobre la "Práctica en el proceso del conocimiento", el Doctor Alejandro Serrano Caldera, aborda el aspecto del "Valor de la praxis (práctica) en el proceso cognoscitivo"(1), y plantea que el conocimiento es el proceso en virtud del cual se establece la relación entre el sujeto y el objeto, operándose a través de ella la transformación de ambos. (González 1996).

La sistematización es un proceso permanente acumulativo de creación de conocimientos a partir de nuestra propia experiencia de intervención en la realidad social, como un primer nivel de teorización sobre la práctica.

La sistematización trata de explicarse los por qué y los cómo de la experiencia: cómo se desarrolló la experiencia, cómo intervinieron los diferentes actores sociales, cómo intervino el contexto, qué hacer de la experiencia un caso especial, en qué es comparable con otras experiencias, qué cambios produjeron en la comunidad producto de la experiencia, qué cambios se produjeron en los actores sociales, cómo se interrelacionaron las diferentes fases del proceso de intervención. (Espinoza 1999).

a) Experiencias:

Es el saber acumulado que adquieren las personas y los profesionales, a medida que aumentan sus años de trabajo.

La experiencia es el resultado en el que la propuesta original va sufriendo transformaciones, al confrontarlo con la realidad del lugar, los sujetos y actores que participan, etc.

Es un proceso complejo y contradictorio. Pero muchos años de trabajo no siempre equivalen a años de experiencia. Existe el peligro de la rutina, el activismo, el coyunturalismo, el espontaneísmo, la repetición mecánica, etc.

La sistematización pretende hacer explícito y consciente la “experiencia”, dotarla de un ordenamiento que permita no sólo poder transmitirlo, sino profundizarla, hacerla trascender lo que normalmente aprendemos y así ir conformando un cúmulo de nuevos conocimientos provenientes de la práctica. (Espinoza 1999).

b) Tecnologías Apropriadas:

Una historia frecuente en muchas comunidades, ha sido la introducción de “tecnología”, que al cabo de cierto tiempo no funciona o nunca funcionó y por consiguiente, no obtuvo los beneficios que se suponía dar.

La tecnología es y ha sido un factor muy importante en el desarrollo de la humanidad, ha jugado un papel importante para dicho desarrollo, que depende en gran medida del desarrollo tecnológico.

La tecnología integra componentes físicos y componentes de proceso. O sea que la tecnología no es solamente las cosas físicas (aparatos, maquinarias, equipos, etc.), sino contempla también elementos que no se ven físicamente, pero se pueden ver en sus manifestaciones.

Tecnología en Salud es el conjunto de técnicas, medicamentos, equipos y procedimientos utilizados por los profesionales de la salud en la oferta de servicios de atención a la salud de los individuos, realizada en los sistemas de salud. Esta definición contempla los aspectos físicos (medicamentos y equipos) y los no físicos (técnicas y procedimientos).

Otros hablan de la tecnología como el conjunto de técnicas y herramientas para hacer lo necesario en cualquier actividad humana: en las actividades económicas, las ciencias, las artes, etc. Es la manera de hacer las cosas y con qué hacerlas.

Entonces, en algunas comunidades que tienen un buen nivel organizativo, motivación y otras condiciones favorables, la introducción de algunos aparatos, técnicas, semillas, etc. ("con que hacer") contribuirá a su mejoría. De igual manera, la introducción de procesos comunitarios, técnicas y procedimientos ("como hacer") en otras comunidades son vitales para la mejoría de su situación, pues podrían aprovechar recursos propios que están a su disposición (y que no los habían tomado en cuenta) o aprovechar de manera efectiva los recursos externos adquiridos.

Tecnología Apropriada es aquella científicamente válida, adaptable a las necesidades locales, aceptable para los que la aplican y los que han de beneficiarse de ella, y que pueda ser mantenida por la misma población de conformidad con el principio de auto responsabilidad y a un coste abordable para la comunidad y para el país.

También se puede definir como aquella que mejor se adapta a las condiciones de una situación dada y cuya aplicación es compatible con los recursos humanos, financieros y materiales con que se dispone. (Espinoza 2002).

c) Características de Tecnologías Apropriadas:

- ✓ Tecnología Sencilla
- ✓ De bajo costo
- ✓ Están dirigidas a satisfacer necesidades básicas
- ✓ Respetan el equilibrio ecológico
- ✓ Generan empleo con mano de obra local
- ✓ No sustituye las tecnologías autóctonas, sino que las aprovecha.
- ✓ Usa materiales locales
- ✓ Evita la compra de tecnología extranjera.
- ✓ Respeta la cultura y formas organizativas locales.
- ✓ Promueve el uso racional de la energía
- ✓ Se basa en la creatividad y participación local.
- ✓ Genera “empoderamiento” local.
- ✓ No necesita excesiva supervisión y mantenimiento, o este puede ser local.
- ✓ Reducen (o al menos no aumenta) la carga de trabajo comunitario, en especial de las mujeres.
- ✓ Son reproducibles en la misma y otras comunidades.
- ✓ De eficiencia y eficacias comprobadas, acorde a su situación local.

La tecnología apropiada tiene implicaciones políticas, por un lado por la promoción de un desarrollo alternativo para los países pobres, y por otro lado, por el proceso de desarrollo tecnológico propiamente dicho. En el caso de la tecnología apropiada, se plantea que sea desarrollada por la población, la usen los más necesitados (y que responda a sus necesidades), sea controlada y beneficie a las mayorías pobres. (Gómez 1998).

d) Tecnologías Apropriadas en Salud del municipio de Quilalí:³

- Las Sales de Rehidratación Oral y el Suero Casero.
- Atención de Partos por Parteras Tradicionales.
- Uso de alimentos disponibles para mejorar la alimentación de los niños.
- Casas Bases Comunitarias llamadas UROC (Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias).
- Atención de los problemas de salud comunes de la población por agentes de salud comunitaria (líderes de salud, Brigadistas, Colaboradores Voluntarios)
- Pesaje infantil comunitario.
- Referencia Comunitaria

Tecnologías apropiadas en Agua y Saneamiento:

- Bomba de mecate
- Filtros de Agua
- Purificación del agua de consumo a través de energía solar (Agua SODIS).

³ Normas atención integral enfermedades prevalentes de la infancia.

e) Educación Sanitaria :

La educación Sanitaria fue definida por Nutbeam (1986) como un término empleado para designar las ocasiones de aprendizaje deliberadamente puestas en marcha para facilitar los cambios de comportamiento en vista de alcanzar un objetivo determinado con anticipación. Tal proceso ayuda a los individuos y a los grupos a tomar conciencia de los problemas que pueden constituir una amenaza a su calidad de vida y los incita a crear y a reivindicar condiciones favorables a su salud. Es una actividad esencialmente educativa que pone en marcha una forma de comunicación destinada a acrecentar los conocimientos, a desarrollar una comprensión y saber hacer, lo que contribuye a la salud.

Los medios que utiliza la educación son múltiples, pero pueden ser agrupados en tres principales categorías: La educación directa, La educación indirecta y la Educación Interactiva.

Educación Directa: se efectúa principalmente en pequeños grupos, se adapta a las necesidades individuales y tiene ventaja de ser reactiva o sea que permite la reacción. Tiene el inconveniente que alcanza solo a un grupo limitado de personas.

Educación Indirecta: recurre a medios masivos de comunicación como la televisión, los periódicos, los mensajes publicitarios. Su ventaja es el gran alcance que tiene, pero no alienta a la participación de los individuos y les da un papel pasivo. Por otra parte este tipo de educación estandariza los mensajes y los simplifica para alcanzar la gran masa. Además los costos de la producción y la difusión limitan mucho su uso.

Educación Interactiva: se basa en el uso de medios informáticos como el computador o el video interactivo. Permite ofrecer a un gran número de personas una enseñanza individualizada con muchas de las características de la educación cara a cara.

f) Comunicación Social:

La comunicación social tiene el papel de sensibilizar, crear un contexto favorable para el cambio, dar información o aumentar la motivación a actuar. Los medios de comunicación pueden servir de sostén a la formación y transmisión de modelos de acción y al mantenimiento de los ya adquiridos.

La educación sanitaria y la comunicación social estarían orientadas en un primer momento, a reconocer e identificar la problemática de la población o grupos de población. Si la población o las personas no tienen algún problema que resolver, no pueden dedicar tiempo y esfuerzo en algo que para ellos no existe o carece de importancia. La educación sanitaria y la comunicación está encaminada a la reflexión y toma de conciencia de sus problemas.

g) El desarrollo Comunitario:

El desarrollo Comunitario es el proceso de transformación de una comunidad hacia un bienestar integral, proceso que es dirigido por las mismas personas de la comunidad. En el proceso, los actores sociales de una comunidad confluyen en función de sus necesidades e intereses, con el fin de buscar soluciones a los mismos. El aspecto fundamental es la transformación de una situación inicial identificada como problemática.

El desarrollo comunitario implica la transferencia de capacidades a las organizaciones comunitarias, para analizar la realidad en que están inmersas y así diseñar, implementar y evaluar intervenciones.

El proceso de organización de la comunidad surge a menudo espontáneamente, ante la necesidad de la población de resolver sus problemas y sus necesidades. (Gómez 1998).

h) Relación entre Salud y Desarrollo Comunitario:

La salud / enfermedad es la resultante dinámica de un proceso que está determinado y condicionado por factores políticos, económicos, sociales y culturales, ambientales, comunitarios e individuales, que tienen por resultado en la población formas concretas de bienestar o de problemas en un momento del desarrollo.

Dado que el nivel de salud de una población depende de su nivel de desarrollo, las acciones por la salud deben ser parte de la planificación del desarrollo.

El desarrollo tiene dos expresiones en su relación con la salud, el crecimiento económico, que se expresa en el ingreso per per, y el aumento de capacidades y posibilidades para satisfacer necesidades y aspiraciones de la población. A pesar de todo esto la mayoría de los autores hacen énfasis en la relación del ingreso con el nivel de salud y no con las capacidades de la sociedad para generar ese ingreso.

i) Características del desarrollo comunitario:

- A. Participación de la comunidad: es el proceso mediante el cual la comunidad toma parte en las decisiones que le afectan de forma conciente, acciones en función de necesidades identificadas por ella misma.
- B. Desde Abajo: el desarrollo comunitario parte desde la misma comunidad y se extiende a la sociedad en su conjunto. Sigue una direccionalidad ascendente y no descendente.

- C. Desde Adentro: La comunidad define con independencia y autonomía plena sus necesidades y su visión de futuro. El desarrollo comunitario está enfocado en la práctica de la comunidad, y debe dar respuesta a los problemas de cotidianeidad. Asume que la comunidad tiene una evolución histórica y un contexto inherente.

- D. Respeto a la Cultura local: Cada pueblo es portador de una idiosincrasia, mediante la cual codifica lo bueno (valor) y lo malo (contravalor), de forma que una agrupación social que posee su propia identidad incorpora lo que su idiosincrasia le prescribe como bueno y rechaza lo prescrito como malo.

- E. Integral o Integrado: El desarrollo integral toma en cuenta al menos cinco componentes: el crecimiento económico, educación (formal y no formal), salud, un ambiente sano, y libertades democráticas para que la población pueda opinar y sea tomada en cuenta en las decisiones políticas.

La promoción de la salud contiene dos conceptos mayores: el empoderamiento y la participación comunitaria. (Espinoza 2002).

j) El empoderamiento:

La promoción de la salud, hace énfasis en que los individuos o la población controlen su salud, este elemento es clave en la determinación de un principio de la promoción de la salud que se conoce como el “empowerment” y que en español ha sido traducido como “Empoderamiento”

Existen dos fuentes de empoderamiento:

El empoderamiento psicológico, que deriva en la auto eficacia para actuar; la eficacia política; la motivación para actuar; y la creencia en la acción de grupo.

El empoderamiento comunitario: que da como resultados: el incremento de la acción local; redes sociales más fuertes; competencia de la comunidad; transformación de condiciones; mejores políticas de salud; igualdad y acceso a los recursos. El empoderamiento comunitario y el psicológico, conducen al pensamiento crítico y a la concientización. (Gómez 1998).

k) Proceso de Transferencia de Tecnologías Apropriadas:

La transferencia de tecnología apropiada es un proceso que debe ser abordado de manera cuidadosa. Su abordaje tiene varios enfoques, que en esencia dependen de la manera en que se buscan las soluciones tecnológicas o a partir de qué se buscan dichas soluciones.

Un abordaje parte de los elementos físicos y hace énfasis en cómo difundir la propuesta tecnológica y cómo lograr que los beneficiarios la acepten y finalmente la utilicen. Por lo general, dicha propuesta tecnológica ha tenido buenos resultados en otros lugares y condiciones, ha sido probada mediante experimentación o utilizada en el mismo lugar, dando buenos resultados.

Otro abordaje parte del análisis participativo de los problemas y necesidades de la comunidad, las personas o grupos, para luego buscar como solucionarlos y de dónde encontrar dichas soluciones, ya sea adoptando una tecnología seleccionada o desarrollando de manera participativa dicha tecnología.

El abordaje indicado es el relativo y circunstancial, igual que lo apropiado de la tecnología misma. Finalmente lo que se pretende es que se resuelvan los problemas o se satisfagan las necesidades mediante la adopción, apropiación o desarrollo de una tecnología, que será apropiada en la medida que sea adoptada por la comunidad y resuelva dichos problemas y necesidades. (Espinoza 2002).

l) Participación Comunitaria:

La participación comunitaria es un concepto tardío que fue integrado a los programas de salud en los países en vías de desarrollo. Sin embargo la participación comunitaria ha sido una de las características en los proyectos en vías de desarrollo.

La participación comunitaria puede fuertemente influir sobre el mejoramiento de una situación dada, sobre la salud de una población, que entrenada y organizada se presta servicios para el mejoramiento de su propio estado de salud y el establecimiento de una red que le permite involucrarse en dicho proceso.

El nivel de poder de la comunidad es muy importante y aporta un elemento en el juicio del desempeño de la participación comunitaria. Hace referencia a la capacidad de la misma para organizarse y hacerse cargo de sus propios problemas con miras a resolverlos. (Espinoza 2002).

m) Reseña de Tecnologías Comunitarias del municipio de Quilalí.⁴

Sales de Rehidratación Oral y Suero Casero.

La introducción de esta tecnología nace de la necesidad del tratamiento de las diarreas a nivel domiciliario, después de una gran epidemia de cólera y con posteriores brotes epidémicos de diarrea, para los cuales se ve la necesidad de capacitar a la comunidad sobre el uso de las sales de rehidratación oral, una vez conocida la

⁴ AIEPI comunitario.

técnica, sensibilización a la población a fin de que el uso de las sales de rehidratación oral eviten complicaciones como la deshidratación.

Es muy popular en nuestras comunidades el uso de las sales de rehidratación oral, así como la preparación del suero casero, ante la limitante de los preparados proporcionados por el Ministerio de Salud.

La capacidad de los líderes de poder evitar la deshidratación en la comunidad es primordial, ya que se ha evitado complicaciones mayores y trasladarlos para su tratamiento oportuno en las unidades de salud.

La asimilación de la tecnología es muy buena ya que las madres de familia utilizan las sales de rehidratación en sus hijos, combinando con la medicina tradicional, como el tratamiento de la deshidratación con agua de coco, agua de arroz, atol de plátano, etc.

Atención de Partos por Parteras Tradicionales. ⁵

En nuestros días se habla de atención de parto de bajo riesgo y garantizando un parto limpio y seguro. La introducción de tecnología en las parteras del municipio ha dado sus frutos al disminuir la mortalidad materna, ya que la referencia de pacientes es oportuna ante los riesgos detectados.

Parte de la tecnología es la proporción del material necesario a la partera, para la atención del parto, el dotar de técnicas de atención del parto, el proporcionar capacitación, consejería y materiales educativos a fin de garantizar el constante estudio en las parteras del municipio.

La garantía de un parto seguro en la comunidad se basa en la experiencia y capacitación de la partera (partera adiestrada).

⁵ Manual de la partera. Ministerio de Salud.

Uso de alimentos disponibles para mejorar la alimentación de los niños.

Esta tecnología garantiza que las madres aprendan el aprovechamiento de los recursos disponibles en el hogar, que garanticen la alimentación adecuada de sus hijos y por tanto disminuir los índices de desnutrición infantil.

La tecnología va acompañada de modificar los estilos de vidas ante la implementación de huertos familiares, huertos escolares, el apoyo a los comedores infantiles y el aprovechamiento de la tierra para el cultivo de plantas no tradicionales, que vienen a generar ingresos familiares y por ende mejorar sus condiciones de vida.

Casas Bases Comunitarias

La implementación de las casas bases comunitarias viene a resolver un poco la problemática de inaccesibilidad a los servicios de salud, donde la comunidad en conjunto con los líderes de salud, proporcionan un espacio que permite la solución inmediata a problemas de la comunidad.

Las casas bases comunitarias cuentan con el equipo mínimo necesario para la atención inmediata de problemas menores de la comunidad, la utilización de ciertos fármacos como acetaminofén para bajar la fiebre a los niños de la comunidad son básicos en la comunidad.⁶

Atención de los problemas de salud comunes de la población por agentes de salud comunitaria (líderes de salud, Brigadistas, Colaboradores Voluntarios)

La capacitación del personal comunitario para la atención de problemas de salud más comunes en la población, el apoderamiento de los conocimientos de parte del personal comunitario favorece positivamente a la comunidad.

⁶ Manual de casas base. Ministerio de Salud.

El manejo adecuado de ciertas enfermedades, la consejería de parte del personal comunitario ante los problemas de salud de la comunidad tiene gran valor, ya que la población con mayor entusiasmo acepta los consejos de parte de estas personas, lo que motiva a mejorar los estilos de vida de la población.⁷

Pesaje Infantil Comunitario:

La vigilancia del estado nutricional infantil comunitario es otra tecnología de gran impacto, ya que permite a la comunidad priorizar actividades en pro de mejorar la nutrición infantil.

La tecnología aplicada en el pesaje comunitario, el aprovechamiento de estas actividades para la consejería viene a incidir grandemente en el estado de salud de la población.⁸

Referencia Comunitaria:

La apropiación de los conocimientos a través de las capacitaciones comunitarias viene a reflejarse en la detección oportuna de los riesgos infantiles, maternos y en la salud en general de la población.

Los medios utilizados para el transporte de pacientes enfermos, las rutas críticas, las señales de aviso son tecnologías que la comunidad se ha apropiado a fin de resolver problemas de salud en la comunidad.⁹

⁷ AIEPI comunitario.

⁸ Programa comunitario de salud y nutrición. Ministerio de Salud PMSS.

⁹ Sistema de información comunitaria. Ministerio de Salud PMSS.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de Estudio:

El presente estudio es una sistematización de experiencia que busca captar el pensamiento de la comunidad respecto a su realidad objetiva y la percepción de esa realidad de parte de un grupo de agentes comunitarios de la salud.

Para este estudio de Sistematización de Experiencias de Tecnologías Aplicadas en el Trabajo Comunitario de Salud en el Municipio de Quilalí, Nueva Segovia, se utilizó un método cualitativo participativo. Para indagar las experiencias acumuladas por líderes comunitarios en su trabajo y aplicación de tecnologías.

Quedaron excluidos del estudio aquellos líderes de salud inactivos de la comunidad y los líderes que no habían tenido capacitaciones en salud.

b. Objeto de Estudio:

El Objeto de estudio fueron todas las Experiencias de Tecnologías Aplicadas en Salud. El grupo seleccionado estuvo compuesto por los líderes comunitarios de las 44 comunidades del municipio de Quilalí, con experiencias de tecnologías aplicadas en salud. En el estudio se incluyeron brigadistas y parteras que habían sido capacitados en salud de estos se seleccionaran un total de 16 parteras, 8 trabajadores de salud y 40 líderes comunitarios.

c. Unidad de Análisis:

La unidad de análisis estuvo basada en las experiencias de brigadistas y parteras, en la aplicación de tecnologías en salud en el trabajo comunitario.

Etapas del proceso de sistematización. Guía Metodológica de Sistematización. PNUD.

Etapa 1. Planificación de la sistematización.

Paso 1. Delimitación del objetivo.

Paso 2. Definición del objeto.

Paso 3. Precisión del eje de sistematización.

Paso 4. Definición del método.

Etapa 2. Recuperación, análisis e interpretación de la experiencia.

Paso 1. Recopilación de la información.

Paso 2. Ordenamiento de la información.

Paso 3. Análisis e interpretación crítica de la experiencia.

Paso 4. Síntesis de los aprendizajes.

Etapa 3. Comunicación de los aprendizajes.

Paso 1. Elaborar una estrategia de comunicación.

Paso 2. Diseñar y elaborar los materiales.

Paso 3. Realizar eventos de socialización.

El estudio fue conformado por los siguientes descriptores:

- Componentes del trabajo comunitario con relación a las tecnologías aplicadas en Salud por brigadistas y parteras.
- Contenidos de acción que fueron implementados y formas de aplicación de las tecnologías apropiadas en el trabajo comunitario por brigadistas y parteras.

- Características presentadas en las etapas de implementación del trabajo comunitario.
- Lecciones aprendidas con relación a tecnologías aplicadas en el trabajo comunitario en salud y su relación con los Indicadores de Salud.
- El tipo de tecnologías aplicadas en el trabajo comunitario por brigadistas.
- El tipo de tecnologías aplicadas en el trabajo comunitario por parteras.
- Las limitaciones que obstaculizan la aplicación de tecnologías comunitarias.
- Los factores facilitadores para la aplicación de tecnologías comunitarias.

d. Fuente de Obtención de la Información:

La fuente de obtención de la información estuvo constituida por 16 parteras y 8 recursos del personal de salud, sobre las tecnologías aplicadas en el trabajo comunitario del municipio de Quilalí, a estos se les realizó una entrevista abierta.

Se realizaron 5 grupos focales integrados por 8 líderes de salud cada uno, los cuales fueron reunidos en los 5 puntos de referencia que estuvieron determinados por las Unidades de Salud ubicadas en las comunidades de Panalí, Vigía, San Bartolo, Manchones y Plan Grande del área rural del municipio de Quilalí.

e. Revisión Documental

Para la revisión documental se utilizaron los siguientes documentos: Informes técnicos, informes evaluativos, análisis de producción de servicios, análisis de la red de servicios, estudio de la red de servicios de salud. Estos documentos se encuentran en los archivos de la sede del municipio.

Como un recurso necesario para contrastar las lecciones aprendidas, el procesamiento de datos se realizó de manera manual utilizando los paquetes de Microsoft Word y Microsoft Excel, para llegar al análisis de las prácticas concretas, con relación a las tecnologías aplicadas.

g. Trabajo de Terreno

Se realizó una convocatoria, para reunir a los grupos focales, indicándoles hora, fecha y local donde se realizaron las entrevistas a las parteras,

- La recolección de la Información se obtuvo a través de entrevistas previamente elaborada con preguntas abiertas, dirigidas a brigadistas, parteras y personal de las comunidades del municipio de Quilalí que aplican tecnologías en salud en el trabajo comunitario. (Ver anexo)
- Para la conformación de grupos focales con líderes de salud, a fin de enriquecer las lecciones aprendidas con relación a tecnologías aplicadas en el trabajo comunitario en salud, se visitaron las cinco unidades de salud en las comunidades seleccionadas. En cada comunidad se conformó un grupo focal.
- Se explicaron los aspectos éticos considerados para la realización del estudio y,
- Se informó la importancia del estudio como garantía de superar los obstáculos encontrados en el desempeño del trabajo comunitario.

MATRIZ DE DESCRIPTORES.

Componente	Descriptor	Indicador	Fuente	Técnica
Tecnologías aplicadas al trabajo comunitario por Brigadistas y parteras	Tipo de tecnología aplicada al trabajo comunitario brigadista	Administración de SRO Uso de alimentos disponibles en la comunidad para mejorar la nutrición de los niños. UROC Pesaje infantil Referencia comunitaria y SICO.	Lluvia de ideas Resultados de Grupo Focal	Guía de Grupo Focal Realización de grupo focal. Aplicación del instrumento dirigida al Personal Comunitario
Tecnologías aplicadas al trabajo comunitario por Brigadistas y parteras	Tipo de tecnología aplicada al trabajo comunitario por partera	Tecnologías aplicadas por parteras. Atención de parto, embarazo y fertilidad humana. Consejería	Lluvia de ideas Resultados de Grupo Focal	Guía de Grupo Focal Realización de grupo focal. Aplicación del instrumento dirigida al Personal Comunitario

Tecnologías aplicadas al trabajo comunitario por Brigadistas y parteras	Características presentadas en la etapa de implementación de las tecnologías	Aceptación Utilización Empoderamiento Aplicación	Lluvia de ideas Resultados de Grupo Focal	Guía de Grupo Focal Realización de grupo focal. Aplicación del instrumento dirigida al Personal Comunitario
Tecnologías aplicadas al trabajo comunitario por Brigadistas y parteras	Lecciones aprendidas con relación a tecnologías aplicadas en el trabajo comunitario en salud	Adecuación de tecnologías Impacto obtenido Utilización de tecnologías Involucramiento en la aplicación de tecnologías por la comunidad	Lluvia de ideas Resultados de Grupo Focal	Guía de Grupo Focal Realización de grupo focal. Aplicación del instrumento dirigida al Personal Comunitario
Tecnologías aplicadas al trabajo comunitario por Brigadistas y parteras	Contenidos de acción fueron implementados y formas de aplicación de las tecnologías apropiadas en el	Capacitación Seguimiento y monitoreo Aceptación Involucramiento en las actividades de aplicación de la tecnología	Lluvia de ideas Resultados de Grupo Focal	Guía de Grupo Focal Realización de grupo focal. Aplicación del instrumento dirigida al Personal Comunitario

	trabajo comunitario por Brigadistas y parteras.	Componentes del trabajo comunitario con relación a las tecnologías aplicadas en Salud por Brigadistas y parteras.	Capacitación Seguimiento y monitoreo Aceptación Involucramiento en las actividades de aplicación de la tecnología	Lluvia de ideas Resultados de Grupo Focal	Guía de Grupo Focal Realización de grupo focal. Aplicación del instrumento dirigida al Personal Comunitario
Tecnologías aplicadas al trabajo comunitario por Brigadistas y parteras	Limitaciones que la de aplicación de tecnologías comunitarias.	Factores que limitan la implementación de tecnologías comunitarias	Factores que facilitan la implementación de tecnologías comunitarias	Lluvia de ideas Resultados de Grupo Focal	Guía de Grupo Focal Realización de grupo focal. Aplicación del instrumento dirigida al Personal Comunitario
Tecnologías aplicadas al trabajo comunitario por Brigadistas y parteras	Factores Facilitadores para la aplicación de tecnologías comunitarias	Factores que facilitan la implementación de tecnologías comunitarias	Factores que facilitan la implementación de tecnologías comunitarias	Lluvia de ideas Resultados de Grupo Focal	Guía de Grupo Focal Realización de grupo focal. Aplicación del instrumento dirigida al Personal Comunitario

VIII. RESULTADOS

Resultados de las Entrevistas a Líderes Comunitarios del Municipio de Quilalí.

Los resultados fueron obtenidos a través de la aplicación de entrevistas al personal comunitario integrado por 16 parteras, 8 trabajadores de salud y 40 líderes comunitarios.

8.1. La descripción de los componentes del trabajo comunitario, referente a las tecnologías aplicadas en salud por brigadistas y parteras, los participantes informaron que los componentes del trabajo comunitario se basan principalmente en el fortalecimiento de la participación social.

Algunos de los componentes del trabajo comunitario que se mencionan son:

- Visitas domiciliarias.
- Búsqueda de casos de enfermedades prevalentes de la infancia.
- Búsqueda de casos de enfermedades inmunoprevenibles.
- Desarrollo de jornadas de higiene y limpieza.
- Monitoreo de los niveles de cloro en el agua de consumo.
- Charlas individuales y colectivas a mujeres renuentes.
- Tratamiento domiciliar de casos positivos de malaria.
- Toma de gota gruesa para diagnóstico de malaria.
- Control del peso en la comunidad y la educación individual de las madres.
- Asesoría para mejorar hábitos alimenticios en los niños.
- Detección y tratamiento de casos de Diarrea a nivel comunitario.
- Promoción de métodos de planificación familiar comunitarios.
- Uso de la referencia comunitaria donde existe un reconocimiento permitiendo un uso más racional de los servicios y brindar una respuesta más rápida a la población”.

8.2. Los contenidos de acción que fueron implementados para la aplicación de las tecnologías comunitarias en salud son:

Capacitaciones. Se iniciaron en los años 80, los cuales eran basados principalmente en primeros auxilios, la selección de las personas para el desarrollo del plan educativo de los líderes comunitarios se realizó básicamente en la voluntariedad de las personas ante el peligro acechado por la guerra.

Luego de la organización comunitaria se desarrollan planes de capacitación dirigidos a la formación integral de los Brigadistas y las Parteras, donde se hacía mucho énfasis en las Jornadas de Vacunación, las Luchas antiepidémicas y las Jornadas de Higiene y Limpieza.

Seguimiento y monitoreo. Al inicio muy pobre, los recursos humanos del Ministerio limitados pero de los años 90 en adelante refieren mayor apoyo tanto del Ministerio de Salud como de Organismos No Gubernamentales que desarrollan actividades comunitarias, estas actividades van desde el monitoreo de los registros de libros y cuadernos hasta la verificación con las tarjetas de las madres en la comunidad, la verificación de las actividades de pesaje y el control de puerperio en las comunidades por personal de salud cuando los partos han sido atendidos por parteras.

Aceptación. La constante lucha por lograr la modificación de costumbres en los líderes comunitarios se ve acompañada por las constantes actividades de supervisión y monitoreo, las cuales ratifican a través de la referencia oportuna de los casos de riesgo, las cuales no se tratan en la comunidad dándole la debida importancia del tratamiento médico.

Involucramiento en las actividades de aplicación de la tecnología. Esto se refiere a que de manera voluntaria aceptaron participar en la aplicación de las tecnologías, es una lucha constante entre los quehaceres de cada líder y la obligatoriedad por desarrollar las tecnologías comunitarias, esto atrae de manera constante mayor número de voluntarios al promocionar la importancia de la aplicación de las tecnologías desarrolladas en la comunidad.

8.3. Al describir las formas de aplicación de las tecnologías apropiadas en el trabajo comunitario por brigadistas y parteras utilizaron principalmente las demandas del momento. Utilizaron por ejemplo las sales de rehidratación oral las cuales respondían al incremento de los casos de diarrea en el municipio sustituyendo la creencia de que estas se debían principalmente al “mal de ojo”, “diarreas mangueras” y las del inicio de la temporada de los “elotes”. También refieren a las de la “entrada del invierno”, las cuales se conocía que causaban desgaste en el enfermo y que mejoraban por la sed constante del mismo. Surge entonces la necesidad de rehidratar al enfermo con diarrea, no de la manera adecuada pero sí de manera empírica, luego estas de manera sencilla se introdujeron a través de las charlas educativas a nivel comunitario y de manera particular a madres de niños enfermos, que a través de la verificación de la mejoría de sus hijos fueron trasladando estos conocimientos al resto de la comunidad. Entonces parece ser que las charlas comunitarias han sido la base para la aplicación de las tecnologías y la verificación a través de la realidad vivida que a veces cruelmente por la pérdida de un ser querido logran convencerse de lo importante de la tecnología.

La consejería individual y la verificación de la aplicación de las tecnologías han sido muy importantes para poner en práctica las tecnologías en salud.

Se refiere también a la aceptación y credibilidad del líder comunitario para el desarrollo de las tecnologías comunitarias aplicadas en salud, ya que de esto

depende la aceptación de la comunidad, lo cual se gana a través del contacto comunitario, la buena comunicación y el respeto.

8.4. Al describir las características presentadas en las etapas de implementación del trabajo comunitario se refieren a los esfuerzos realizados para formar al red de apoyo a los servicios de salud, que varían de comunidad en comunidad en dependencia de factores que pueden estar vinculados desde las cualidades de las personas que están conduciendo los procesos de participación social, hasta factores políticos, sociales que inciden en la participación. En el abordaje de los problemas de salud está muy vinculada a los procesos de educación experimentados a través de capacitaciones que se le han impartido al personal comunitario, destacando la importancia de algunas acciones específicas para fomentar la participación comunitaria por ejemplo la implementación del sistema de vigilancia epidemiológica en algunas comunidades han involucrado una gran participación comunitaria.

En cuanto al sistema de referencia y contrarreferencia, existe reconocimiento sobre lo que ha significado la participación en cuanto a la captación y referencia de los casos que ha permitido hacer un uso más racional de los servicios y brindar respuesta más rápida a la población.

Cuando se cuenta con una efectiva participación comunitaria, los resultados positivos tienden a dar sus frutos en muchas direcciones. Para resolver los problemas de salud de la población se identifican tres grandes líneas de trabajo:

- Articulación de la red de servicios de salud.
- Ampliación de cobertura de servicios.
- Promoción y educación en salud.

Los participantes del estudio reconocen que desde antes del año 1997 hasta la fecha las comunidades han venido desarrollando ejercicios de participación intersectorial que ha implicado coordinación, reflexión para la toma de decisiones conjuntas y no sólo para la acción en sí y la participación, gestión, seguimiento y evaluación de las

acciones mismas. En la etapa de implementación se han logrado superar problemas de comunicación, organización, coordinación y evaluación de las actividades que se enfrentan actualmente logrando que la comunidad provea de información, realice la demanda mientras el personal de salud formula los problemas y posibles soluciones desarrollando la capacidad de resolución y la toma de decisiones en el territorio.

8.5. Las lecciones aprendidas con relación a las tecnologías aplicadas en el trabajo comunitario en salud y su relación con los indicadores de salud “Es necesario ganar la voluntad de los agentes involucrados, como brigadistas y parteras para asegurar el interés y voluntad de continuar fortaleciendo los procesos, así como garantizar la participación de la comunidad en todo el proceso de gestión de la salud, desde el diagnóstico de los problemas de salud y la planificación para sus soluciones, hasta la evaluación de las acciones realizadas”.

En medida que se incrementan los conocimientos de las personas, no solamente se mejora la práctica en el servicio que éstos brindan, sino que se incrementa el interés de la gente, volviéndose más activos y efectivos promotores de la salud.

No se puede avanzar con certeza sin la producción de información para la toma de decisiones. La experiencia al respecto, enseña que es necesario integrar en un solo sistema insumos que hasta ahora solo se vienen manejando de forma aislada. Para ello es vital el diseño y el establecimiento de un sistema de información que recoja insumos que brinda la referencia y contrarreferencia comunitaria, la información sobre el desarrollo de actividades que se realizan en la comunidad, y los reportes de los agentes comunitarios, especialmente las parteras. El nivel de integración de estos tres tipos de información debe ser desde la comunidad y alimentar los niveles municipales y departamentales hasta el nivel central.

Resultados de Grupos Focales:

8.6. Al realizar la descripción de los componentes del trabajo comunitario con relación a las tecnologías aplicadas en salud por brigadistas y parteras, los participantes informaron que "los componentes del trabajo comunitario se basan principalmente en el fortalecimiento de la participación social, donde logran reconocer que ha habido cambios en ésta, en el ámbito municipal, no solo en cuanto a la ampliación la participación en salud a otros sectores, sino también en cuanto a la calidad y complejidad del quehacer en salud de actores que no necesariamente son del sector." "los brigadistas de salud antes visitaban las casas y realizaban trabajos que realmente le correspondían a la población llevar a cabo.

Hoy su papel es más educativo, coordinan con el responsable del puesto de salud y son un enlace entre la comunidad y el Centro de Salud". Los componentes del trabajo comunitario que se mencionan son las visitas domiciliarias, la búsqueda de casos de enfermedades prevalentes de la infancia y de casos de enfermedades inmunoprevenibles, la coordinación de jornadas de higiene y limpieza, el monitoreo de los niveles de cloro en el agua de consumo, el trabajo dirigido a madres renuentes en la comunidad a través de charlas individuales y colectivas, el tratamiento domiciliar de casos positivos de malaria, la toma de gota gruesa, el pesaje comunitario y la educación individual de las madres para mejorar el estado nutricional de sus hijos, haciendo uso de los recursos disponibles en el hogar, el manejo de casos de diarrea a nivel comunitario haciendo usos de las unidades de rehidratación comunitarias, el manejo de métodos de planificación familiar y el uso de la referencia comunitaria donde existe un reconocimiento permitiendo un uso racional de los servicios y brindar una respuesta rápida a la población".

8.7. Los contenidos de acción que fueron implementados para la aplicación de las tecnologías comunitarias en salud se describen a continuación: las Capacitaciones se iniciaron en los años 80, los cuales eran basados principalmente en primeros auxilios, la selección de las personas para el desarrollo del plan educativo de los líderes comunitarios se realizó básicamente en la voluntariedad de las personas ante el peligro acechado por la guerra.

Luego de la organización comunitaria se desarrollan planes de capacitación dirigidos a la formación integral de los Brigadistas y las Parteras, donde se hacía mucho énfasis en las Jornadas de Vacunación, las Luchas antiepidémicas y las Jornadas de Higiene y Limpieza.

Seguimiento y monitoreo: al inicio muy pobre, los recursos humanos del Ministerio limitados pero de los años 90´ en adelante refieren mayor apoyo tanto del Ministerio de Salud como de Organismos No Gubernamentales que desarrollan actividades comunitarias, estas actividades van desde el monitoreo de los registros de libros y cuadernos hasta la verificación con las tarjetas de las madres en la comunidad, la verificación de las actividades de pesaje y el control de puerperio en las comunidades por personal de salud cuando los partos han sido atendidos por parteras.

Aceptación: la dura y constante lucha por lograr la modificación de costumbres en los líderes comunitarios se ve acompañada por las constantes actividades de supervisión y monitoreo, que se ratifican a través de la referencia oportuna de los casos de riesgo, estas referencias no se tratan en la comunidad dándole la debida importancia del tratamiento médico.” Se reconoce que ha habido avances en salud y que se han implementado iniciativas en salud para mejorar el estado de salud de las personas de la comunidad”.

Involucramiento en las actividades de aplicación de la tecnología: refieren que de manera voluntaria han aceptado el participar en la aplicación de las tecnologías, es una lucha constante entre los quehaceres de cada líder y la obligatoriedad por desarrollar las tecnologías comunitarias, esto atrae de manera constante mayor número de voluntarios al promocionar la importancia de la aplicación de las tecnologías desarrolladas en la comunidad. “Es importante dar espacios para la revitalización y preservación de nuestros propios conocimientos y las formas de hacer las cosas, fortaleciendo así las acciones de salud en la comunidad”

8.8. Al describir las formas de aplicación de las tecnologías apropiadas en el trabajo comunitario por brigadistas y parteras se basaron principalmente a las demandas del momento; por ejemplo se refieren al uso de las sales de rehidratación oral las que respondían al incremento de los casos de diarrea en el municipio, y la creencia de que estas se debían principalmente a las conocidas como diarreas de “mal de ojo”, “diarreas mangueras” y las del inicio de la temporada de los “elotes”, también refieren a las de la “entrada del invierno”, se conocía que causaban desgaste en el enfermo y que se mejoraban por la sed constante del mismo, de aquí surge la necesidad de rehidratar al enfermo con diarrea, no de la manera adecuada pero sí de manera empírica. Luego estas de manera sencilla se introdujeron a través de las charlas educativas a nivel comunitario y de manera particular a madres de niños enfermos, que a través de la verificación de la mejoría de sus hijos fueron trasladando estos conocimientos al resto de la comunidad, de aquí que las charlas comunitarias han sido la base para la aplicación de las tecnologías y la verificación a través de la realidad vivida que a veces cruelmente por la pérdida de un ser querido logran convencerse de lo importante de la tecnología.

“Se ha contribuido en la disminución de enfermedades previsibles... se han reducido las muertes maternas... se ha mejorado el sistema de información y referencia en el ámbito comunitario”

La consejería individual y la verificación de la aplicación de las tecnologías han sido muy importantes para poner en práctica las tecnologías en salud.

“Se ha incidido en las principales patologías con el personal comunitario”

Se refiere también a la aceptación y credibilidad del líder comunitario para el desarrollo de las tecnologías comunitarias aplicadas en salud, ya que de esto depende la aceptación de la comunidad, lo cual se gana a través del contacto comunitario, la buena comunicación y el respeto.

8.9. Al describir las características presentadas en las etapas de implementación del trabajo comunitario se refieren a los esfuerzos realizados para formar al red de apoyo a los servicios de salud, que varían de comunidad en comunidad en dependencia de factores que pueden estar vinculados desde las cualidades de las personas que están conduciendo los procesos de participación social, hasta factores políticos, sociales que inciden en la participación. “ Se ha experimentado las miles de maneras. En el abordaje de los problemas de salud está muy vinculada a los procesos de educación experimentados a través de capacitaciones que se le han impartido al personal comunitario, destacando la importancia de algunas acciones específicas para fomentar la participación comunitaria por ejemplo la implementación del sistema de vigilancia epidemiológica en algunas comunidades han involucrado una gran participación comunitaria.

En cuanto al sistema de referencia y contrarreferencia, existe reconocimiento sobre lo que ha significado la participación en cuanto a la captación y referencia de los casos que ha permitido hacer un uso más racional de los servicios y brindar respuesta más rápida a la población.

Cuando se cuenta con una efectiva participación comunitaria, los resultados positivos tienden a dar sus frutos en muchas direcciones. Para resolver los problemas de salud de la población se identifican tres grandes líneas de trabajo:

- Articulación de la red de servicios de salud.
- Ampliación de cobertura de servicios.
- Promoción y educación en salud.

Los participantes del estudio reconocen que desde antes del año 1997 hasta la fecha las comunidades han venido desarrollando ejercicios de participación intersectorial que ha implicado coordinación, reflexión para la toma de decisiones conjuntas y no sólo para la acción en sí y la participación, gestión, seguimiento y evaluación de las acciones mismas. En la etapa de implementación se han logrado superar problemas de comunicación, organización, coordinación y evaluación de las actividades que se enfrentan actualmente logrando que la comunidad provea de información, realice la demanda mientras el personal de salud formula los problemas y posibles soluciones desarrollando la capacidad de resolución y la toma de decisiones en el territorio.

IX ANÁLISIS DE RESULTADOS

9.1. Aspectos Generales de la sistematización de experiencias comunitarias de tecnologías aplicadas en salud:

Los resultados obtenidos en la sistematización muestran el gran avance en la aplicación de las tecnologías aplicadas en salud así como el empoderamiento de las acciones de salud por parte del personal comunitario, de aquí que la práctica se hace a partir de la perspectiva de las personas que participan en la experiencia y no de expertos externos.

En las entrevistas se observa la anuencia del trabajo comunitario y la aplicación de las tecnologías aplicadas en salud por parte de brigadistas y parteras. La experiencia es muy enriquecedora ya que el conocimiento empírico logra modificarse a través del involucramiento de los actores principales de la comunidad en el quehacer diario del sistema de salud.

El proceso de participación social en salud ha vivido en los últimos años cambios trascendentales en cuanto a mejorar la calidad de sus prácticas empíricas y realizarlas a través de tecnologías a fin de dar respuesta a los problemas de salud de la población, mejorar la calidad y la complejidad del quehacer en salud de la comunidad.

La sistematización propone producir un nuevo conocimiento a partir de una práctica concreta. De ahí que para sistematizar una experiencia, hay que haber participado en ella.

9.2. Así como se reflejan las experiencias, se identifican cambios en la forma que ha variado su manera de participar, que han implicado la coordinación, la toma de decisiones conjuntas y no sólo la acción en sí, sino también, la planificación, gestión, seguimiento y evaluación de las acciones mismas, todo derivado de la capacitación,

el seguimiento y monitoreo, la aceptación de las tecnologías y el involucramiento en el desarrollo y aplicación de la tecnología.

Se refiere también a la aceptación y credibilidad del líder comunitario para el desarrollo de las tecnologías comunitarias aplicadas en salud, ya que de esto depende la aceptación de la comunidad, lo cual se gana a través del contacto comunitario, la buena comunicación y el respeto.

9.3. La consejería individual y la verificación de la aplicación de las tecnologías han sido muy importantes para poner en práctica las tecnologías en salud, ya que a través del monitoreo continuo de las prácticas se logra mayor empoderamiento de las técnicas a emplearse en la ejecución de las mismas, y de esta manera poder ejecutarlas ante situaciones que se presenten en la comunidad.

9.4. La efectiva participación comunitaria, y los resultados positivos de la misma tienden a dar sus frutos en muchas direcciones. Para resolver los problemas de salud de la población se identifican tres grandes líneas de trabajo:

- Fortalecer la articulación de la red de servicios de salud.
- Ampliación de cobertura de servicios.
- Promoción y educación en salud.

Se aborda en ello la Promoción y educación en salud debido a que esta hace un enfoque individual que permita a cada sujeto de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.

En la etapa de implementación se han logrado superar problemas de comunicación, organización, coordinación y evaluación de las actividades que se enfrentan actualmente logrando que la comunidad provea la información y realice la demanda, mientras el personal de salud formula los problemas y posibles soluciones desarrollando la capacidad de resolución y la toma de decisiones en el territorio.

9.5. El que los agentes de salud se esfuercen para promover la participación comunitaria y la aplicación de las tecnologías aplicadas en salud, es importante, pero es necesario tener en cuenta la iniciativa de las personas para impulsar procesos de desarrollo humano a fin de fortalecer capacidades locales.

9.6. El tiempo ha ido transcurriendo y los involucrados en las acciones de salud reconocen que algunas experiencias han dejado huellas y han permitido aprender algunas lecciones importantes para continuar aplicándolas de la misma manera o para variar contenidos y formas de trabajo relacionados a la aplicación de las tecnologías y a la promoción de la participación, con el propósito de que el proceso de desarrollo integral como individuo se fortalezca paulatinamente de manera integral.

Es interesante conocer la riqueza contenida en este aprendizaje, dado que puede servir como elemento orientador en el quehacer de la participación social. En este aspecto se encuentran lecciones vinculadas con los aspectos conceptuales de las tecnologías aplicadas en salud, los aspectos metodológicos para su implementación y psicosociales, todos importantes para el abordaje exitoso desde el punto de vista teórico y práctico de la participación social en la aplicación de las tecnologías en salud.

9.7. Es fundamental el fortalecimiento de la organización / participación en la ejecución de las actividades en el ámbito comunitario, el cual significa estar pendientes del organizar, dirigir, ejecutar, coordinar, comunicarse y valorar los recursos económicos, humanos y sociales con que se cuenta para la implementación de las tecnologías aplicadas en salud por parte de los brigadistas y parteras del municipio.

Es necesario hacer un alto y reflexionar en qué medida el MINSA ha realizado esfuerzos para que la población se apropie de la salud como un tema de TODOS.

9.8. Otro aprendizaje reconocido, es la importancia metodológica que tiene la sensibilización para generar o fortalecer cambios de actitudes y comportamientos en la población, hacia un área específica de interés.

Se muestra que los esfuerzos que se han venido realizando para fortalecer los conocimientos y habilidades prácticas de los agentes de salud han sido muy valiosos y han tenido expresiones concretas al enfrentar los problemas de salud de las diferentes comunidades.

LECCIONES APRENDIDAS

Las lecciones aprendidas con las tecnologías aplicadas en el trabajo comunitario en salud tienen relación con los indicadores de salud. “Es necesario ganar la voluntad de los agentes involucrados, como brigadistas y parteras para asegurar el interés y voluntad de continuar fortaleciendo los procesos, así como garantizar la participación de la comunidad en todo el proceso de gestión de la salud, desde el diagnóstico de los problemas de salud y la planificación para sus soluciones, hasta la evaluación de las acciones realizadas”.

En medida que se incrementan los conocimientos de las personas, no solamente se mejora la práctica en el servicio que éstos brindan, sino que se incrementa el interés de la gente, volviéndose más activos y efectivos promotores de la salud.

No se puede avanzar con certeza sin la producción de información para la toma de decisiones. La experiencia al respecto, enseña que es necesario integrar en un solo sistema insumos que hasta ahora solo se vienen manejando de forma aislada. Es vital el diseño y el establecimiento de un sistema de información que recoja insumos que brinda la referencia y contrarreferencia comunitaria, la información sobre el desarrollo de actividades que se realizan en la comunidad, y los reportes de los agentes comunitarios, especialmente las parteras. El nivel de integración de estos tres tipos de información debe ser desde la comunidad y alimentar los niveles municipales y departamentales hasta el nivel central.

“La existencia de agentes tradicionales de salud, quienes son personas reconocidas en las comunidades por su papel en la salud comunitaria”.

“La importancia de la medicina natural en tanto es una alternativa de solución de las comunidades, sobre todo, de las comunidades pobres, donde no cuentan con las condiciones económicas para acceder a los servicios de salud”

“Algunas personas del área urbana no participan porque se atienen que están cerca, es un problema de comodidad. El poblador del área rural no pierde las pocas oportunidades que tienen en cuanto a aprender a brindar la atención de los problemas de salud en su comunidad”.

X. CONCLUSIONES

1. En los componentes del trabajo comunitario se destaca el proceso de participación social en salud, que ha vivido en los últimos años. Cambios trascendentales en cuanto a mejorar la calidad de sus prácticas empíricas y realizarlas a través de tecnologías a fin de dar respuesta a los problemas de salud de la población, mejorar la calidad y la complejidad del quehacer en salud de la comunidad.
2. Dentro de los contenidos de acción se identifican cambios en cuanto a la forma de participar que han implicado la coordinación, la toma de decisiones conjuntas y no sólo la acción en sí, sino también, la planificación, gestión, seguimiento y evaluación de las acciones mismas, todo derivado de la capacitación, el seguimiento y monitoreo, la aceptación de las tecnologías y el involucramiento en el desarrollo y aplicación de la tecnología.
3. Lo anterior conlleva a establecer niveles de necesidad de salud, estableciendo criterios de priorización de acuerdo a diversos aspectos de los niveles de organización y participación comunitaria y la capacidad gerencial y resolutive de sus actores.
4. La aceptación y credibilidad del líder comunitario para el desarrollo de las tecnologías comunitarias aplicadas en salud, han dependido de la buena comunicación y el respeto con los miembros de la comunidad.
5. En la etapa de implementación se han logrado superar problemas de comunicación, organización, coordinación y evaluación de las actividades que se enfrentan actualmente logrando que la comunidad provea la información y realice la demanda, mientras el personal de salud formula los problemas y posibles soluciones desarrollando la capacidad de resolución y la toma de decisiones en el territorio.

6. El tiempo ha ido transcurriendo y los involucrados en las acciones de salud reconocen que algunas experiencias de tecnologías apropiadas en salud desarrolladas en el trabajo comunitario han dejado huellas y han permitido aprender algunas lecciones importantes para continuar aplicándolas de la misma manera o para variar contenidos y formas de trabajo relacionados a la aplicación de las tecnologías y a la promoción de la participación, con el propósito de que el proceso de desarrollo integral como individuo se fortalezca paulatinamente de manera integral.

XI RECOMENDACIONES

Para el nivel Central:

- Fortalecer la participación como un derecho de la comunidad en todo el proceso de toma de decisiones en la gestión de la salud, desde el diagnóstico de problemas y la planificación para sus soluciones hasta la evaluación de las acciones realizadas.
- Desarrollar planes de promoción y educación sobre medicina tradicional para la captación y capacitación de nuevos recursos.

Para el SILAIS:

- Solicitar a las instancias correspondientes que se incluyan en los programas de capacitación temas relacionados con la promoción de la participación en salud y formas de sostenibilidad de las tecnologías aplicadas en salud.
- Orientar la complementariedad de los servicios aprovechando los recursos de la red comunitaria, cada miembro de la red deberá conocer sus competencias y responsabilidades, debiendo el Ministerio de Salud fortalecer su liderazgo.
- Fortalecer el papel de la contrarreferencia, ya que se estimula mucho la referencia institucional pero no se toma en cuenta la contrarreferencia como base del seguimiento comunitario de los problemas de salud.

Para el nivel local:

- Diseñar formas innovadoras que estimulen el desarrollo de los individuos a través de auto estudio, capacitaciones a distancia, encuentros e intercambio de experiencias para enriquecer el capital humano en las comunidades donde más se necesiten resolver los problemas de salud.
- Desarrollar planes de promoción y educación sobre medicina natural como una alternativa de solución de las comunidades, sobre todo de las comunidades pobres, donde no cuentan con las condiciones económicas para acceder a los servicios de salud.
- Elaborar estrategias de comunicación y sensibilización que permitan la integración permanente de los organismos y la sociedad a las diferentes actividades que se realizan para la prevención y atención en salud.
- Informar a todos los técnicos y agentes comunitarios de salud que participaron en la sistematización de esta experiencia para retroalimentar el aprendizaje obtenido.
- Impulsar iniciativas en el nivel local para continuar sistematizando estas u otras experiencias para aprender y corregir las tecnologías aplicadas en salud empoderando a la comunidad haciendo de estas prácticas un hábito y un quehacer diario de los agentes comunitarios.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Desarrollo Humano en Nicaragua. “Las Condiciones de Esperanza” – PNUD, Managua, 2002.
2. El proceso de sistematización (conceptos básicos y desarrollo de una experiencia). Ramírez, J.; Fernández, R., El Salvador 1996.
3. Encuesta nicaragüense de Demografía y Salud. INEC – MINSA. Nicaragua, 2001.
4. Introducción a la metodología de la investigación científica. Piura, J. Managua 1995.
5. Importancia estratégica de la sistematización en los procesos de investigación y los proyectos de desarrollo. Yopo, B. 1989.
6. La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina. Amaya L., Estrada MD, Pallais C. En Arroyo H., Sequeira MT. Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
7. La Participación Popular como componente y Estrategia de la Atención Primaria. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. CIES. Nicaragua, 1983.
8. La Participación Popular y Atención Primaria en Salud en Nicaragua. Ministerio de Salud. 1987
9. La carta de Ottawa para la promoción de la salud. OMS, 1987.

10. Líneas maestras de las Acciones Comunitarias, los objetivos científicos y tecnológicos. Artículo de Internet.
11. Manual de la Partera. Managua, MINSA. 1996.
12. Ministerio de Salud. Manual para la Promoción y Desarrollo de las Casas Bases. Managua, 1995.
13. Para sistematizar experiencias. O. Jara, Costa Rica 1994.
14. Para Sistematizar experiencias. Una Propuesta Teórica y Práctica. Oscar Jara. Editorial Alforja. 1998.
15. Política Nacional de Salud. Ministerio de Salud. 2005 – 2015.
16. Promoción de la Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Informe Anual del Director. Washington, D.C. OPS/OMS, 2001.
17. Promoción de la salud y equidad. Declaración de la conferencia internacional de promoción de la salud. OPS, 1992.
18. Salud Comunitaria: Conceptos, Métodos y Herramientas. CIES. José Ramón Espinoza, Manuel Martínez Moreira. Tomo 2, 1ra. Edición – Managua, Nicaragua, 2002.
19. Salud Comunitaria: Conceptos, Métodos y Herramientas. CIES. José Ramón Espinoza, Manuel Martínez Moreira. Tomo 1, 1ra. Edición – Managua, Nicaragua, 1999.

20. Sistematización de experiencias del trabajo en salud. Quiroz, T y Morgan, M
CELATS, 1992.

21. Teoría y Guía Práctica para la promoción de la Salud. Mauricio Gómez
Zamudio. Universidad Montreal. 1998.

Documentación revisada:

Documentos de evaluación municipal.

Planes de intervención.

Informes técnicos.

Informes evaluativos.

Dossier CIES.

ANEXOS

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

Maestría de Salud Pública.
Ocotal 2003 – 2005.

ENTREVISTA AL PERSONAL COMUNITARIO (BRIGADISTA / PARTERA)

OBJETIVO

Sistematizar las experiencias relevantes con relación al Trabajo comunitario y las tecnologías aplicadas por Brigadistas y parteras del municipio de Quilalí, Nueva Segovia durante el período 2003 – 2004.

- Describa brevemente los componentes del trabajo comunitario con relación a las tecnologías aplicadas en Salud por Brigadistas y parteras.
- Cuáles fueron los contenidos de acción que fueron implementados para la aplicación de las tecnologías comunitarias en salud?
- Cuáles fueron las formas de aplicación de las tecnologías apropiadas en el trabajo comunitario por Brigadistas y parteras.
- Cuáles son las características presentadas en las etapas de implementación del trabajo comunitario?
- Qué lecciones aprendidas tiene usted con relación a tecnologías aplicadas en el trabajo comunitario en salud?
- Han influido la introducción de tecnologías en salud en los Indicadores de Salud de su comunidad?.

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

Maestría de Salud Pública.
Ocotol 2003 – 2005.

GUIA DE GRUPO FOCAL.

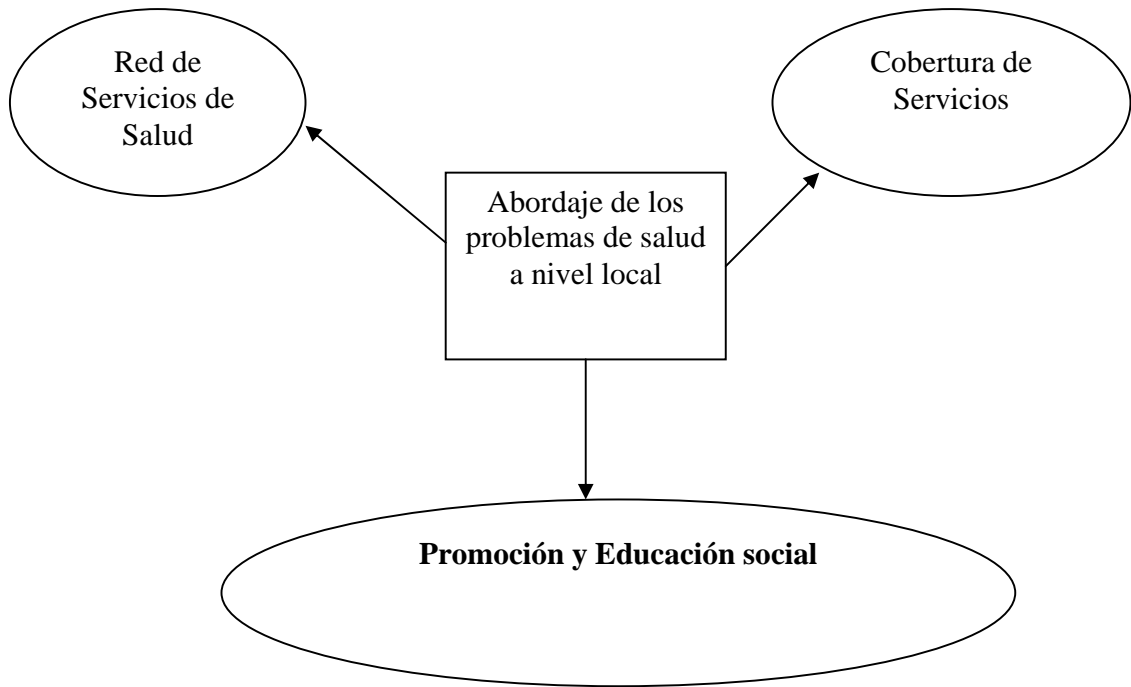
OBJETIVO

Sistematizar las experiencias relevantes con relación al Trabajo comunitario y las tecnologías aplicadas por Brigadistas y parteras del municipio de Quilalí, Nueva Segovia durante el período 2003 – 2004.

GUIA DE PREGUNTAS.

- Describir los componentes del trabajo comunitario con relación a las tecnologías aplicadas en Salud por Brigadistas y parteras.
- Analizar los contenidos de acción que fueron implementados y formas de aplicación de las tecnologías apropiadas en el trabajo comunitario por Brigadistas y parteras.
- Identificar las características presentadas en las etapas de implementación del trabajo comunitario.
- Rescatar las lecciones aprendidas con relación a tecnologías aplicadas en el trabajo comunitario en salud y de los Indicadores de Salud.

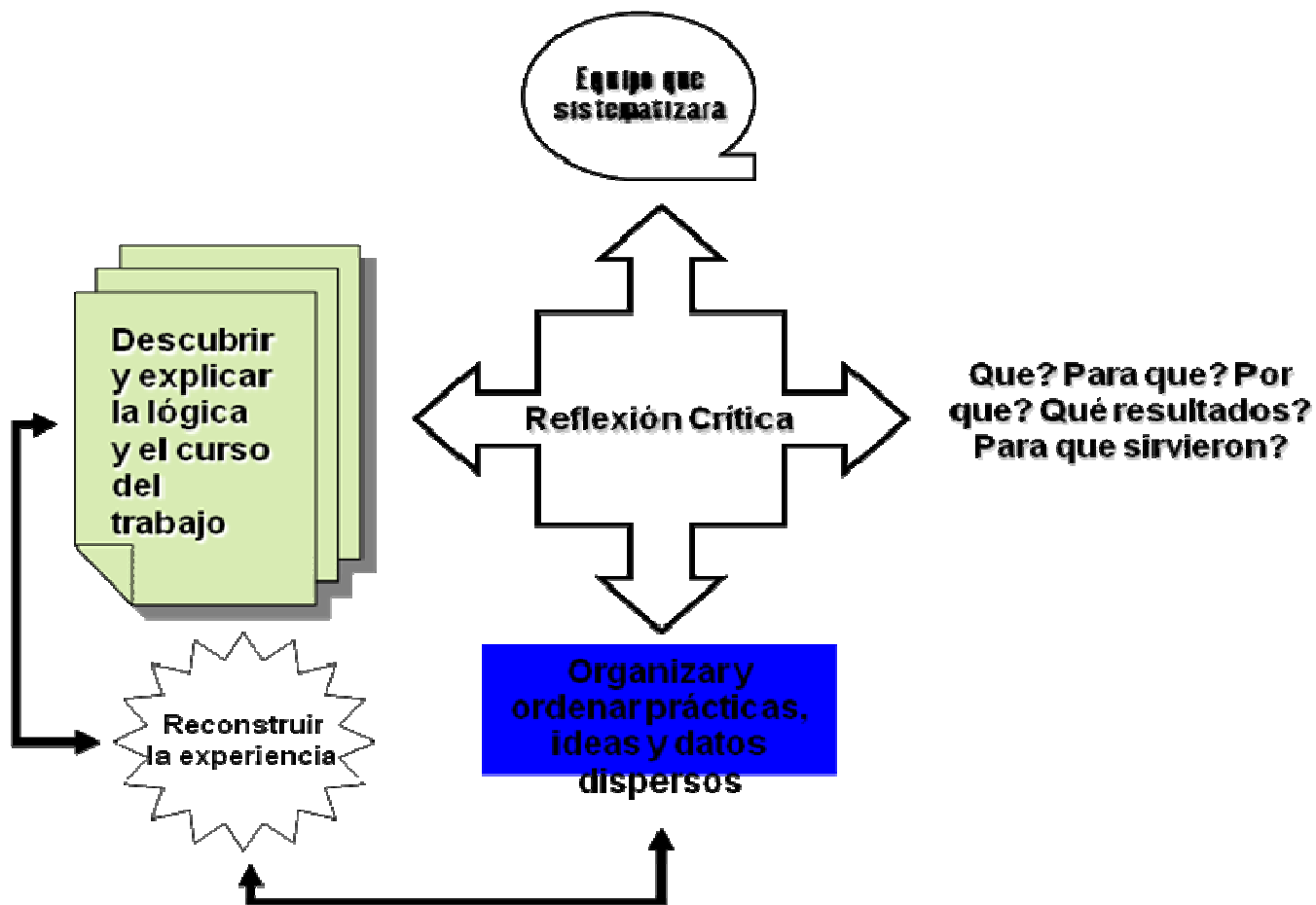
Formas de abordar los principales problemas de salud a nivel local



Red comunitaria en actividad de pesaje en Quilalí



Definición de sistematización

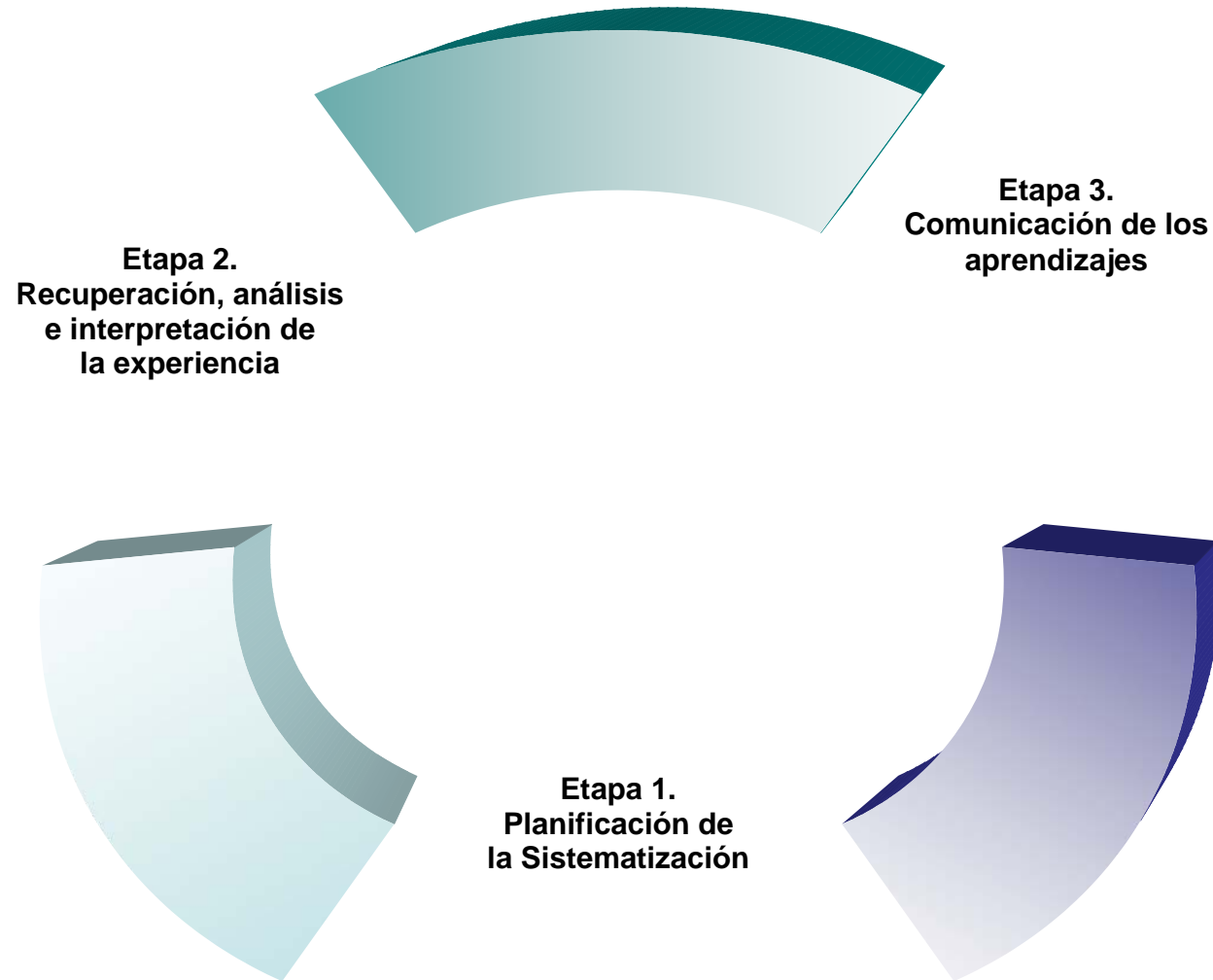


Martinic y Jara 1984.

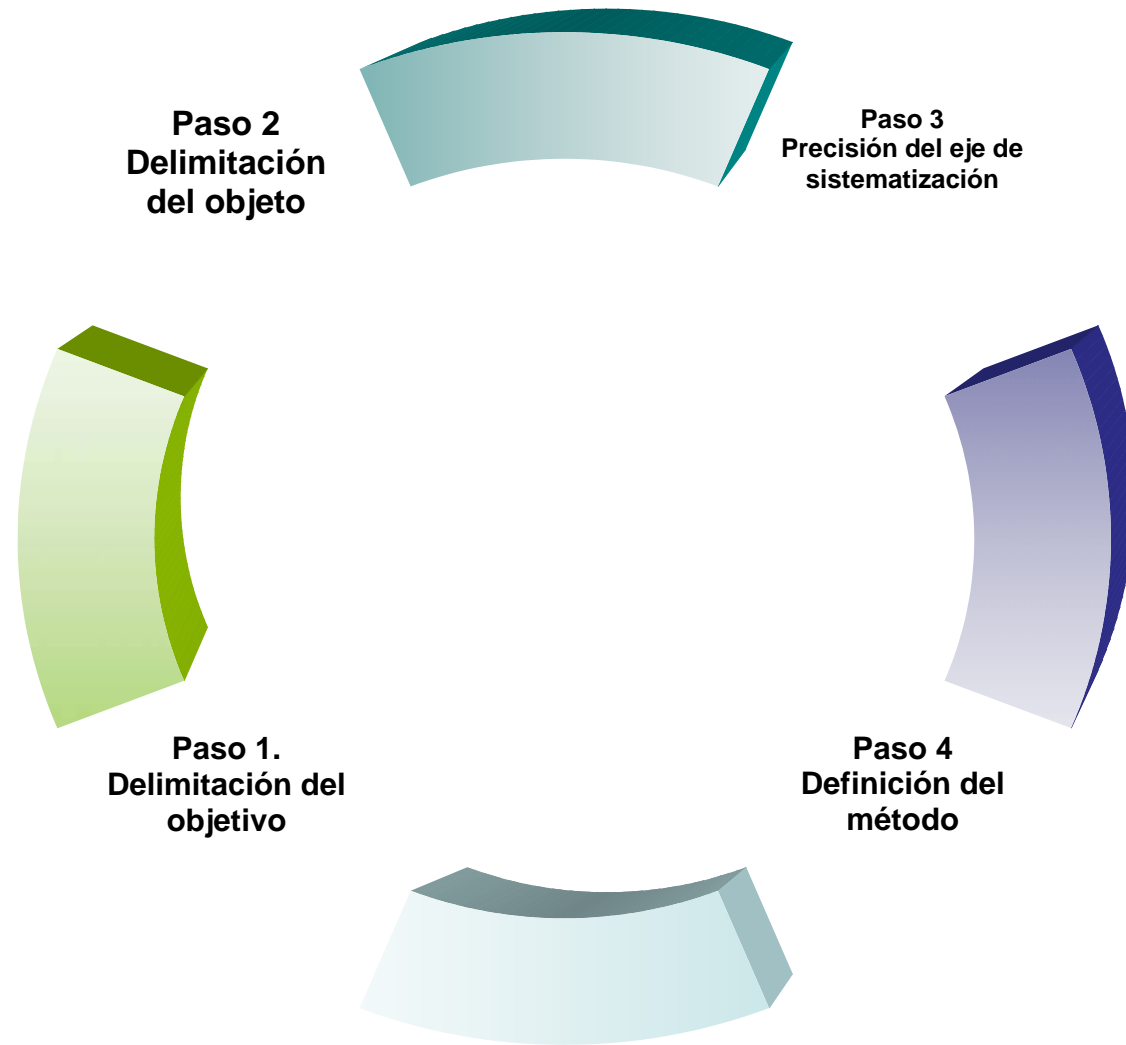
Tecnología en Salud:



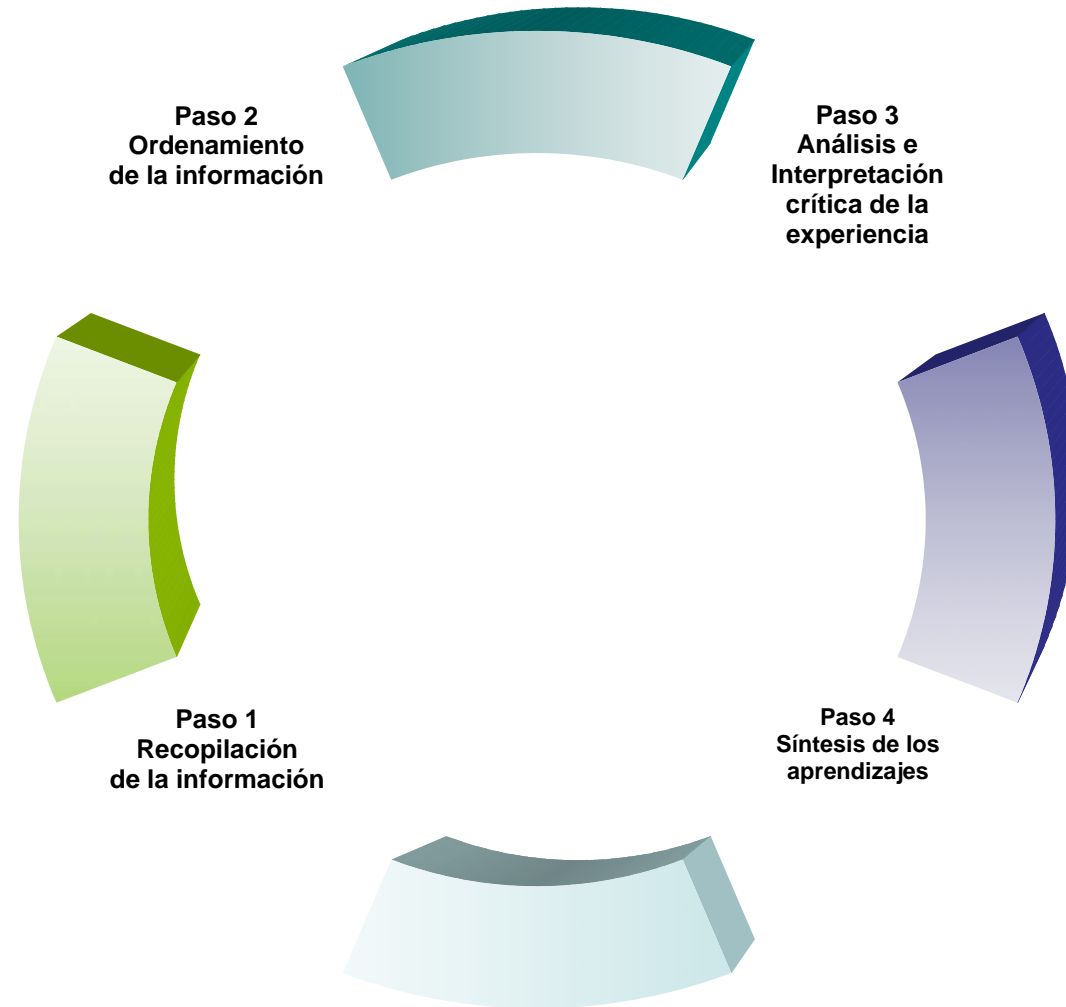
Etapas del proceso de sistematización:



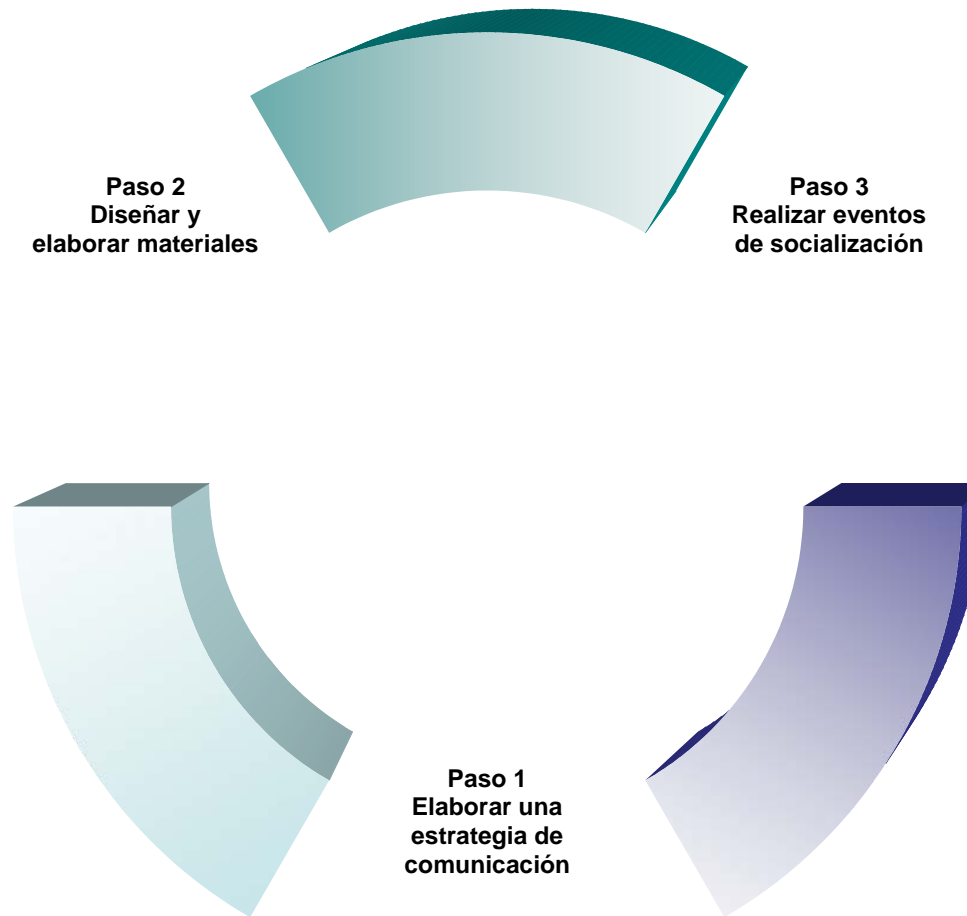
Etapa 1. Planificación de la sistematización



Etapa 2. Recuperación análisis e interpretación de la experiencia



Etapa 3. Comunicación de los aprendizajes



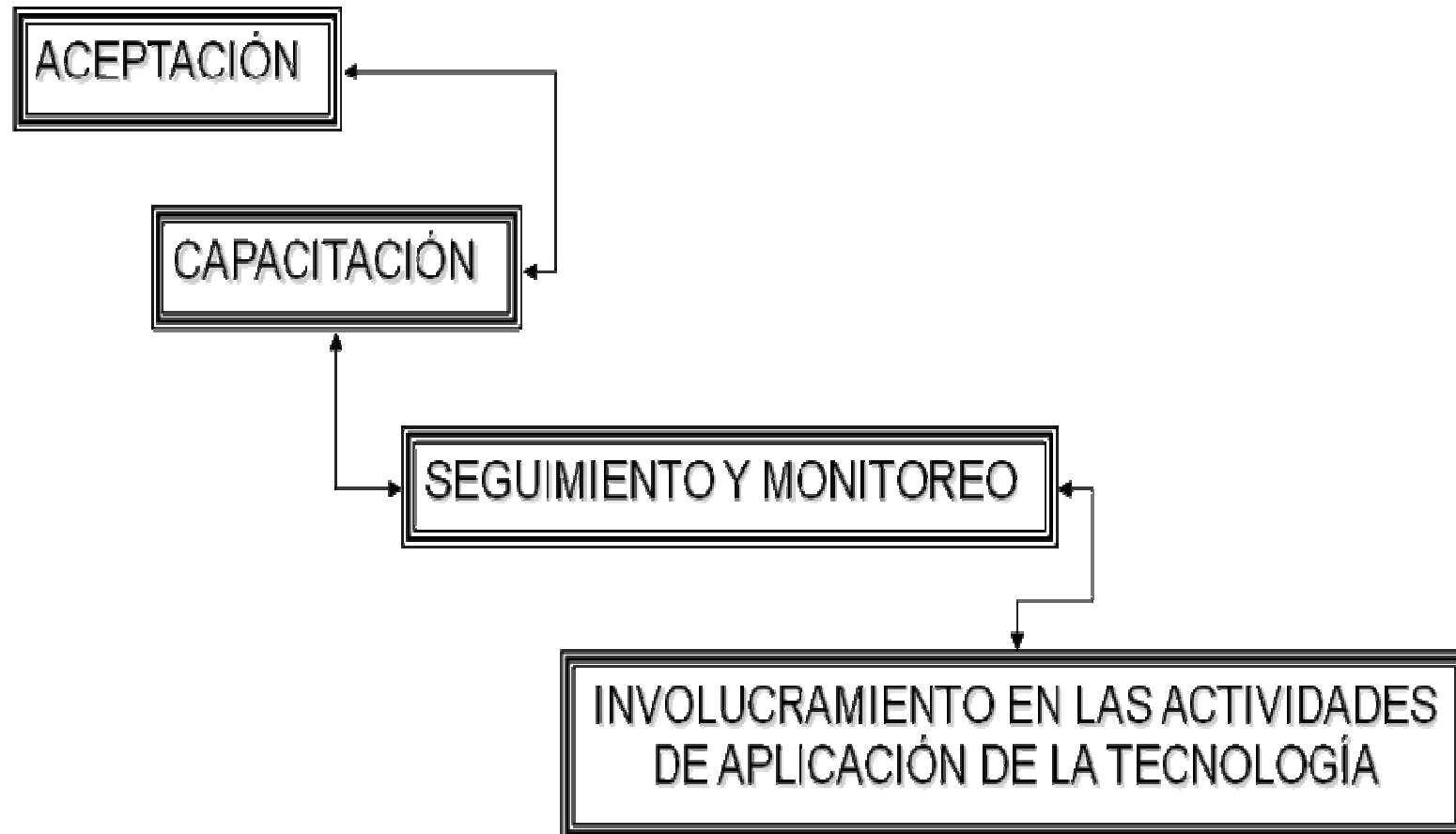
**Componentes del Trabajo Comunitario con relación
a las tecnologías aplicadas en salud.**



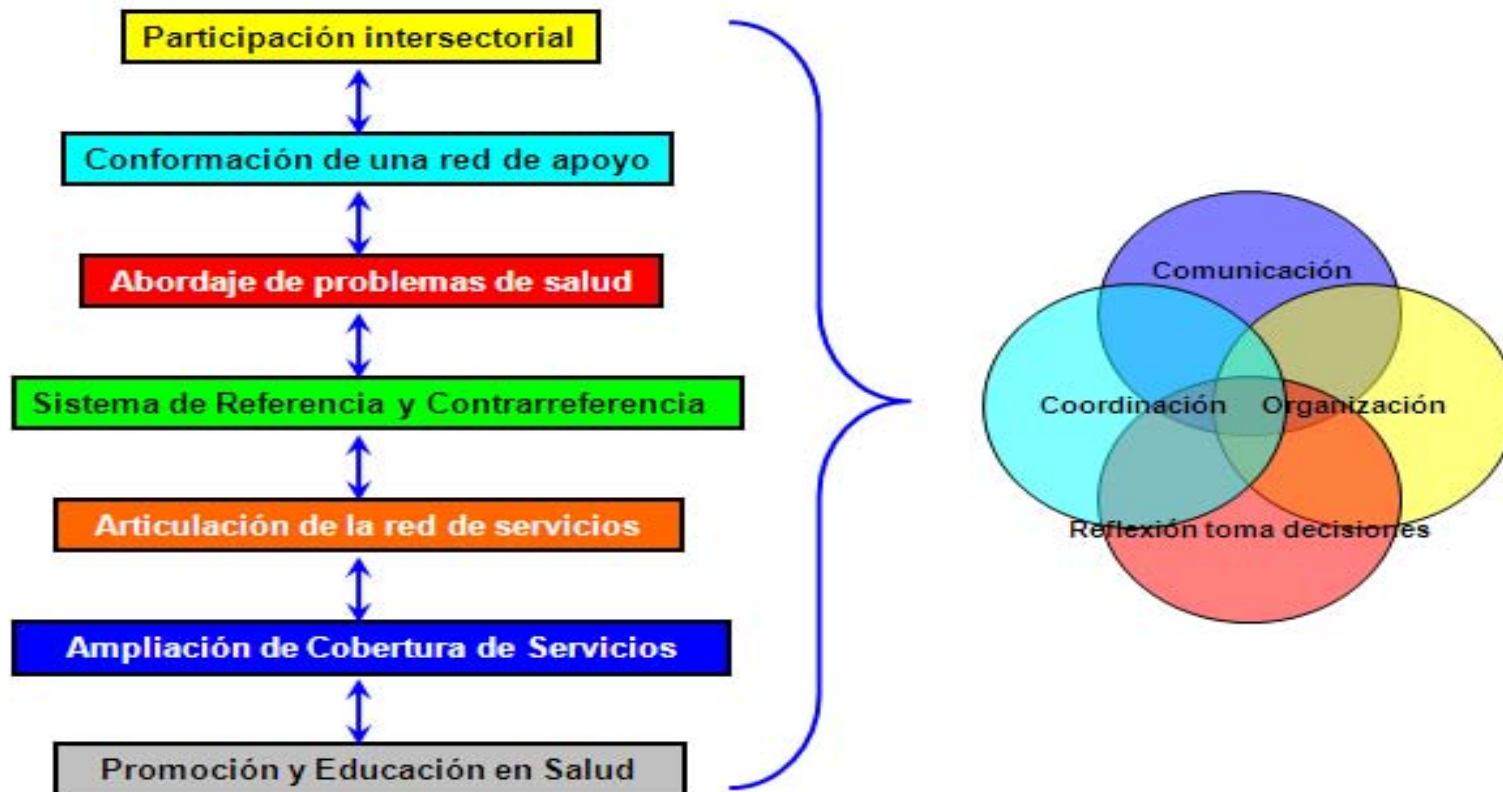
PARTICIPACIÓN SOCIAL

- Visitas domiciliarias.
- Búsqueda de casos en la comunidad.
 - Jornadas de higiene y limpieza.
- Implementación de programa comunitario de salud y nutrición.
 - Manejo de unidades de rehidratación oral comunitarias.

Contenidos de Acción implementados para la aplicación de Tecnologías Comunitarias



Características presentadas en la etapa de implementación del trabajo comunitario



Encuentro con Agentes Comunitarios Quilalí

