

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

T  
62  
A357  
1993

LA PARTICIPACION SOCIAL  
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD EN COMUNIDADES DE  
MORAZAN, EL SALVADOR 1993

Trabajo de Tesis para optar al título de  
Maestro en Salud Pública

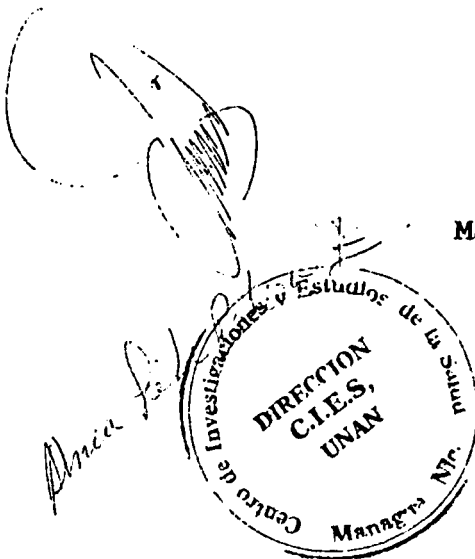
**Autora:**

Dra. Zulma Aldana García

**Tutor:**

Dr. Julio Piura López<sup>11</sup>

Marzo, 1993



<sup>11</sup> Médico. Ms. en Salud Pública. Docente de la Escuela de Salud Pública de Nicaragua.

DEDICATORIA

A MIS PADRES, A MIS HIJOS, A MI ESPOSO,  
A MI FAMILIA POR SU ABNEGACION Y APOYO

A LOS PROMOTORES RURALES DE SALUD, PARTERAS  
Y TODOS LOS AGENTES TRADICIONALES DE SALUD  
DEL DEPARTAMENTO DE MORAZAN POR SU EJEMPLO.

## AGRADECIMIENTO

A TODOS LOS PROFESORES DEL CIES, POR SU  
DEDICACION Y APOYO.

AL PERSONAL DEL CIES POR SU FRATERNIDAD.

AL DOCTOR JULIO PIURA, MI MAESTRO Y AMIGO.

## CONTENIDO

### RESUMEN

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION
- III. OBJETIVOS
- IV. MARCO DE REFERENCIA
- V. METODOLOGIA
- VI. RESULTADOS Y DISCUSION
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. RECOMENDACIONES.
- IX. BIBLIOGRAFIA
- X. ANEXOS.

## RESUMEN

En esta investigación se analiza la influencia de la Participación Social en el desarrollo de acciones de Atención Primaria en Salud en comunidades rurales seleccionadas del Departamento de Morazán en El Salvador, correspondiendo a un estudio de casos de carácter exploratorio, consistente a un corte transversal en el período de agosto a diciembre de 1993.

En el mismo se utilizaron fuentes primarias y secundarias para recolección de la información, mediante la revisión documental de informes y registros, entrevistas y observación directa.

Se establecen los principales antecedentes de la Participación Social y los niveles alcanzados actualmente, además de la identificación de las principales acciones de Atención primaria en Salud implementadas con Participación Comunitaria y la Caracterización de la Red de Servicios de Salud y su vinculación con la comunidad.

La participación Social tuvo un período de mayor desarrollo en las comunidades estudiadas en la década de 1980-1990, durante el conflicto armado que se vivió en el país. Los resultados muestran una disminución notablemente en los niveles de participación comunitaria, contándose actualmente con sólo con un 30% de la población con una participación en salud de carácter activa.

Los principales factores identificados han sido, la falta de políticas que estimulen la Participación Comunitaria e inadecuada comunicación entre los servicios de salud oficiales y las Comunidades, con niveles deficientes en los mecanismos de coordinación intersectorial e interinstitucional, entre Organismos cooperantes, Organismos comunitarios e Instituciones oficiales prestadores de servicios de salud, junto con la falta de reconocimientos de las unidades asistenciales hacia las labores desarrolladas por los Promotores Rurales de Salud.

Existe un Sistema de Información, que carece de utilización para el abordaje de problemas locales, expresándose principalmente recolectar información para los niveles superiores, en lo que se basa la elaboración de programas con poco nivel de adecuación a las prioridades locales de salud y con falta de mecanismos de retroalimentación a las propias comunidades en que se origina la información.

## I. INTRODUCCION

La etapa de transición hacia la paz que actualmente vive El Salvador, exige de la sociedad, un conjunto de ajustes estructurales para enfrentar los nuevos retos del cambio.

Estos cambios influyen y condicionan también al Sistema de Salud. La crisis en los servicios de salud, urge de planes conjuntos, con las comunidades, para extender la cobertura a la población marginada.

El Departamento de Morazán en el oriente de El Salvador, se caracteriza por los antecedentes de acciones bélicas que han limitado el acceso de los servicios de salud estatales lo cual ha obligado a las comunidades a implementar acciones propias encaminadas a resolver sus propios problemas de salud, lo cual les ha dado una experiencia la cual no ha sido sistematizada para su fortalecimiento.

Uno de los componentes estratégicos, de la meta Salud Para Todos en el año 2000, es la promoción de la Organización y Participación de la Comunidad en la implementación de acciones para su bienestar, señalando que son los individuos y las comunidades los que deben tomar en sus manos la gestión de soluciones en salud. Re-evaluaría el protagonismo de los actores populares, porque tiene un carácter de acción e implica un nivel de poder para que sus decisiones sean efectivas.

Este componente de Organización y Participación, se considera como un valor en sí mismo, vista como un elemento articulado de la acción colectiva hacia adentro del grupo de actores y no hacia afuera, siendo los individuos y las comunidades las que deben tomar en sus manos la gestación de soluciones en salud.

Es imposible resolver los pequeños y grandes problemas de la nación sin la participación decisoria del pueblo, es imposible afrontar con éxito los retos del desarrollo sin la presencia dinámica, sabia y decisoria de las comunidades.

De acuerdo a esta base se hace necesario indagar sobre la participación comunitaria en salud, dando respuesta a las siguientes preguntas:

Cuales han sido las raíces históricas de este modelo de participación social?

Que niveles de organización ha alcanzado esta participación en el contexto del cambio socio-político actual?

Cuál es el papel de los promotores y las organizaciones sociales que se encargan de la prestación de cuidados primarios de salud definido como "el cuidado que presta la población a sus propios problemas. Estos problemas son de bajo nivel de complejidad, pero pueden ser expandidos a medida que la población se desarrolla"

Cuales son sus relaciones con sistema nacional de salud?

## II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION.

El Salvador ha vivido por mas de una década un conflicto bélico, que, aunque se extendió por todo el país, tuvo como escenarios principales las comunidades rurales, donde las de el departamento Morazán en la región oriental fueron particularmente afectadas.

El departamento de Morazán tiene una población alrededor de 166,772 habitantes y de los 14 departamentos de El Salvador ocupa el 3.30 % del territorio nacional.

Los habitantes del norte de este departamento en 1980, huyeron principalmente hacia Colomoncagua, Honduras, (en numero aproximado de 16.000 refugiados), permaneciendo el resto en sus lugares de origen.

Para 1988, según encuesta realizada por el Patronato de Comunidades de Morazán, se encontraron 9,213 habitantes en el norte de este Departamento. A finales de 1990 los refugiados retornaron a repoblar sus lugares de origen.

En la mayoría de estas comunidades se han formado organismos comunales, destacándose la capacidad organizativa de las comunidades que fueron principales escenarios del conflicto bélico.

En Salud se destaca la organización de servicios coordinada por la comunidad, donde participan Organizaciones no gubernamentales, Organizaciones comunales y las propias instituciones de salud estatales, estas en menor grado.

El departamento de Morazán, esta ubicado en la región oriental de El Salvador, limita al oeste con la república de Honduras, al este con el departamento de San Miguel y al oriente con el departamento de La Unión.

Se caracteriza por un clima frío, en la región norte-oriental del departamento y un clima caliente en la región sur-oriental. Presenta una topografía muy accidentada. La cordillera Tecapa-Chinameca recorre esta región cuya elevación mas grande es el cerro El Mono, con 1800 metros sobre el nivel del mar.

El acceso a la comunidad por vía terrestre es por medio de la carretera Panamericana que atraviesa todo El salvador y finaliza precisamente en Morazán. Existen tramos asfaltados de carretera entre los principales municipios de la zona, sin embargo en las zonas montañosas el acceso es muy difícil. Las carreteras asfaltadas se encuentran deterioradas a causa del poco mantenimiento recibido durante los años de conflicto.

En la agricultura los principales productos que se cosechan son el maíz y el frijol, en algunos municipios hortalizas.

A pesar de contar con un clima propio para el cultivo del café el hecho de haber permanecido durante la década de los 80 en medio de un conflicto bélico, deterioro este cultivo casi totalmente.

La ganadería, avicultura, puericultura, tienen carácter individual o en cooperativas.

Cada municipio destina un día cada semana para dedicarse al comercio informal, donde los artesanos, agricultores, ganaderos, y otros venden sus productos en el mercado local.

Se destacan las actividades productivas propias de Morazán, la cosecha y el procesamiento artesanal del maguey, los talleres de jarcia, y la confección de utensilios de cocina, artesanías y adornos de barro.

La salud y la educación sufrieron un deterioro muy marcado durante la década de los 80, toda la infraestructura correspondiente a los llamados circuitos de salud y de educación fueron destruidos completamente. Por no existir condiciones de seguridad para los profesores y médicos, y por cerrarse casi permanentemente el tránsito vehicular estas poblaciones no tuvieron ninguna accesibilidad a los servicios estatales.

La Cruz Roja Internacional, fue la institución que permaneció constantemente solventando algunas necesidades de atención en salud de las comunidades, al mismo tiempo realizó un programa de capacitación continua a Promotores de Salud nativos de la región, en los cuales recayó fundamentalmente la responsabilidad de la prestación de la Atención Primaria en Salud.

Posteriormente desde 1989, la organización no gubernamental Médico Sin Frontera, estableció como zona de trabajo en salud, las comunidades del Norte de Morazán. Organismos religiosos, también atendieron a algunas comunidades aisladas por el conflicto.

La población de esta área, esta formada por repobladores que estuvieron refugiados en Honduras, por repobladores que salieron a otras zonas mas seguras del país y han regresado, y por un grupo que permaneció dentro del área durante todo el conflicto.

La pirámide poblacional tiene una base muy ancha, que se estrecha en las edades de 15-40 años, por la elevada mortalidad provocada por la guerra en esos grupos etéreos, tanto masculinos como femeninos.

Los resultados del presente estudio permitirán contar con una primera aproximación para valorar las posibilidades a corto o mediano plazo de desarrollar Modelos Alternativos de participación social basada en la experiencia de los promotores de salud, parteras empíricas y otros agentes comunitarios que conforman Equipos de Salud junto al personal médico y para-médico, capaces de atender la demanda de Atención Primaria en Salud.



### III. OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL.

Determinar la influencia de la participación social en el desarrollo de acciones de atención primaria en salud, en comunidades seleccionadas de Morazán, El Salvador, en 1993.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los principales antecedentes de la participación social y los niveles de organización alcanzados actualmente.
2. Describir las principales acciones de atención primaria en salud que se implementan con participación de la comunidad.
3. Caracterizar la red de Servicios de Salud y su interacción con la comunidad.

#### IV. MARCO DE REFERENCIA

Según la Organización Panamericana de la Salud la "Atención Primaria en Salud" se ha considerado como la estrategia fundamental por medio de la cual se alcanzara la meta Salud para todos en el año 2000, con un carácter esencialmente dinámico, constituye una herramienta de análisis y un instrumento de raciocinio que permite planear, organizar, ejecutar y evaluar las acciones de salud en función de metas.

Estructurar los servicios, fortalecer la capacidad operativa, establecer prioridades, definir grupos objetivos, asignar recursos, asegurar financiamiento, formar recursos humanos etc., constituyen elementos sujetos de la acción de la Atención Primaria en Salud.

Uno de los componentes estratégicos, de la meta Salud Para Todos en el año 2000, es la Organización y Participación de la Comunidad para su Bienestar.

Según estos componentes, está plenamente aceptado que la participación de la comunidad como un elemento activo de la salud, es un factor vigorizante que contribuye a garantizar el éxito de los programas sanitarios.

También es necesario reconocer, incorporar y mejorar los mecanismos tradicionales de la participación nacional. Se estima que su participación deberá ser en:

Análisis de necesidades

Búsqueda y puesta en practica de soluciones e innovaciones.

Planificación, programación, operación, producción y evaluación de los servicios.

Mejoramiento del ambiente

Movilización de recursos de la misma comunidad

Educación y capacitación de la comunidad y el individuo para asumir responsabilidades en la resolución de sus problemas de salud en forma integral.

La declaración de Alma Ata (URSS, 1978)<sup>2</sup> describe una imagen social del bienestar al que se debe llegar. Plantea que la base del modelo no es el hospital sino las necesidades de la comunidad.

---

<sup>2</sup> O.P.S. La Meta SEPT 2000 y la Estrategia de Atención Primaria en Salud ,1981, Cap II.

Sobre la participación social, señala que son los individuos y las comunidades los que deben tomar en sus manos la gestión de soluciones en salud. Revaloriza el protagonismo de los actores populares, porque tiene un carácter de acción e implica un nivel de poder para que sus decisiones sean efectivas.

Se entiende por Salud Comunitaria a los programas de salud pública local, planificados en base a los problemas y necesidades específicas de cada comunidad y ejecutados con la participación de la comunidad.<sup>3</sup>

Para Vidal, La medicina comunitaria es el conjunto de acciones intra y extra hospitalarias de medicina integrada que realiza un equipo de salud con la participación activa de la comunidad.

Las acciones integradas son consideradas de prevención, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud. Son acciones integradas también a nivel interinstitucional, con hospitales, centros de salud, etc.

La noción de salud comunitaria pone el acento en la participación real y consciente de las comunidades, en la planificación local, descentralizada en la integración de todas las actividades médico-sanitarias-ambientales-sociales, en la concepción social de la salud, en la orientación epidemiológica de las actividades, en los niveles de atención, en la cobertura universal, en el predominio de lo general sobre la especialidad.

La función del especialista en medicina comunitaria es investigar y valorar las necesidades para la promoción de la salud, para la prevención de las enfermedades, para la atención médico-curativa.

Para las acciones integradas de salud se hace necesario que el equipo de salud, se haga responsable de conocer la comunidad con la que interactúa tanto en sus relaciones sociales, como en su ambiente, sus recursos, su participación etc. y de evaluar las propuestas de programación adecuándolas a los problemas señalados y percibidos por las poblaciones.

El conocimiento del entorno, por lo general esta referido a las necesidades de salud de una población, a la que se le llama Comunidad, a situaciones individuales o familiares que requieren atenderse en un servicio, y a las características étnicas, culturales, socio-económicas, laborales, etc.

---

<sup>3</sup> Reyes S.E. Salud Comunitaria y Promoción del Desarrollo, Salud y Desarrollo, Dic 1981.p.p 73-78.CELATS la Edic.

LA PARTICIPACION SOCIAL EN ACCIONES DE ATENCION  
PRIMARIA EN SALUD. MORAZAN. EL SALVADOR. 1993.  
GUIA DE ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES DE ORGANIZACIONES  
SOCIALES QUE ACTUALMENTE BRINDAN SERVICIOS DE SALUD

1. Qué tipo de acciones en salud desarrolla el Organismo que Ud. dirige?
2. Qué nivel de coordinación existe con los grupos sociales locales para el desarrollo de acciones con la comunidad?
3. Con qué otros Organismos o Instituciones ha desarrollado acciones conjuntas en relación a prestación de servicios de salud?
4. Cuáles son los factores que han favorecido la vinculación de su Organismo con los Centros de salud estatales?
5. Cuáles son los factores que han limitado la vinculación de su Organismo con los Centros de Salud estatales?
6. Cómo está organizada la red de prestación de servicios que brinda su organismo a la comunidad?
7. Qué criterios utiliza para la priorización de problemas de salud y toma de decisiones en el tipo de acciones a implementar en la comunidad?
8. Cómo se utiliza el sistema de información para la toma de decisiones?
9. Qué mecanismos de monitoreo y evaluación se implementan para el seguimiento de las acciones?
10. Según su experiencia, que tipo de acciones considera prioritario implementar para el mejoramiento de la prestación de servicios de salud a nivel local?



ENCUESTA DIRIGIDA A PROMOTORES DE SALUD DE MCRAZAN  
OCTUBRE 19931

1 SEXO: (1) MASCULINO (2) & FEMENING.

2 EDAD: \_\_\_\_\_ ANOS

3 ESCOLARIDAD:

(1) ANALFABETO (2) PRIMARIA INCOMPLETA (3) PRIMARIA  
COMPLETA (4) SECUNDARIA INCOMPLETA (5) SECUNDARIA  
COMPLETA (6) TECNICO (7) OTROS.

4 OCUPACION: \_\_\_\_\_

5 ORIGINARIO DE LA COMUNIDAD (1) SI (2) NO

6 DESDE CUANDO ES PROMOTOR DE SALUD: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7 CUALES FUERON LAS RAZONES QUE LO MOTIVARON A SER PROMOTOR  
DE SALUD: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8 QUIENES LO SELECCIONARON PARA SER PROMOTOR DE SALUD:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9 ACTIVIDADES DE CAPACITACION RECIBIDOS:

CONTENIDO DE LA CAPACITACION	TIEMPO DE DURACION
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

10 QUE ACTIVIDADES REALIZA COMO PROMOTOR DE SALUD  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11 CON CUALES GRUPOS DE POBLACION TRABAJA:  
\_\_\_\_\_

12 COMO PIENSA USTED QUE ES EL TRABAJO VOLUNTARIO QUE  
REALIZA EN SU COMUNIDAD.  
(1) INTERESANTE (2) POCO INTERESANTE (3) NADA  
INTERESANTE (4) OTRO.

- 13 CONSIDERA USTED QUE SU COMUNIDAD VALORA SU TRABAJO COMO  
 (1) MUY NECESARIO (2) NECESARIO (3) POCO NECESARIO
- 14 QUE ESPERA OBTENER DE SU COMUNIDAD EN EL TRABAJO QUE  
 REALIZA: \_\_\_\_\_
- 15 EN QUE LOCAL EFECTUA SUS ACTIVIDADES:  
 (1) CENTRO ASISTENCIAL DE SALUD (2) TALLER (3) CASA COMUNAL  
 (4) ESCUELA (5) CASA PARTICULAR.
- 16 LLEVA REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA  
 (1) SI (2) NO
- 17 COMO HA SIDO LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN EL AREA  
 DE SALUD EN EL ULTIMO AÑO \_\_\_\_\_
- 18 ANOTE EL TIPO DE ACCIONES EN QUE HA TENIDO EXPERIENCIA EN  
 LOS ULTIMOS AÑOS.

PROMOCION DE LA SALUD:

- (1) LETRINIFICACION (2) HIGIENE AMBIENTAL (3) NUTRICION  
 (4) POTABILIZACION DE AGUA (5) PLANIFICACION FAMILIAR.

PREVENCION:

- (1) VACUNACION (2) CONTROL DE NIÑOS (3) CONTROL DE MUJERES  
 EMBARAZADAS (4) DETECCION DE GRUPOS DE RIESGO

ATENCION BASICA

- (1) DIAGNOSTICO DE ENF. COMUNES (2) REFERENCIA DE PACIENTES  
 (3) CONTROL DE FOCOS INFECCIOSOS (4) USO DE MEDICINA  
 TRADICIONAL (5) ATENCION DE PARTOS

GESTION Y ADMINISTRACION PARTICIPATIVA:

- (1) IDENTIFICACION Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD  
 (2) PLANIFICACION Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE SALUD  
 (3) EJECUCION DE PROGRAMAS DE SALUD  
 (4) EVALUACION DE PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE SALUD.

- 19 QUE RELACIONES TIENE COMO PROMOTOR CON EL CENTRO  
 ASISTENCIAL DE SALUD.  
 \_\_\_\_\_
- 20 SE HA EVALUADO SU TRABAJO COMO PROMOTOR DE SALUD
- 21 HA RECIBIDO ALGUN RECONOCIMIENTO A SU TRABAJO COMO  
 PROMOTOR. \_\_\_\_\_

CARACTERIZACION DE LA RED DE SERVICIOS NORAZAN, EL SALVADOR 1993.-

MUNICIPIO	CANTONES	HAB.	TIPO DE SERVICIO	SERVICIOS QUE OFRECE	PROGRAMAS	PRESTACION DE SERV.	HORARIO DE ATENCION	RECURSOS HUMANOS	PRODUC. SERV.	MORBILIDAD	ACTIV.COMUNAL	PARTICIPACION EN EVALUACION	REPRESENTANTES	TIPO FIN.
JOATECA	JOATECA	1516	PUESTO SALUD/CANAS	AT.MEDICA	N.INFANTIL	CONS.EXT.	.5D/SENA	.2 MEDICOS	.600 CI NO/NES	I.RES.P.A.	VACUNACION	ND/PROTODORES	ALCALDE	COOP. EXTERNA
	PATURLA	1227		AT.OBONTOLOG.	S.AMBIENTAL	INTERNAMIENTO	.8-5 PM (TURNO)	.1 ENFERMERA	.50 CI DOMIC/N.	PARASITOSIS	SANEAMIENTO A.		DIR. ESCUELA	
	YOLCANCILLO	573		FARMACIA	NUTRICION	V.DOMICILIAR		.6 PROMOTORES	.30 CI PROMOT.	E.ACIDO PEP.	EDUC.POP.SALUD		REP.IGLESIA	
	ZAPOTAL	200		PROMOCION PREVENICION	E.TRANSMISIB. PLANIF.FAN S.COMUNIT.			.0BONTOLOGO/Y.						
PERQUIN	PERQUIN	1330	PUESTO SALUD/CANAS	AT.MEDICA	N.INFANTIL	CONS.EXTERNA	.5D/SEMANA	.2 MEDICOS	.600 CI NO/NES	I.R.A.	EDUC.POP.SALUD	ND/PROTODORES	ORG.COMUNAL	COOP. EXTERNA
	CASA BLANCA	1180		AT.OBONTOLOG.	S.AMBIENTAL	INTERNAMIENTO	.8-5PM (TURNOS)	.1 ODONTOL (TURNO)	.50 CI DOMIC/N	E.GASTRO INT.	S.AMBIENTAL		REP/O.N.G.	
	LAS TROJAS SABANETAS	1000		FARMACIA	NUTRICION	V.DOMICILIAR		.14 PROMOTORES	.200 CI PROMOT.	E.ACIDO PEP.	POTAB. AGUAS		MIN.SALUD/REG.	
				PROMOCION PREVENICION	E.TRANSMISIB. PLANIF.FAN. SALUD COMUNIT.		.2 PERS.ADMINISTR.		E.DERMATOLÓGIC.	LETIRIFICACION YACUNACION		O.N.G.		
SAN FERNANDO	SAN FERNANDO	500	PUESTO DE SALUD	AT. MEDICA	N.INFANTIL	CONS.EXTERNA	.5D/SEMANA	.1 MEDICO	.300 CI NO/NES	I.R.A.	EDUCAC SALUD	ND/PROTODORES	DIR. ESCUELA	O.N.G.
	AZACUALPA	252		PROMOCION	S.AMBIENTAL	V.DOMICILIAR		.1 ODONT./TURNO	.20 CI DOMIC/N	E.GASTRO INTEST.	S.AMBIENTAL			
	CANAYERALES	247		PREVENICION	PLANIF.FAN.			.2 PROMOTORES	.40 CI PROMOT.	E.DERMATOLÓGIC.	YACUNACION			
	PLATARRARES	650		FARMACIA	SALUD COMUNIT.									
ARABALA	ARABALA	436	PUESTO DE SALUD	AT.MEDICA	N.INFANTIL	CONS EXTERNA	.5D/SENA	.1 MEDICO	.100 CI NO/NES	I.R.A.	EDUC. SALUD	ND/PROTODORES	DIR ESCUELA	O.N.G
	PUEBLO VIEJO TIERRA COLORADA	286		PROMOCION PREVENICION FARMACIA	S.AMBIENTAL	V.DOMICILIAR		.1 ODONT(TURNO)	.40 CI PROMOT.	E.GASTRO INTEST.	S.AMBIENTAL		YACUNACION	
JOCOAITIQUE	JOCOAITIQUE	1107	PUESTO SALUD/CANAS	AT. MEDICA	N.INFANTIL	CONS. EXTERNA	.5D/SEMANA	.1 MEDICO	.300 CI V/NES	I.R.A	EDUC. SALUD	ND/PROTODORES	DIR ESCUELA	O.N.G.
	EL RODEO	230		AT.OBONTOLOG	S.AMBIENTAL	INTERNAMIENTO		.2D/SEMANA	.20 CI DOMICIL.	E.GASTRO INTEST	S.AMBIENTAL		ORG.COMUNAL	
	YOLCANCILLO	612		PROMOCION PREVENICION FARMACIA	PLANIF. FAN. SALUD COMUNIT. E.TRANSMISIBLES	V.DOMICILIAR		.2 PROMOTORES	.30 CI PROMOTODOR	E. DERMATOLÓGIC	POTABILIZAR AGUA		LETIRIFICACION YACUNACION	
V. ROSARIO	VILLA EL ROSARIO	591	PUESTO DE SALUD	AT. MEDICA	N.INFANTIL	CONS. EXTERNA	.5D/SEMANA	.1 MEDICO	.300 CI NO/NES	I.R.A	EDUC.SALUD	ND/PROTODORES	DIR ESCUELA	O.N.G.
	OJOS DE AGUA	400		FARMACIA	S.AMBIENTAL	V.DOMICILIAR		.2D/SEMANA	.20 CI DOMICIL.	E.GASTRO INTEST	S.AMBIENTAL		ORG.COMUNAL	
	LA LAGUNA	190		PROMOCION PREVENICION	PLANIF. FAN. SALUD COMUNIT.			.2 PROMOTORES	.40 CI PROMOTODOR	E.DERMATOLÓG.	S.AMBIENTAL YACUNACION			
TOROLA	TOROLA	300	PUESTO SALUD/CANAS	AT.MEDICA	N.INFANTIL	CONS.EXTERNA	.5D/SEMANA	.1 MEDICO	.600 CI NO/NES	I.R.A.	E.POPULAR SALUD	ND/PROTODORES	DIR ESCUELA	O.N.G.
	AGUA ZARCA	215		AT.OBONTOLOG	S.AMBIENTAL	INTERNAMIENTO	(TURNOS)	.0DONT(TURNO)	.50 CI DOMICILI.	E.B.A.	S.AMBIENTAL		ORG.COMUNAL	
	PROGRESO	272		INTERNAMIENTO	E.TRANSMISIBLES Y.DOMICILIAR			.30 CI PROMOT.	E.DERMATOLÓG.	POTABILIZAC.AGUA	LETIRIFICACION		O.N.G.	
	TIJERETAS	215		FARMACIA	PLANIF.FAN.			.5 PROMOTORES		DESNUTRICION				
	CERRITOS	213		PROMOCION PREVENICION	SALUD COMUNIT.			.2 P.ADMINISTR.						
GUATAJAGUA	GUATAJAGUA	10002	PUESTO DE SALUD	AT. MEDICA FARMACIA	N. INFANTIL S.AMBIENTAL	CONS.EXTERNA V.DOMICIL.	.5D/SEMANA	.1 MEDICO .1 ABI ENFERM.	.300 CI NO/NES .54 CI ABI ENF.	I.N.A. E.B.A F.DERMATOLÓG	PROT. SERVIC.PUB. NO/ABI/PROMOT POTABILIZAC AGUA EDUC. POP.SALUD	DIR ESCUELA ALCALDE ORG.COMUNAL	ESTATAL	



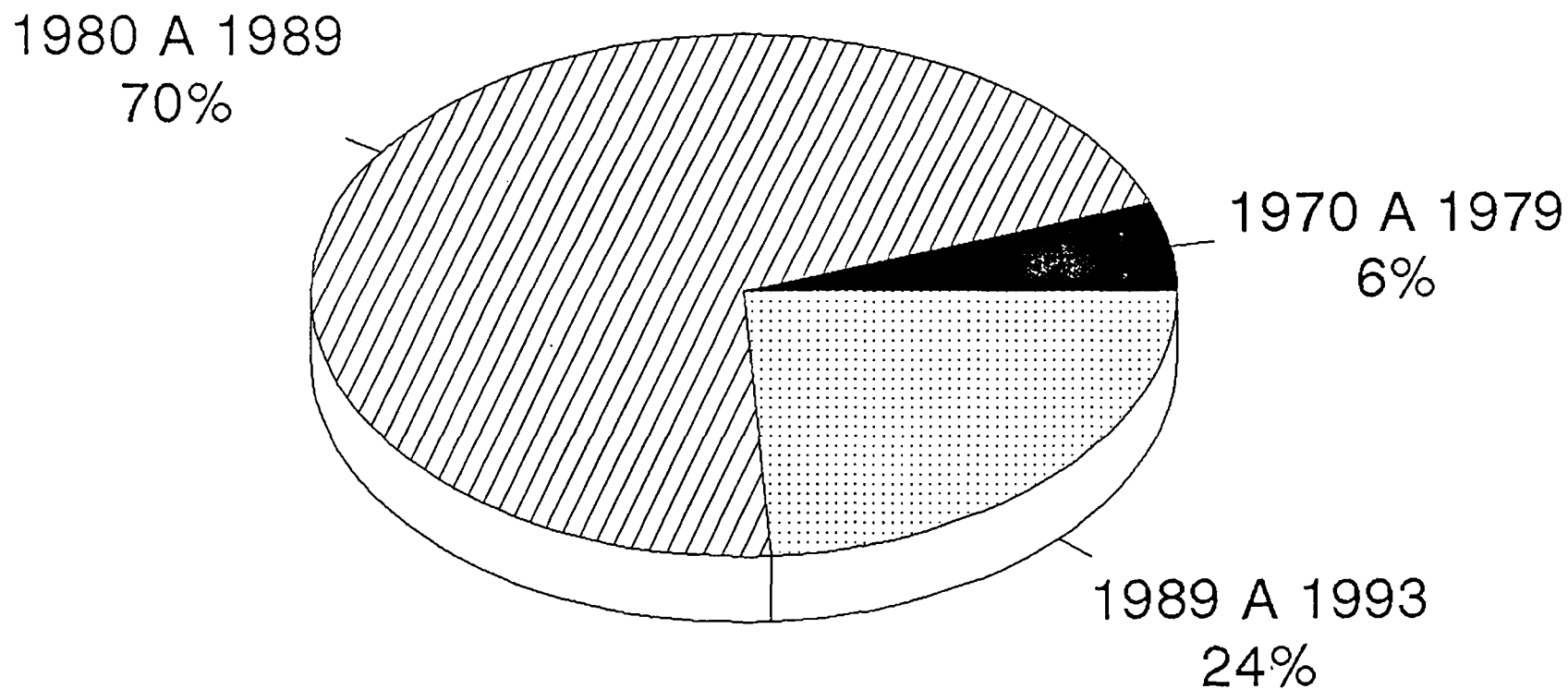
PROGRESO	272	INTERVENCIÓN	E. TRANSMISIBLES Y DOMICILIAR	TECN. LABORAT	.30 CI PRONOT.	E. DERMATOLOG.	POTABILIZAC. AGUA	O. N. G.
TIJERETAS	275	FARMACIA	PLANIF. FAN.	.5 PRONOTORES		DESNUTRICION	LETRINIFICACION	
CERRITOS	273	PRONOCION	SALUD COMUNIT.	.2 P. ADMINISTR.				
		PREVENCIÓN						

GUAYAJIACUA	GUAYAJIACUA	10062	PUESTO DE SALUD	AT. MEDICA FARMACIA PRONOCION PREVENCIÓN	N. INFANTIL S. AMBIENTAL PLANIF. FAN. SALUD COMUNIT.	CONS. EXTERNA Y DOMICIL.	.50/SEMANA	.1 MEDICO .1 ABI ENFERM. .3 PRONOTORES .1 PERS. ADMIN.	.300 CI NO/NES .54 CI AVE ENF.	I. R. A. E. D. A E. DERMATOLOG TRICOMONIASIS	PROT. SERTIC. PUB. NO/NOI/PRONOT POTABILIZAC AGUA EDUC. POP. SALUD	DIR ESCUELA ALCALDE ORG. COMUNAL	ESTATAL	
TANABAL	TANABAL PIEDRA PARADA GUALABO BELVANDRON SAN FRANCISQUITO	3655	PUESTO DE SALUD	AT. MEDICA FARMACIA PRONOCION PREVENCIÓN	N. INFANTIL S. AMBIENTAL PLANIF. FAN.	CONS. EXTERNA Y DOMICILIAR	.50/SEMANA	.1 MD/20/SEM .1 ENF/20/SEM .1 RESP. SANIT .3 PRONOTORES	.250 CI NO/NES .50 CI/ENFERM.	I. R. A E. D. A E. DERMATOLOG.	EDUC POP. SALUD SANEAMIENTO A. POTAB. DE AGUA LETRINIFICACION VACUNACION	NO/ENF/ADI ADMIN/PRONOT. ALCALDE DIR ESCUELA	ESTATAL	
SENSENBRA	SENSENBRA ISLETAS LINON LOS YASQUEZ	3344	PUESTO DE SALUD	AT. MEDICA PRONOCION PREVENCIÓN FARMACIA	N. INFANTIL S. AMBIENTAL PLANIF. FAN	CONS. EXTERNA Y DOMICILIAR	.50/SEMANA	.1 MD/20/SEM	.250 CI NO/NES .50 CI/ENFERM.	I. R. A E. D. A E. DERMATOLOG.	E. PARA SALUD S. AMBIENTAL POTAB. DE AGUA LETRINIFICACION VACUNACION	NO/ENF/PRONOT. ALCALDE DIR ESCUELA	ESTATAL	
SAN ISIDRO	SAN ISIDRO	3619	PUESTO DE SALUD	AT. MEDICA FARMACIA	N. INFANTIL PLANIF. FAN	CONS. EXTERNA	.50/SEMANA	.1 MD/20/SEM 1 ABI. ENFERM.	.300 CI NO/NES	I. R. A. E. GASTRO INT. E. DERMATOLOG DESNUTRICION	EDUC. POP SALUD S. AMBIENTAL	NO/ENF/PRONOT ALCALDE DIR ESCUELA	ESTATAL	
NEANGUERA	NEANGUERA QUEBRACHOS SAN LUIS LOS MATOS EL BARRIAL	610 593 482 539 299	PUESTO SALUD/CANAS	AT. MEDICA AT. ODONTOLOG. LABORATORIO FARMACIA PRONOCION PREVENCIÓN	N. INFANTIL S. AMBIENTAL PLANIF. FAN SALUD COMUNAL SALUD ORAL E. TRANSMIS.	CONS. EXTERNA INTERVENCIÓN Y DOMICILIAR	.50/SEMANA TURKOS	.2 MEDICOS .1 ENFERMERA .1 TECN/ODONT .20 PRONOTORES .1 TEC/LABORAT. .2 PERS. ADMIN	.800 CI NO/NES .50 CI DOMICIL. .100 CI PRONOT/NES	I. R. A E. GASTRO INT. E. DERMATOLOG DESNUTRICION	EDUC. POP. SALUD S. AMBIENTAL POTAB. DE AGUA LETRINIFICACION VACUNACION NUTRICION	NO/ENF/PRONOT RES. COMUNAL REP. ORG REP NIXIS/REG	O. N. G ORG. COMUNAL COOP. EIT	
CACAOPERA	CACAOPERA LA ESTANCIA CALAYERA GUACHIPILIN AGUA BLANCA	9595	PUESTO DE SALUD	NO DATOS	NO DATOS	CONS. EXTERNA	.50/SEMANA	.1 MD/20/SEM	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	ESTATAL	ESTATAL

# GRAFICO No. 6

## PROMOTORES DE SALUD POR ANTIGUEDAD MORAZAN. 1993. EL SALVADOR.

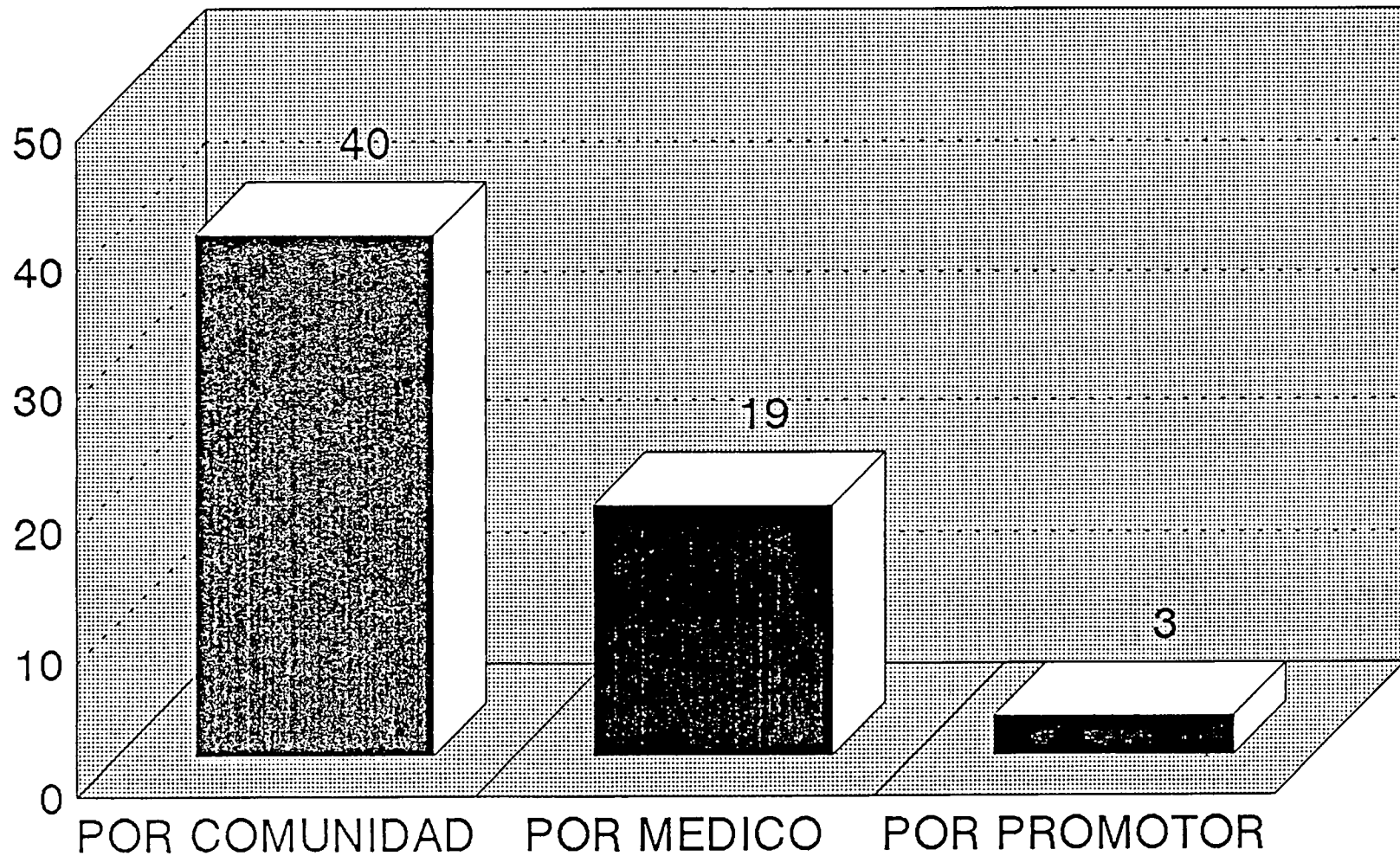
---



AÑO DE INCORPORACION

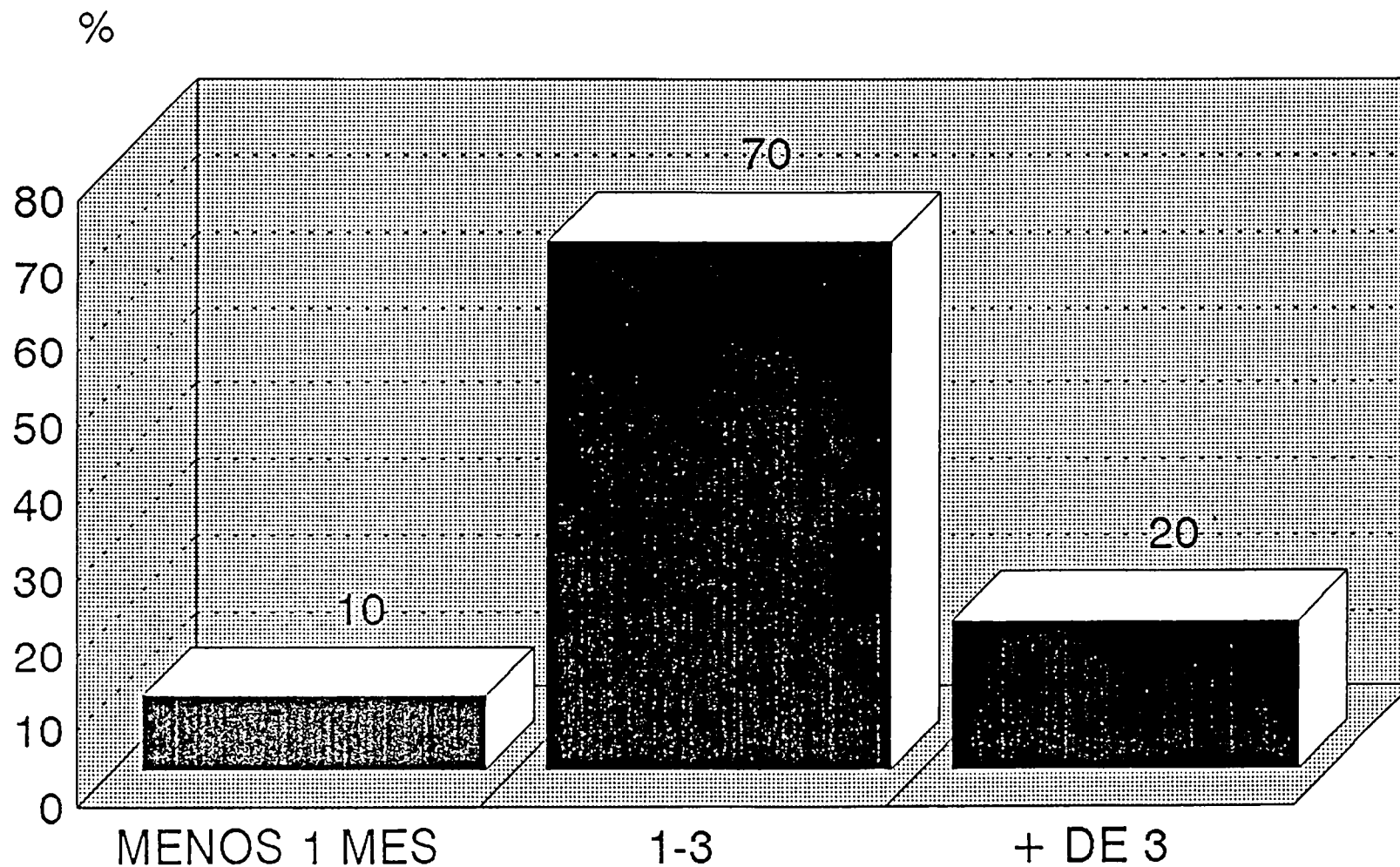
# GRAFICO No. 7

## SELECCION DE LOS PROMOTORES DE SALUD MORAZAN. 1993. EL SALVADOR.



# GRAFICO No. 8

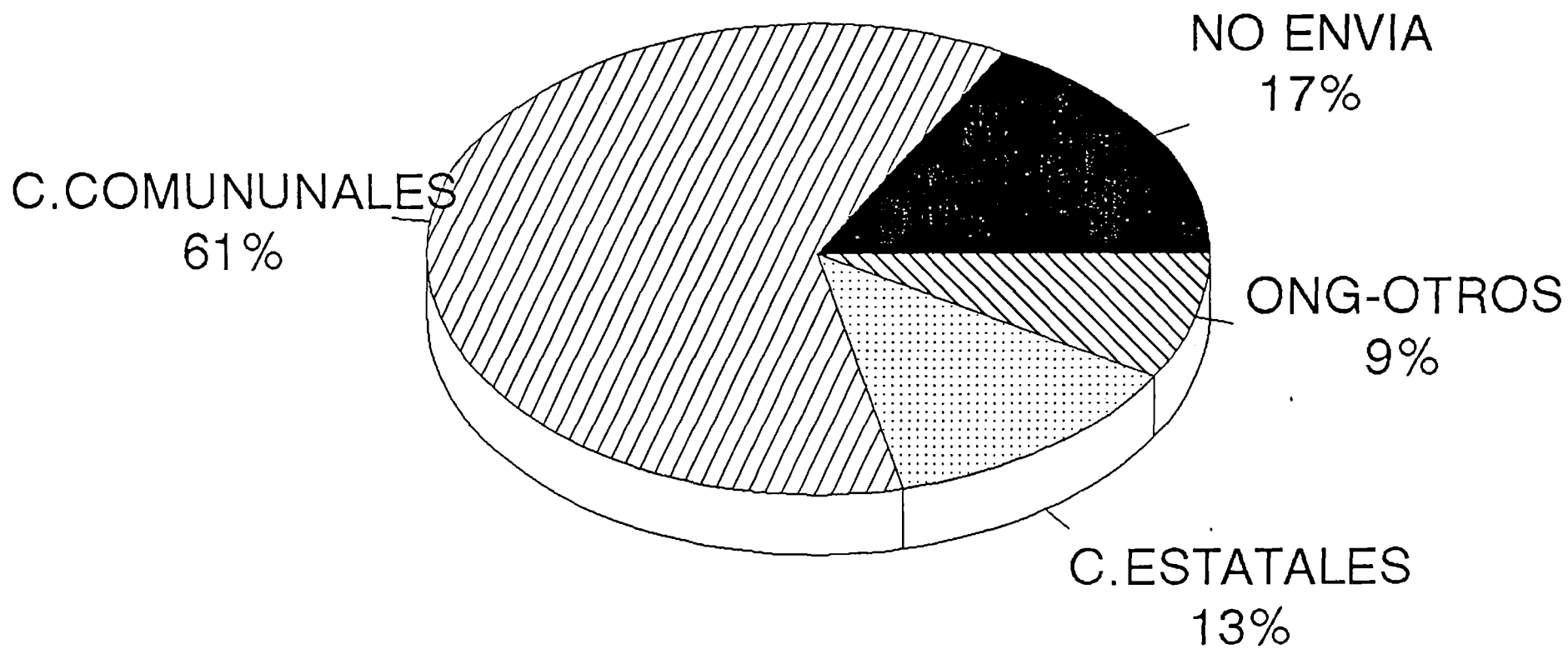
## TIEMPO DE CAPACITACION DE PROMOTORES MORAZAN. 1993. EL SALVADOR.



# GRAFICO No. 10

## DESTINO DE REGISTRO LABORAL DE PROMOTORES MORAZAN. 1993. EL SALVADOR.

---

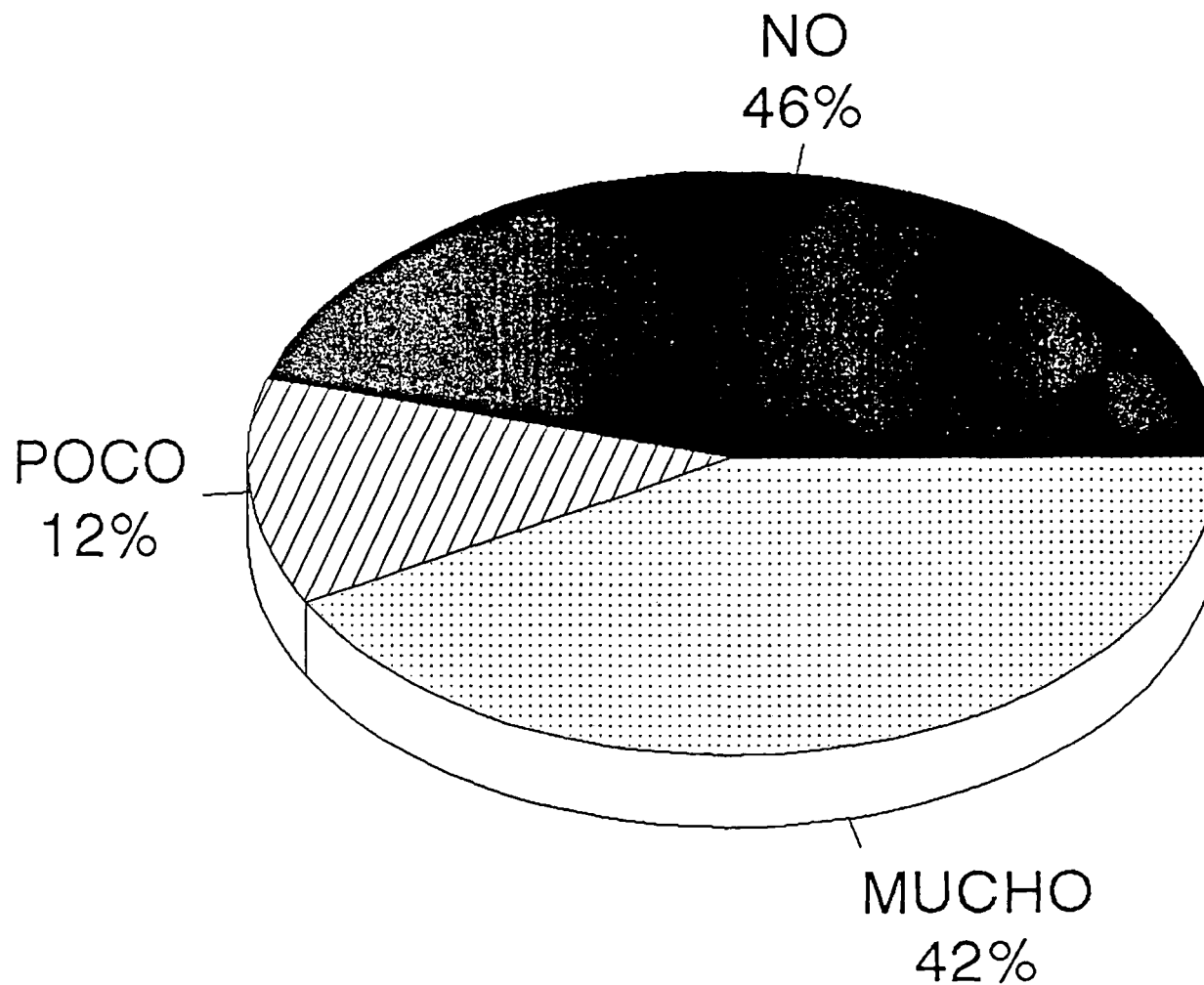


REGISTRO DE ACTIV. DE PROMOTORES

# GRAFICO No. 13

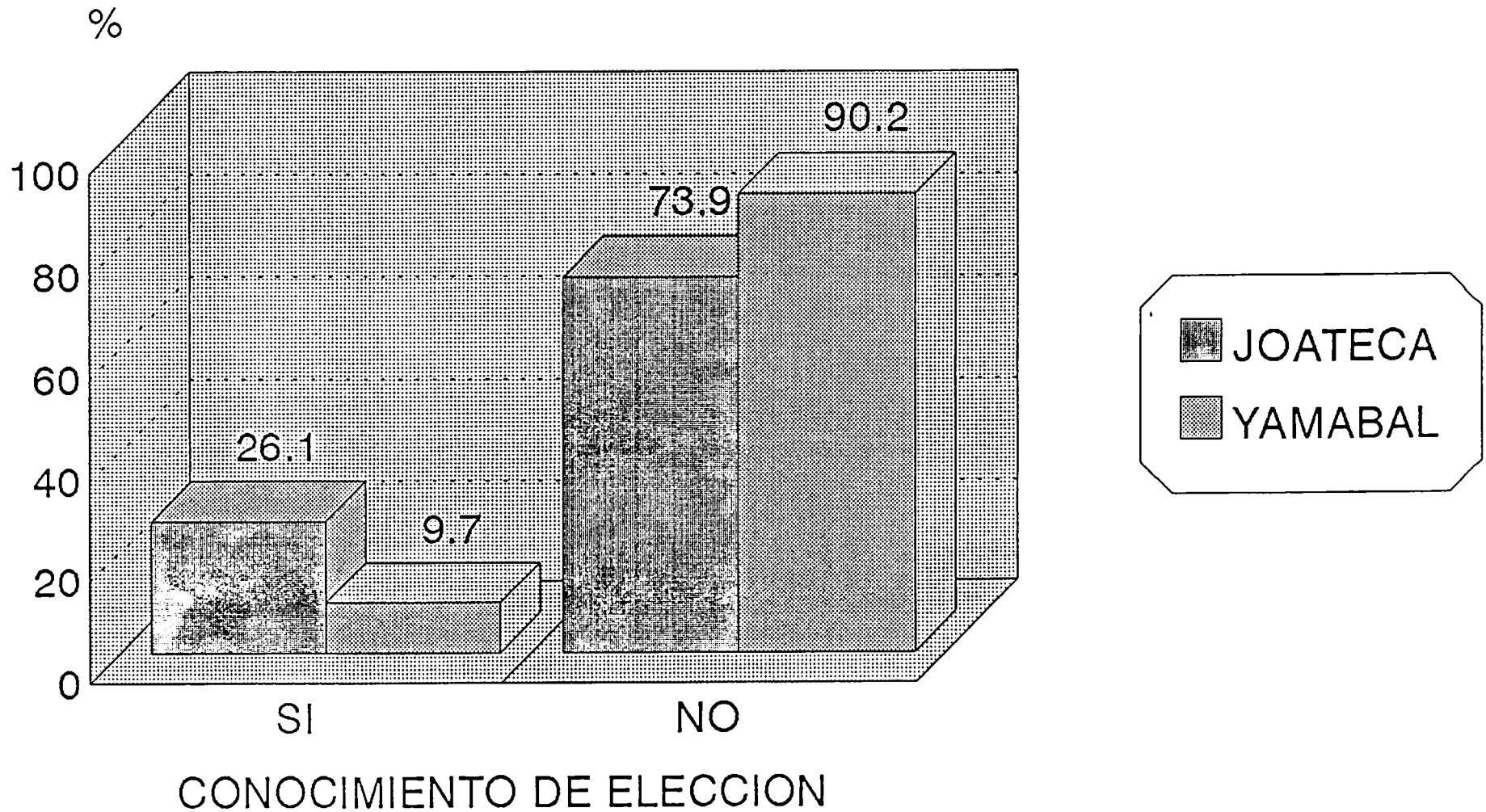
## PRESCRIPCION DE PLANTAS M.POR PROMOTORES MORAZAN. 1993. EL SALVADOR.

---



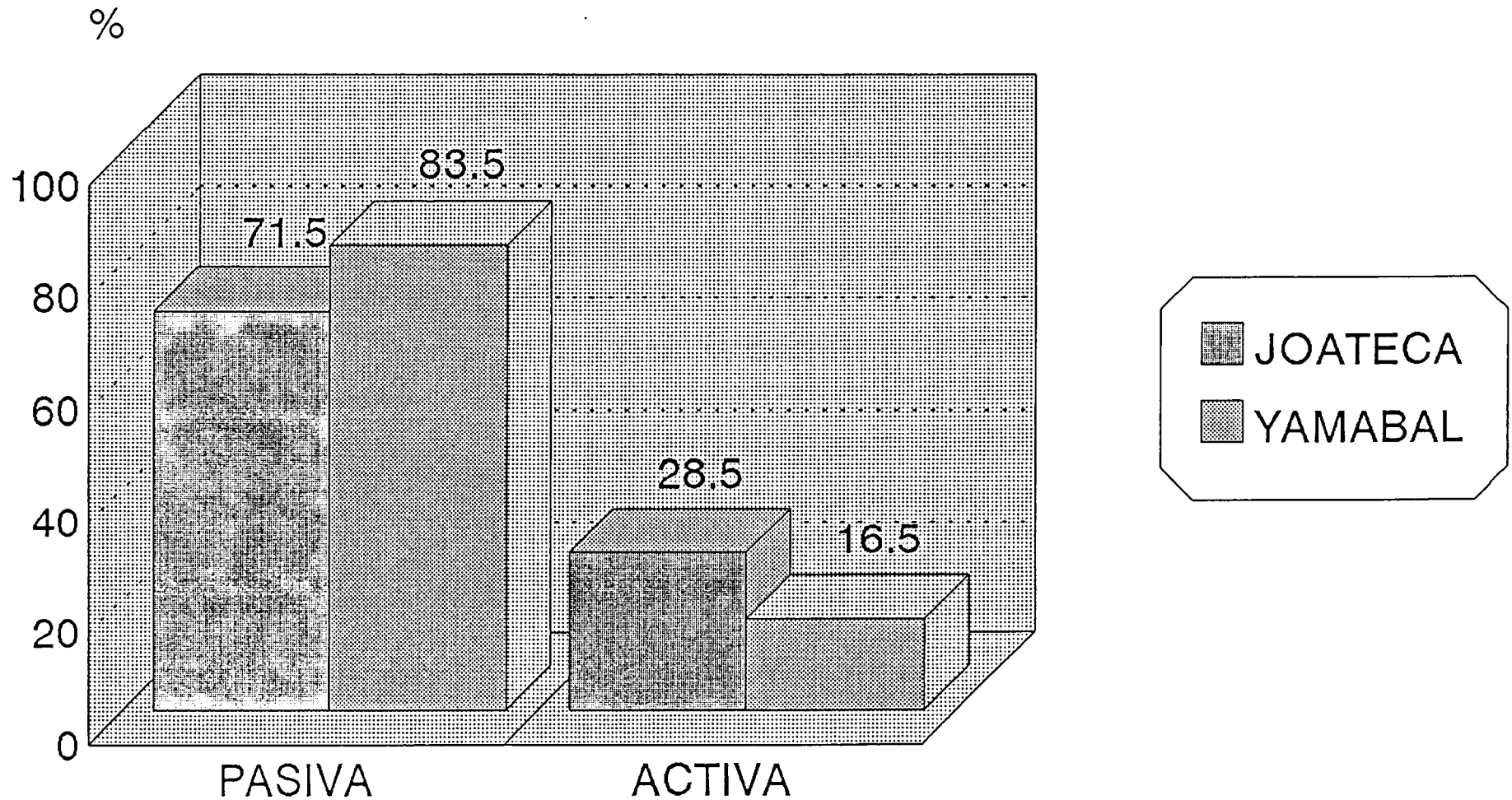
# GRAFICO No.15

## CONOCIMIENTO SOBRE ELECCION DE PROMOTORES MORAZAN. 1993. EL SALVADOR.



# GRAFICO No.16

## PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD MORAZAN. 1993. EL SALVADOR.

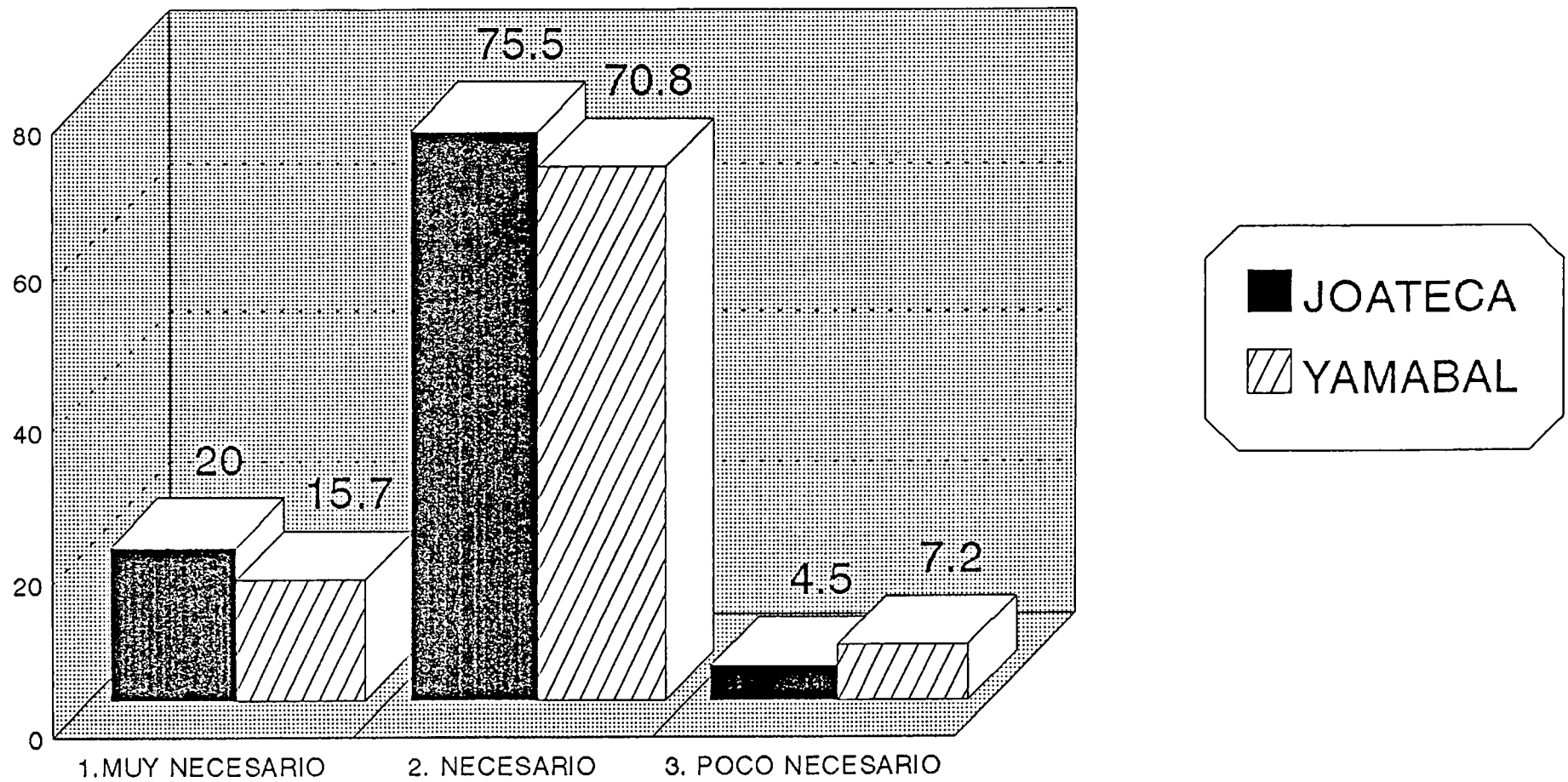




# GRAFICO No.17

## VALORACION DE LA COMUNIDAD A LOS PROMOTORES MORAZAN. 1993. EL SALVADOR.

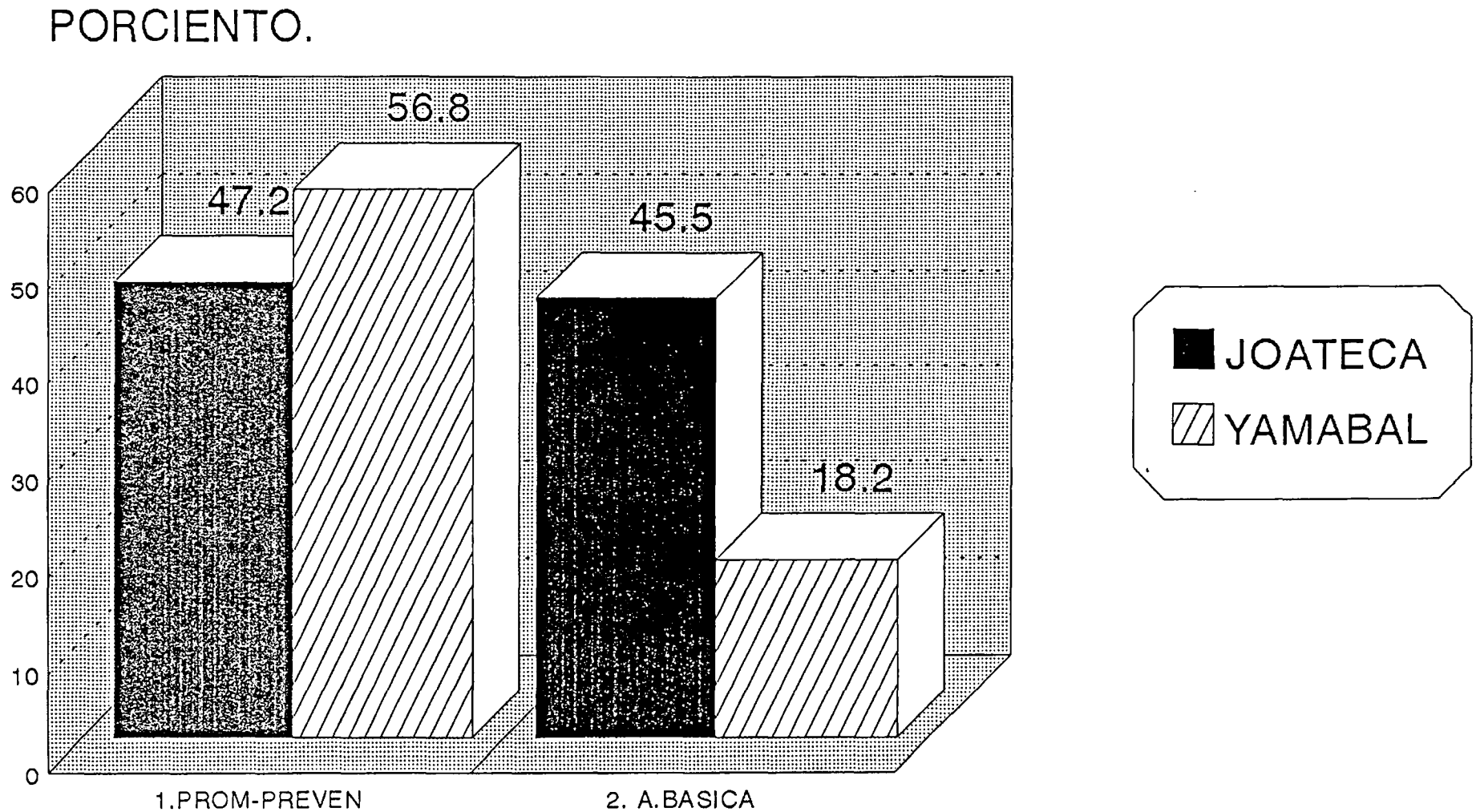
PORCIENTO.



CUADRO No. 1

# GRAFICO No.18

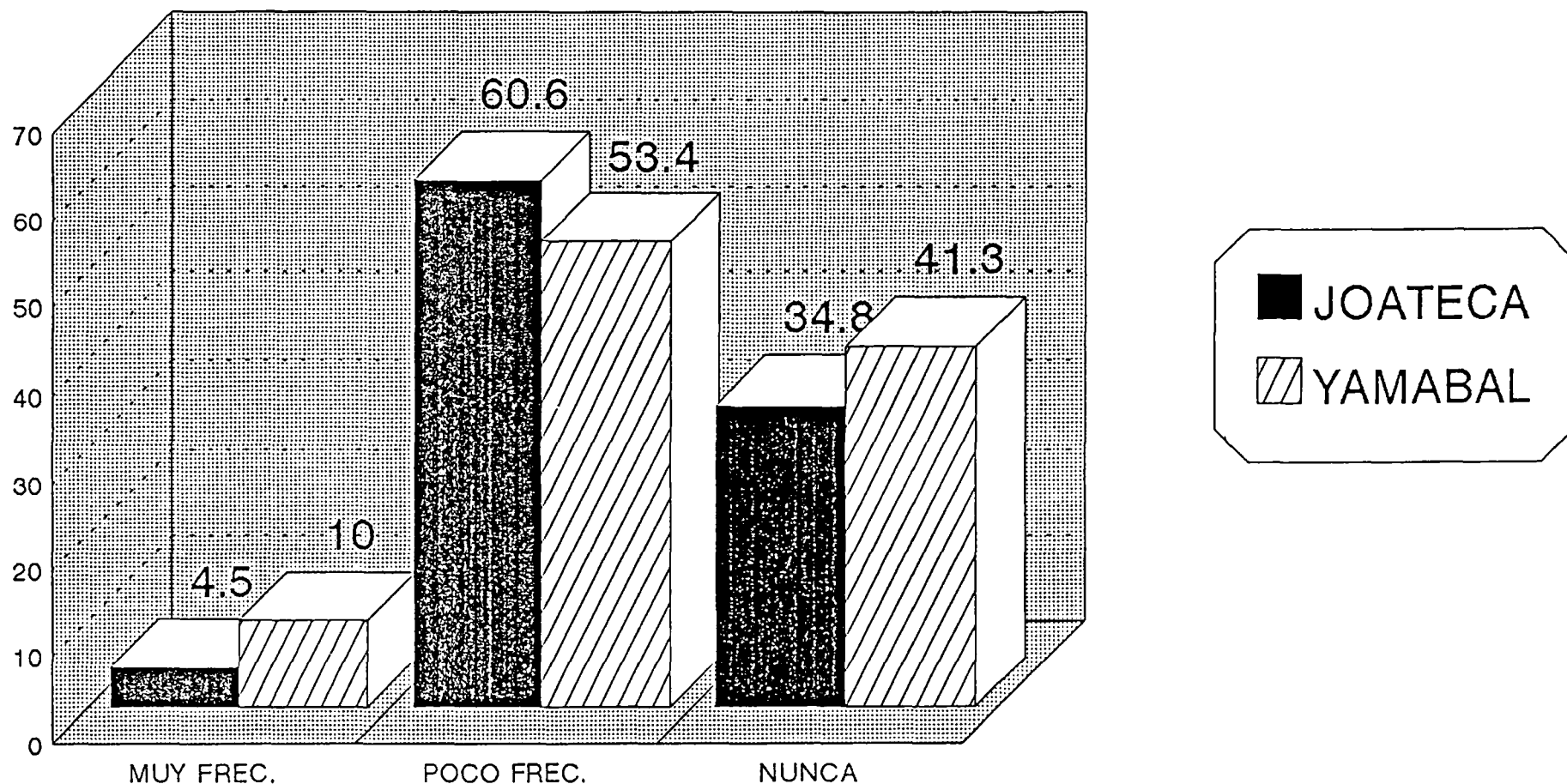
## ACTIVIDADES DE LOS PROMOTORES EN LA COMUNIDAD MORAZAN. 1993. EL SALVADOR.



# GRAFICO No.19

## FRECUENCIA DE VISITAS DOMIC. POR PROMOTORES MORAZAN. 1993. EL SALVADOR.

PORCIENTO.



CUADRO No 14

PROMOTORES DE SALUD SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA

MORAZAN. EL SALVADOR. 1993

RESIDE	Num.	Porcent
ARAMBALA	4	5.7%
GUATAJIAGUA	9	12.9%
JOATECA	4	5.7%
JOCOAITIQUE	5	7.1%
MEANGUERA	3	4.3%
PERQUIN	14	20.0%
SAN FERNANDO	2	2.9%
SEGUNDO MONTES	20	28.6%
SENSEMBRA	3	4.3%
TOROLA	1	1.4%
VILLA EL ROSARIO	1	1.4%
YAMABAL	4	5.7%
TOTAL	70	100.

CUADRO No .15

PROMOTORES DE SALUD DISTRIBUIDOS SEGUN ESCOLARIDAD

MORAZAN. EL SALVADOR. 1993

ESCOLAR	Num.	Porcent
ANALFABETA	1	1.4%
PRIM.INCOM	41	58.6%
PRIM.COMP.	7	10.0%
SEC.COMPL.	12	17.1%
SEC.INCOM.	9	12.9%
Total	70	100.0%

CUADRO No. 16

PROMOTORES DE SALUD SEGUN LUGAR DE

ORIGEN.MORAZAN. EL SALVADOR 1993.

ORIGEN	Num.	Porcent
Originario	56	80.0%
No origin	13	20.0%
Total	70	100.0%

CUADRO No. 11  
 PROMOTORES DE SALUD DISTRIBUIDOS  
 SEGUN LA ANTIGUEDAD.  
 MORAZAN. EL SALVADOR. 1993

AÑO DE INC.	Num.	Porcent
1970-1979	4	5.7%
1980-1989	50	71.4%
1990-1993	16	24.9%
Total	70	100.0%

CUADRO NØ. 12  
 PROMOTORES DE SALUD SEGUN  
 FORMA DE INCORPORACION.

FORMA INCORP	Num.	Porcent
Espontaneo	13	18.6%
Dirigido	57	81.4%
Total	70	100.0%

CUADRO NØ. 19

PROMOTORES DE SALUD SEGUN FUENTE DE ELECCION.

QUIEN ELIGE	Num.	Porcent
COMUNIDAD	40	57.2%
MEDICO	27	38.6%
PROMOTOR	3	4.3%
Total	70	100.0%

CUADRO NØ. 20

PROMOTORES DE SALUD SEGUN EL TIEMPO  
DE CAPACITACION.

TIEMPO CAP	Num.	Porcent
MENOS 1 MES	7	10.0%
DE 1 -3 MES	49	70.0%
MAYOR 3 MES	14	20.0%
Total	70	100.0%

CUADRO NØ. 11

VALORACION DE LA COMUNIDAD DEL TRABAJO.

PERCIBIDO POR PROMOTORES DE SALUD.

MORAZAN. EL SALVADOR. 1993.

VALORACION	Num.	Porcent
MUY NECESARIO	27	38.6%
NECESARIO	43	61.4%
Total	70	100.0%

CUADRO NØ. 12

LOCALES DE TRABAJO DE LOS PROMOTORES DE SALUD

EN MORAZAN. EL SALVADOR. 1993.

LOCAL.	Num.	Porcent
C. Comunal	53	75.7%
C. Estatal	5	7.1%
Escuelas.	8	11.4%
Otros.	4	5.7%
Total	70	100.0%



CUADRO NØ. 123

DESTINO DE LOS REGISTROS DE TRABAJO DE  
 LOS PROMOTORES DE SALUD DE MORAZAN.  
 EL SALVADOR. 1993

ENVIO	Num.	Porcent
NO LA ENV	12	17.1%
C.COMUNAL	43	61.4%
C.ESTATAL	9	12.9%
O.N.G.	6	8.6%
Total	70	100.0%

CUADRO NØ. 14

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD PERCIBIDA POR  
 LOS PROMOTORES EN ACTIVIDADES DE SALUD.  
 MORAZAN. EL SALVADOR.1993

PARTICI	Num.	Porcent
ACTIVOS	21	30.0%
PASIVOS	49	70.0%
Total	70	100.0%

CUADRO NØ. 25

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR PROMOTORES  
MORAZAN.EL SALVADOR.1993.

ACTIVIDAD	#/si	Porcent	#/no	Porcent
PROM/PREV	65	92.9%	5	7.1%
A.CURATIV	63	90.0%	7	10.0%

CUADRO NØ. 26

PARTICIPACION DE LOS PROMOTORES, EN LOS  
PROGRAMAS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES DE MORAZAN  
EL SALVADOR. 1993.

PARTICIPAC.	Si Num.	Porcent	No Num.	Porcent.
PRIORIZAC.	60	90.0%	10	10%
PLANIFICAC.	58	82.0%	12	17%
EVALUACION.	56	80.0%	14	20%

CUADRO NØ. 27

PRESCRIPCION DE PLANTAS MEDICINALES POR PROMOTORES  
DE SALUD A LA POBLACION DE MORAZAN. EL SALVADOR.  
1993.

PRESCRIP.	Num.	Porcent
No Prescri.	26	37.1%
Poco	7	10.0%
Mucho	37	52.9%
<hr/>		
Total	: 70	100.0%
<hr/>		

# GRAFICO No. 1

## PROMOTORES DE SALUD SEGUN GRUPO ETAREO

### MORAZAN. 1993. EL SALVADOR.

---

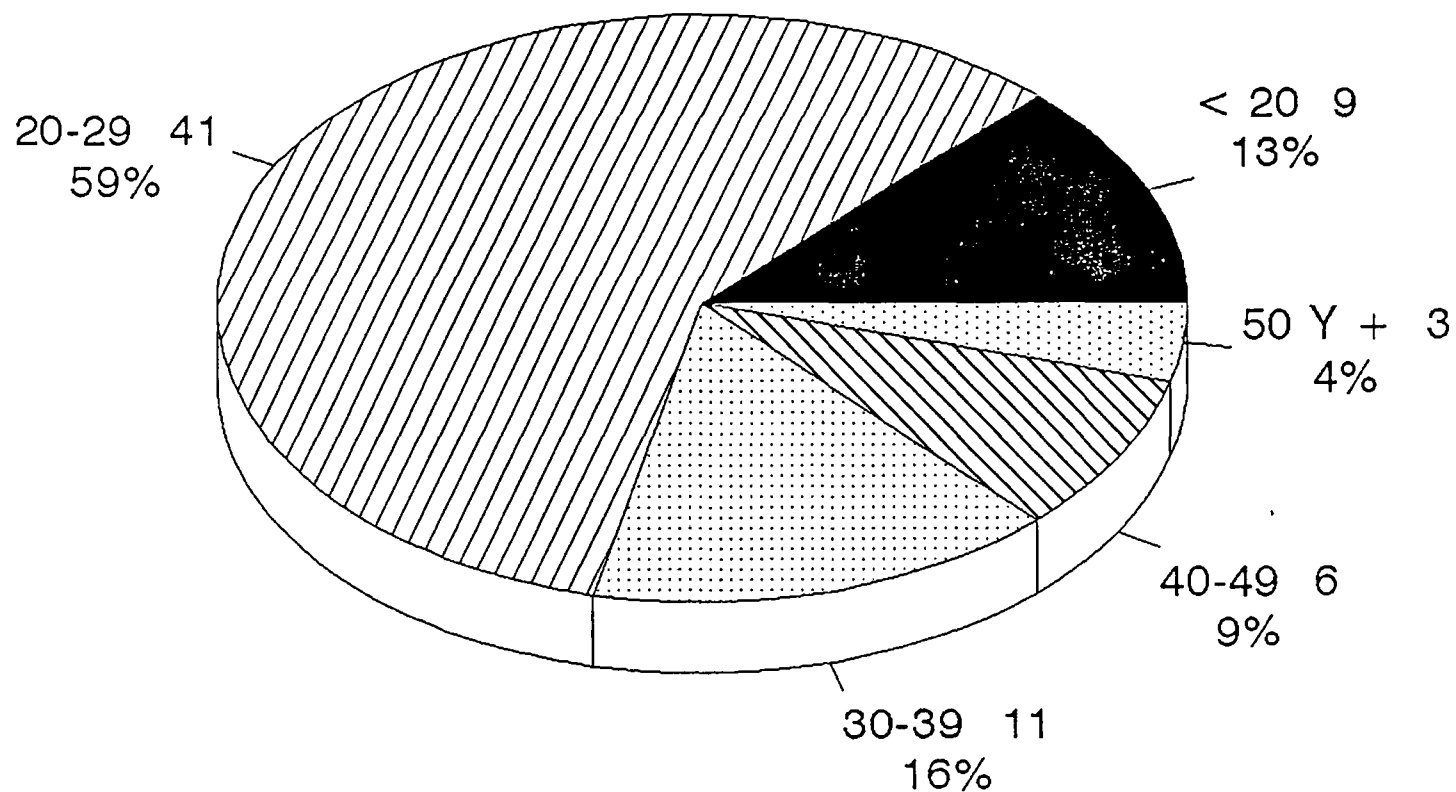
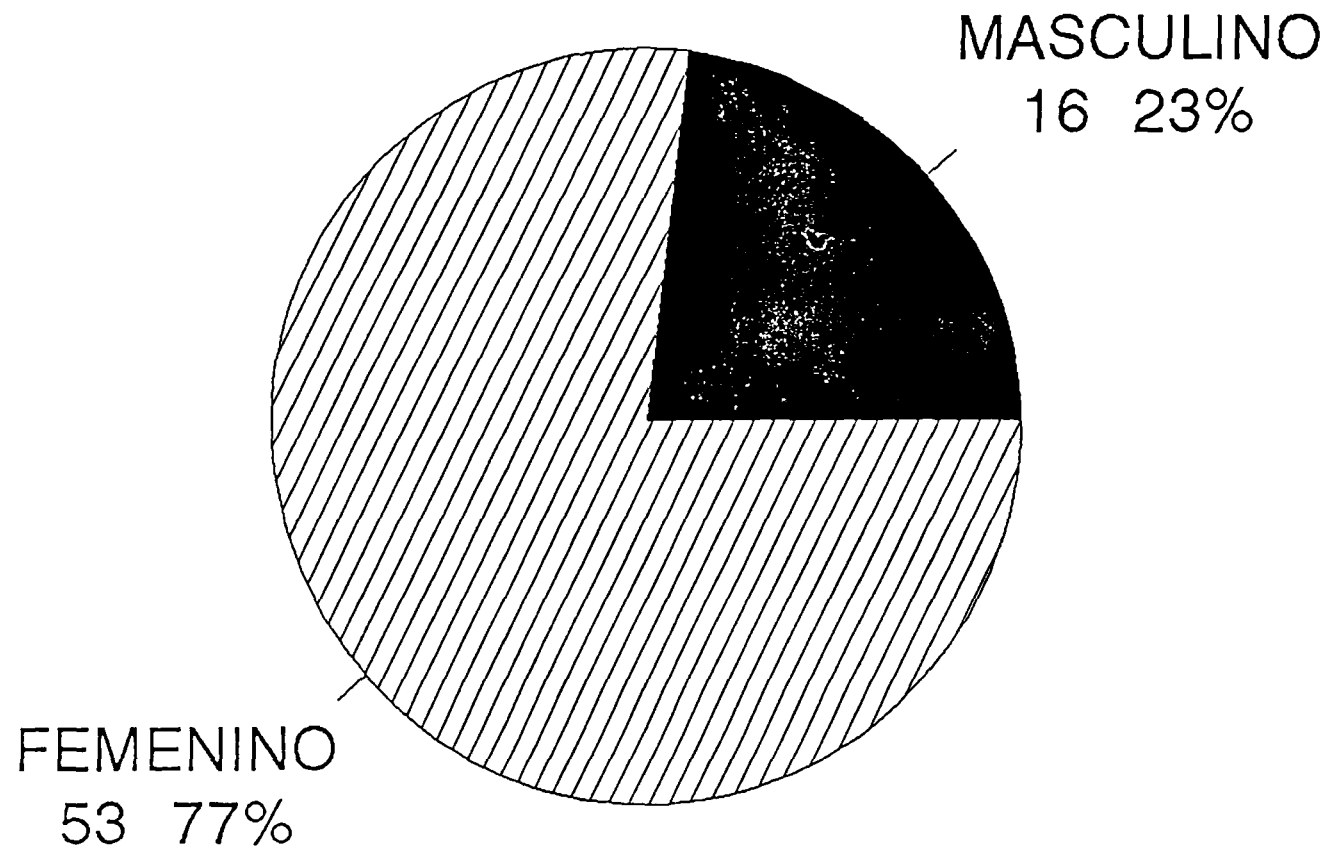


GRAFICO No. 2  
PROMOTORES DE SALUD SEGUN SEXO  
MORAZAN.EL SALVADOR.1993

---

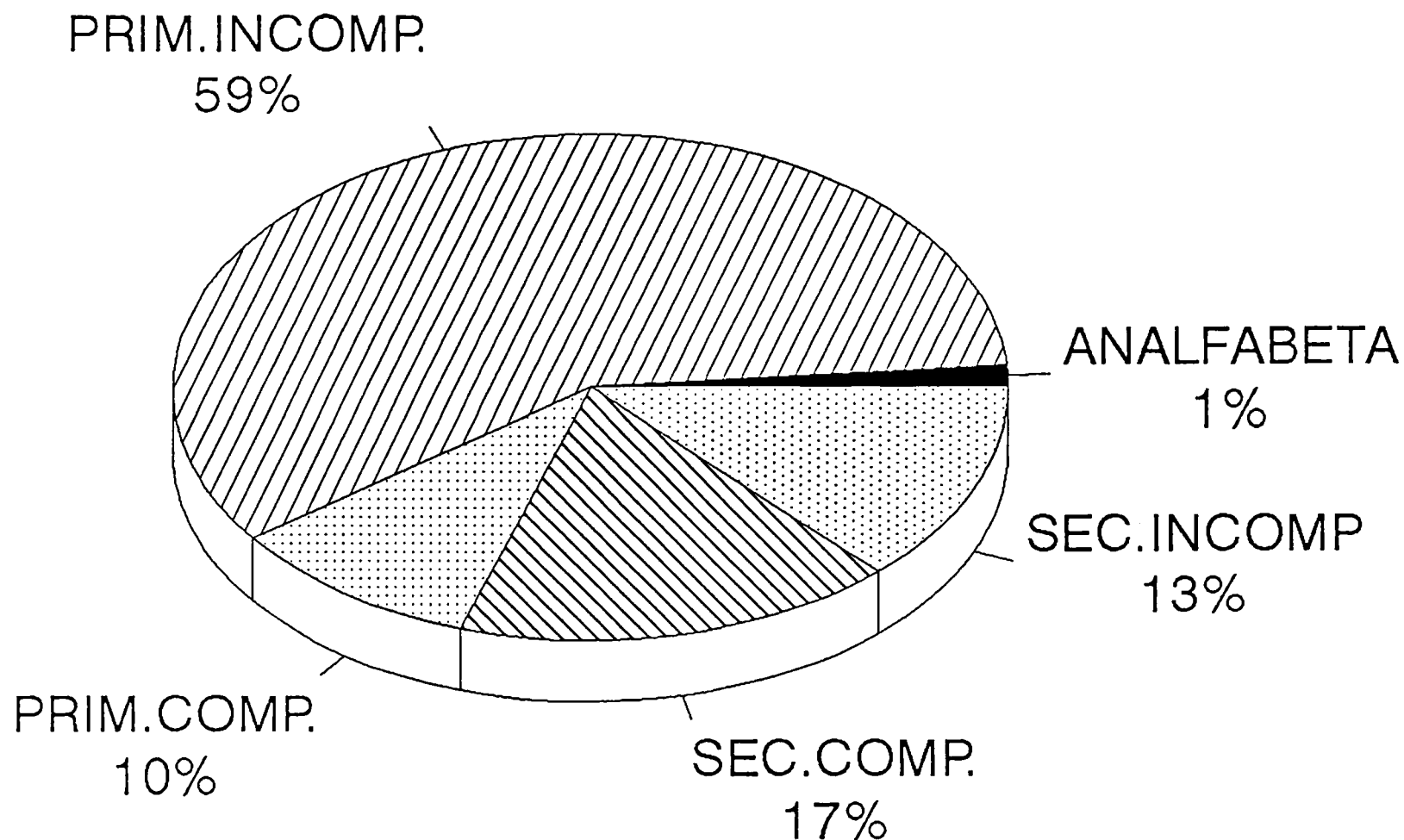


# GRAFICO No. 4

## PROMOTORES DE SALUD SEGUN ESCOLARIDAD

### MORAZAN. 1993. EL SALVADOR.

---

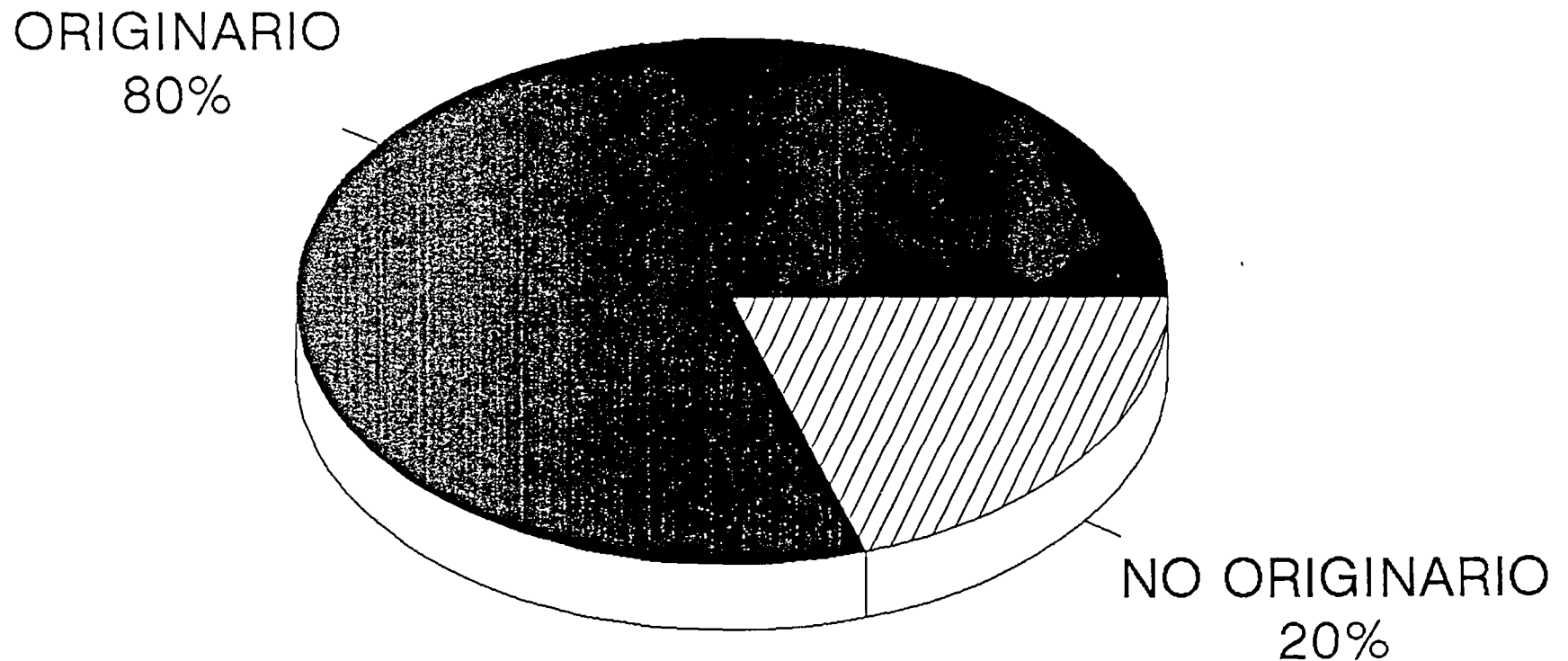


# GRAFICO No. 5

## PROMOTORES DE SALUD POR ORIGEN

### MORAZAN. 1993. EL SALVADOR.

---

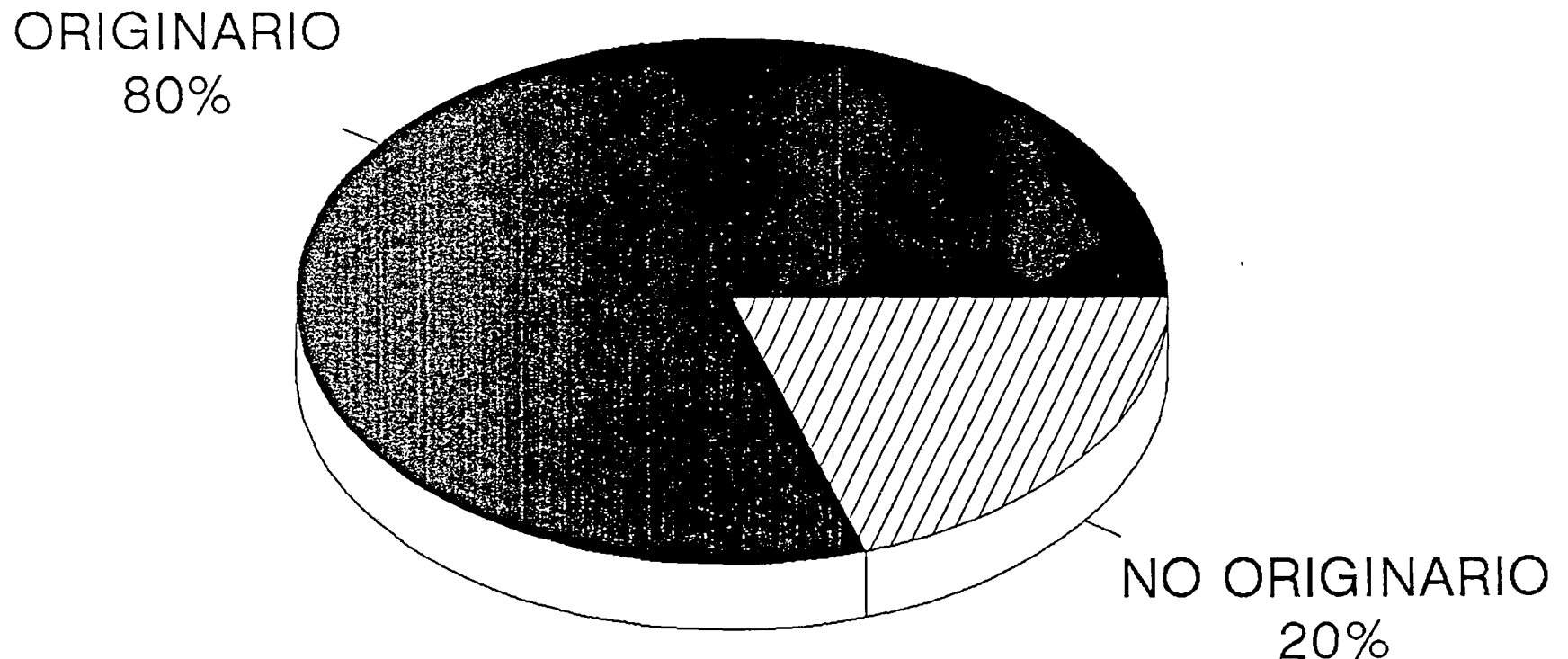


# GRAFICO No. 5

## PROMOTORES DE SALUD POR ORIGEN

### MORAZAN. 1993. EL SALVADOR.

---





CUADRO No. 1.  
POBLACION INFORMANTE POR COMUNIDAD  
MORAZAN. EL SALVADOR. 1993

COMUNIDAD	No.	%
JOATECA	235	
YAMABAL	328	
TOTAL	563	100

CUADRO No. 2  
CONOCIMIENTO DE EXISTENCIA DE COMITES DE SALUD  
DE PARTE DE POBLADORES.  
MORAZAN. EL SALVADOR. 1993.

COMITE	JOATECA		YAMABAL
	No.	%	No.%
si	115	48.5%	48.7%
no	121	51.5%	51.3%
Total	236		

CUADRO No. 3

CONOCIMIENTO DE LOS MECANISMOS DE ELECCION DE LOS  
PROMOTORES DE SALUD POR POBLADORES.  
MORAZAN. EL SALVADOR. 1993

ELECCION	JOATECA	YAMABAL
CONOCE	26.1%	9.7%
NO CONOCE	73.9	90.2%
Total	100.0%	100.0%

CUADRO No. 4

PARTICIPACION DE LOS POBLADORES EN ACTIVIDADES DE SALUD  
MORAZAN. EL SALVADOR. 1993.

PARTICIPACION	JOATECA	YAMABAL.
PASIVA	71.5 %	83.5%
ACTIVA	28.5%	16.5%

CUADRO No. 7

VALORACION DE LA COMUNIDAD DEL TRABAJO REALIZADO POR  
PROMOTORES DE SALUD.  
MORAZAN. EL SALVADOR. 1993

VALORACION	JOATECA	YAMABAL
M.NECES	20 %	15.7%
NECESARI	75.5%	70.8%
POCO NEC	4.5%	7.2%

CUADRO No. 8

ACTIVIDADES DE LOS PROMOTORES EN LA COMUNIDAD  
PERCIBIDA POR LOS POBLADORES.  
MORAZAN. EL SALVADOR. 1993.

ACTIVIDAD	JOATECA	YAMABAL
Promoc.		
Prevenc.	47.2%	56.8%
Curativ.	45.5%	18.2%

CUADRO No. 9

FRECUENCIA DE VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADA  
 POR PROMOTORES SEGUN LOS POBLADORES.  
 MORAZAN. EL SALVADOR. 1993

VISITA	JOATECA	YAMABAL
MUY FTE!	4.5%	5.3%
POCO	60.7%	53.4%
NUNCA	34.8%	41.3%
Total	100.0%	100%

CUADRO No. 10

NUMERO DE ORGANISMOS E INSTITUCIONES QUE TRABAJAN  
 EN SALUD EN LAS COMUNIDADES SEGUN LOS POBLADORES.  
 MORAZAN. EL SALVADOR .1993

ORGANIS	JOATECA	YAMABAL.
NO SABE	0	22.5%
UNO	73.3%	45.8%
DOS	14.2%	12.7%
+ DE DOS	2.1%	0.0%

CUADRO No. 11

ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR ORGANISMOS  
 QUE TRABAJAN EN LA COMUNIDAD, PERCIBIDOS POR  
 POBLADORES.  
 MORAZAN. EL SALVADOR 1993.

TIPOAC	Freq	Porcent	Acum.
Promoc.			
Prevenc	5.8%		8.5%
A.medic	50.3%		14.6%
Mat-Equ	26.7%		0.4%

CUADRO No 12

PROMOTORES DE SALUD SEGUN GRUPOS ETAREOS  
MORAZAN. EL SALVADOR. 1993

EDAD	Num.	Porcent
>19	9	2.9%
20-29	41	4.3%
30-39	11	5.7%
40-49	6	4.3%
+ 50	3	7.1%
Total	70	100.0%

CUADRO No 13

PROMOTORES DE SALUD SEGUN SEXO.  
MORAZAN. EL SALVADOR. 1993

SEXO	Num.	Porcent
MASC.	16	23.2%
FEM.	54	76.8%
Total	70	100.0%

10. La necesidad de contar con equipamiento básico, adecuaciones en la infraestructura, disponibilidad de servicios de agua potable, personal profesional calificado y de un mayor número de promotores de salud constituyen las principales necesidades expresadas, principalmente en los Puestos de Salud sin camas.
11. Las condiciones topográficas del territorio y la falta de vías de comunicación en buen estado limitan la accesibilidad geográfica de la comunidad hacia las unidades de salud principalmente a nivel de cantones y caseríos.
12. El nivel de implementación de acciones de atención primaria está asociada con las modalidades organizativas de participación social que faciliten la autogestión comunitaria.

## VIII. RECOMENDACIONES

1. Potenciar la experiencia acumulada por las comunidades en los momentos de mayor nivel de participación social, para el desarrollo de modelos de salud alternativos con énfasis de las acciones de promoción y prevención acordes a sus características y necesidades de salud particulares en el nivel local.
2. Desarrollar Sistemas de Información en Salud, accesible a los promotores de salud, que facilite la retroalimentación inmediata para la priorización de problemas y definición de acciones conjuntas de intervención en el nivel local.
3. Implementar procesos de capacitación sistemática de los promotores de salud con mayor experiencia acumulada, con acreditación por parte del Ministerio de Salud y que repercutan en un mayor nivel de calidad en los servicios que prestan a la población.
4. Priorizar la implementación de los programas Materno-Infantil, Educación Sanitaria y Saneamiento Ambiental, en todas las unidades de salud ubicadas en el territorio.
5. Implementar estrategias para promover la coordinación interinstitucional e intersectorial entre organismos comunitarios e institucionales que faciliten la articulación de esfuerzos dirigidos a problemas de salud y de la organización de los servicios identificados desde el nivel local.
6. Promover la obtención de legislaciones sanitarias que favorezcan un marco jurídico para la institucionalización de la participación social como eje de estructuración y funcionamiento de sistemas locales de salud en los territorios objeto de estudio.

## IX. BIBLIOGRAFIA

1. AGUDELO, Carlos. Participación Comunitaria en salud. Conceptos y Criterios de Valoración. p.p 205-215 Bol.OPS 95 (3), Washington.1983.
2. BARREIX Moraes y Castillejos. Metodología y Método en la Praxis Comunitaria, Mexico, Fontamara, 1986 p.p 137-144
3. CARDONA Moreno G. Hacia una Cultura de la Participación en Salud. (s.n.t.) p.p 3-13
4. ELLY, Engelkes. Process Evaluation in a Colombian Primary Health Care Programme. p.p 327-335 Health Policy and Planning 6 (4), Colombia, 1990
5. GONZALEZ, Julian Margarita. Los Sistemas Locales de Salud: Componente Participación Social en Salud en El Salvador. p.p 53-57 Tesis de Grado, Maestría en Salud Pública Managua, Nicaragua UNAN-CIES 1992.
6. MARROQUIN Cajina y Alvarez Fernandez. Participación Comunitaria, Guatemala, Incap 1987 p.p 4-5
7. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones Sobre La Meta de Salud para todos en el año 2000 y la Estrategia de Atención Primaria y sus Componentes, San José, Pasccap, 1981 p.p 20-32. 20, 32.
8. RAMOS, Celia L. Contribución Para la Discusión Sobre los Actores Sociales. p.p 221-215 (s.n.t)
9. REYES, Solari E. Salud Comunitaria y Promoción del Desarrollo, Módulo II: Salud y Desarrollo, (s.l.), Celats 1981 p.p 73-78.
10. ROUX, Gustavo de .et.al. Participación Social y Sistemas Locales de Salud. p.p 28-49 en: Paganini, J.M; Capote Mir, Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Metodos, Experiencias, Washington, O.P.S. 1990, P.Científica; 519
11. RUIZ, Rojas A. Salud y Calidad de Vida en Salud Comunitaria y Promoción del Desarrollo., Módulo I, (s.l) Celats. 1991, p.p 76-77

## IX. BIBLIOGRAFIA

1. AGUDELO, Carlos. Participación Comunitaria en salud. Conceptos y Criterios de Valoración. p.p 205-215 Bol.OPS 95 (3), Washington.1983.
2. BARREIX Moraes y Castillejos. Metodología y Método en la Praxis Comunitaria, Mexico, Fontamara, 1986 p.p 137-144
3. CARDONA Moreno G. Hacia una Cultura de la Participación en Salud. (s.n.t.) p.p 3-13
4. ELLY, Engelkes. Process Evaluation in a Colombian Primary Health Care Programme. p.p 327-335 Health Policy and Planning 6 (4), Colombia, 1990
5. GONZALEZ, Julian Margarita. Los Sistemas Locales de Salud: Componente Participación Social en Salud en El Salvador. p.p 53-57 Tesis de Grado, Maestría en Salud Pública Managua, Nicaragua UNAN-CIES 1992.
6. MARROQUIN Cajina y Alvarez Fernandez. Participación Comunitaria, Guatemala, Incap 1987 p.p 4-5
7. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones Sobre La Meta de Salud para todos en el año 2000 y la Estrategia de Atención Primaria y sus Componentes, San José, Pasccap, 1981 p.p 20-32. 20, 32.
8. RAMOS, Celia L. Contribución Para la Discusión Sobre los Actores Sociales. p.p 221-215 (s.n.t)
9. REYES, Solari E. Salud Comunitaria y Promoción del Desarrollo, Módulo II: Salud y Desarrollo, (s.l.), Celats 1981 p.p 73-78.
10. ROUX, Gustavo de .et.al. Participación Social y Sistemas Locales de Salud. p.p 28-49 en: Paganini, J.M; Capote Mir, Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Metodos, Experiencias, Washington, O.P.S. 1990, P.Científica; 519
11. RUIZ, Rojas A. Salud y Calidad de Vida en Salud Comunitaria y Promoción del Desarrollo., Módulo I, (s.l) Celats. 1991, p.p 76-77



## IX. BIBLIOGRAFIA

1. AGUDELO, Carlos. Participación Comunitaria en salud. Conceptos y Criterios de Valoración. p.p 205-215 Bol.OPS 95 (3), Washington.1983.
2. BARREIX Moraes y Castillejos. Metodología y Método en la Praxis Comunitaria, Mexico, Fontamara, 1986 p.p 137-144
3. CARDONA Moreno G. Hacia una Cultura de la Participación en Salud. (s.n.t.) p.p 3-13
4. ELLY, Engelkes. Process Evaluation in a Colombian Primary Health Care Programme. p.p 327-335 Health Policy and Planning 6 (4), Colombia, 1990
5. GONZALEZ, Julian Margarita. Los Sistemas Locales de Salud: Componente Participación Social en Salud en El Salvador. p.p 53-57 Tesis de Grado, Maestría en Salud Pública Managua, Nicaragua UNAN-CIES 1992.
6. MARROQUIN Cajina y Alvarez Fernandez. Participación Comunitaria, Guatemala, Incap 1987 p.p 4-5
7. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones Sobre La Meta de Salud para todos en el año 2000 y la Estrategia de Atención Primaria y sus Componentes, San José, Pasccap, 1981 p.p 20-32. 20, 32.
8. RAMOS, Celia L. Contribución Para la Discusión Sobre los Actores Sociales. p.p 221-215 (s.n.t)
9. REYES, Solari E. Salud Comunitaria y Promoción del Desarrollo, Módulo II: Salud y Desarrollo, (s.l.), Celats 1981 p.p 73-78.
10. ROUX, Gustavo de .et.al. Participación Social y Sistemas Locales de Salud. p.p 28-49 en: Paganini, J.M; Capote Mir, Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Metodos, Experiencias, Washington, O.P.S. 1990, P.Científica; 519
11. RUIZ, Rojas A. Salud y Calidad de Vida en Salud Comunitaria y Promoción del Desarrollo., Módulo I, (s.l) Celats. 1991, p.p 76-77

## IX. BIBLIOGRAFIA

1. AGUDELO, Carlos. Participación Comunitaria en salud. Conceptos y Criterios de Valoración. p.p 205-215 Bol.OPS 95 (3), Washington.1983.
2. BARREIX Moraes y Castillejos. Metodología y Método en la Praxis Comunitaria, Mexico, Fontamara, 1986 p.p 137-144
3. CARDONA Moreno G. Hacia una Cultura de la Participación en Salud. (s.n.t.) p.p 3-13
4. ELLY, Engelkes. Process Evaluation in a Colombian Primary Health Care Programme. p.p 327-335 Health Policy and Planning 6 (4), Colombia, 1990
5. GONZALEZ, Julian Margarita. Los Sistemas Locales de Salud: Componente Participación Social en Salud en El Salvador. p.p 53-57 Tesis de Grado, Maestría en Salud Pública Managua, Nicaragua UNAN-CIES 1992.
6. MARROQUIN Cajina y Alvarez Fernandez. Participación Comunitaria, Guatemala, Incap 1987 p.p 4-5
7. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones Sobre La Meta de Salud para todos en el año 2000 y la Estrategia de Atención Primaria y sus Componentes, San José, Pasccap, 1981 p.p 20-32. 20, 32.
8. RAMOS, Celia L. Contribución Para la Discusión Sobre los Actores Sociales. p.p 221-215 (s.n.t)
9. REYES, Solari E. Salud Comunitaria y Promoción del Desarrollo, Módulo II: Salud y Desarrollo, (s.l.), Celats 1981 p.p 73-78.
10. ROUX, Gustavo de .et.al. Participación Social y Sistemas Locales de Salud. p.p 28-49 en: Paganini, J.M; Capote Mir, Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Metodos, Experiencias, Washington, O.P.S. 1990, P.Científica; 519
11. RUIZ, Rojas A. Salud y Calidad de Vida en Salud Comunitaria y Promoción del Desarrollo., Módulo I, (s.l) Celats. 1991, p.p 76-77

Al analizar los principales factores que han facilitado el desarrollo de mayores niveles de intersectorialidad, según los criterios de los Informantes claves entrevistados, se destacan los siguientes:

1. El desarrollo alcanzado por los Organismos Comunales para impulsar acciones que lleven salud a las comunidades.
2. El impulso y desarrollo de los SILOS, en la región Oriental.
3. Políticas de salud definidas y coordinadas por las O.N.G y el Ministerio de Salud.

Por otra parte los principales factores que han limitado el desarrollo de estos niveles de intersectorialidad, según criterios de los Informantes claves se mencionan principalmente los siguientes:

1. Deficiente comunicación entre Organismos e Instituciones del estado.
2. Insuficiente ejecución de políticas de salud definidas a nivel local.
3. Discrepancias entre estrategias de implementación de las acciones que ocasionan un nivel de desarticulación de los esfuerzos disminuyendo el impacto del trabajo.
4. Falta de delimitación de responsabilidades en cuanto al tipo de acciones a implementar, que eviten la duplicación de esfuerzos en los territorios de influencia de las Organizaciones e Instituciones en nivel local.
5. El Ministerio de Salud, como institución rectora de la salud, tiene muy poca presencia y limitada responsabilidad en los servicios de salud principalmente en el Norte de Morazán.

#### Sistema de Información:

El Sistema de información en los Organismos Comunales según lo expresado por los Informantes claves, consiste en la recolectar de información en forma mensual a través de envío de informes, los cuales son analizados por el equipo técnico que ha sido conformado por los propios organismos comunales con personal médico y paramédicos contratados, los cuales analizan dicha información previo a su envío al Ministerio de salud, sin embargo este proceso no se realiza sistemáticamente y su nivel de implementación y desarrollo es heterogéneo al comparar las diferentes comunidades ubicadas en los territorios, aunque constituye un nivel de experiencia importante en cuanto al manejo y utilización de la información por el propio nivel comunitario.

Al analizar los principales factores que han facilitado el desarrollo de mayores niveles de intersectorialidad, según los criterios de los Informantes claves entrevistados, se destacan los siguientes:

1. El desarrollo alcanzado por los Organismos Comunales para impulsar acciones que lleven salud a las comunidades.
2. El impulso y desarrollo de los SILOS, en la región Oriental.
3. Políticas de salud definidas y coordinadas por las O.N.G y el Ministerio de Salud.

Por otra parte los principales factores que han limitado el desarrollo de estos niveles de intersectorialidad, según criterios de los Informantes claves se mencionan principalmente los siguientes:

1. Deficiente comunicación entre Organismos e Instituciones del estado.
2. Insuficiente ejecución de políticas de salud definidas a nivel local.
3. Discrepancias entre estrategias de implementación de las acciones que ocasionan un nivel de desarticulación de los esfuerzos disminuyendo el impacto del trabajo.
4. Falta de delimitación de responsabilidades en cuanto al tipo de acciones a implementar, que eviten la duplicación de esfuerzos en los territorios de influencia de las Organizaciones e Instituciones en nivel local.
5. El Ministerio de Salud, como institución rectora de la salud, tiene muy poca presencia y limitada responsabilidad en los servicios de salud principalmente en el Norte de Morazán.

#### Sistema de Información:

El Sistema de información en los Organismos Comunales según lo expresado por los Informantes claves, consiste en la recolectar de información en forma mensual a través de envío de informes, los cuales son analizados por el equipo técnico que ha sido conformado por los propios organismos comunales con personal médico y paramédicos contratados, los cuales analizan dicha información previo a su envío al Ministerio de salud, sin embargo este proceso no se realiza sistemáticamente y su nivel de implementación y desarrollo es heterogéneo al comparar las diferentes comunidades ubicadas en los territorios, aunque constituye un nivel de experiencia importante en cuanto al manejo y utilización de la información por el propio nivel comunitario.

Al analizar los principales factores que han facilitado el desarrollo de mayores niveles de intersectorialidad, según los criterios de los Informantes claves entrevistados, se destacan los siguientes:

1. El desarrollo alcanzado por los Organismos Comunales para impulsar acciones que lleven salud a las comunidades.
2. El impulso y desarrollo de los SILOS, en la región Oriental.
3. Políticas de salud definidas y coordinadas por las O.N.G y el Ministerio de Salud.

Por otra parte los principales factores que han limitado el desarrollo de estos niveles de intersectorialidad, según criterios de los Informantes claves se mencionan principalmente los siguientes:

1. Deficiente comunicación entre Organismos e Instituciones del estado.
2. Insuficiente ejecución de políticas de salud definidas a nivel local.
3. Discrepancias entre estrategias de implementación de las acciones que ocasionan un nivel de desarticulación de los esfuerzos disminuyendo el impacto del trabajo.
4. Falta de delimitación de responsabilidades en cuanto al tipo de acciones a implementar, que eviten la duplicación de esfuerzos en los territorios de influencia de las Organizaciones e Instituciones en nivel local.
5. El Ministerio de Salud, como institución rectora de la salud, tiene muy poca presencia y limitada responsabilidad en los servicios de salud principalmente en el Norte de Morazán.

#### Sistema de Información:

El Sistema de información en los Organismos Comunales según lo expresado por los Informantes claves, consiste en la recolectar de información en forma mensual a través de envío de informes, los cuales son analizados por el equipo técnico que ha sido conformado por los propios organismos comunales con personal médico y paramédicos contratados, los cuales analizan dicha información previo a su envío al Ministerio de salud, sin embargo este proceso no se realiza sistemáticamente y su nivel de implementación y desarrollo es heterogéneo al comparar las diferentes comunidades ubicadas en los territorios, aunque constituye un nivel de experiencia importante en cuanto al manejo y utilización de la información por el propio nivel comunitario.

Su distribución geográfica según el lugar de residencia, constituye una característica relevante, encontrándose la Ciudad Segundo Montes y Perquin como los grupos poblacionales con mayor concentración de promotores de salud. (Ver cuadro No 3).

La primaria incompleta constituye el nivel de escolaridad más frecuente (58.6%) seguida de la secundaria completa (17.1%). (Ver cuadro no 4).

Los promotores de salud en su mayoría son originarios de las comunidades donde trabajan y solamente el 20% de ellos son originarios de otras comunidades. (Ver cuadro No 5)

Los años en que se observa un incremento en el número de promotores alrededor del trabajo de la salud corresponde al período entre 1980-1989 cuya tendencia se mantiene hasta el momento del estudio, destacándose un 24.9 % de promotores nuevos organizados en el período de 1989 a 1993, con solamente un 6 % que corresponden al período anterior a 1980. (Ver cuadro 6. Gráfico No. 6)., lo cual refleja una tendencia hacia el incremento en el número de promotores en los territorios de acciones bélicas a partir de 1980.

De acuerdo a los criterios de los promotores entrevistados, en un 81.4 % de los casos, consideran que su incorporación fue dirigida por selección de las propias comunidades basado en las cualidades de los mismos. Dentro de este 81.4 %, la mayoría fueron seleccionados por la propia población, sin embargo en más de la tercera parte (38.6 %), fueron seleccionados por los propios médicos, aunque utilizando los mismos criterios. (Ver cuadros 7 y 8)

De acuerdo a los resultados de dichas entrevistas, la capacitación recibida por los promotores de salud para desempeñar su labor se caracteriza por tener un tiempo de duración entre 1 a 3 meses en un 70 % de las mismas, con un promedio de capacitaciones recibidas por promotor entre 2 a 3. (Ver cuadro No 9)

Los promotores perciben que la comunidad considera su trabajo como necesario en el 100 % de los casos, con un 38.6% en que lo valoran como muy necesario. (Ver cuadro No 10)

Los Centros comunales y las Escuelas son los lugares más frecuentemente utilizados para realizar sus actividades de atención, sin embargo el trabajo a nivel de los propios hogares es casi nulo. (Ver cuadro No 11)

El registro de las actividades de los promotores en un 17.1% no es enviado por ellos a ninguna instancia. En un 61.4% lo envían a los Centros Comunales y solamente un 12.9% envía sus registros a las instituciones de salud estatales. (Ver cuadro No 12)

## Acciones de Atención Primaria Implementadas con la Comunidad.

Los promotores afirman que la comunidad tiene una actitud pasiva ante las actividades de salud desarrolladas por ellos en su mayoría con un 70 % ,solo un 30% demuestran una actitud activa.(Ver cuadro No 13)

Contrastando con la activa participación desarrollada por los pobladores en el pasado conflicto bélico.

Las actividades desarrolladas por los promotores en los ultimes años con la participación comunitaria se han orientado principalmente a los siguientes tipos de actividades: (Ver cuadro 14)

### Actividades de Promoción:

#### Educación:

Como complemento al desarrollo de proyectos de letrificación en comunidades específicas.

#### Organización:

Principalmente a nivel de jornadas relacionados con los siguientes aspectos:

Actividades de Higiene ambiental

Promoción de la lactancia materna y detección de niños con desnutrición.

Potabilización de agua relacionado con la campaña de lucha contra el Cólera.

Conocimiento sobre Planificación familiar y seguimiento a usuarias a nivel de los Centros de salud.

### Actividades de Prevención:

#### Vacunaciones

Principalmente desarrolladas a nivel de jornadas.

#### Prevención:

Relacionadas principalmente con el control de niños y mujeres que constituyen grupos de riesgo.

## Curativas:

Diagnóstico y tratamiento de Enfermedades Comunes.

Control de focos infecciosos

Uso de Medicina Tradicional.

Específicamente en los programas de salud la participación de los promotores es en un 70% en la priorización de problemas, planificación y evaluación de sus actividades, sin embargo este nivel de participación es principalmente de carácter pasivo. (Ver cuadro 15)

La prescripción de Plantas Medicinales por los promotores de salud hacia las comunidades de Morazán, muestra un 37.1% únicamente que no las usa, el resto en un 52% las utilizan mucho. (Ver cuadro No 16)

Percepción de pobladores de comunidades seleccionadas sobre la participación comunitaria.

En relación a las dos poblaciones seleccionadas para el conocimiento de la percepción de los pobladores, se diferencian en que el municipio de Joateca se encuentra en una de las zonas más afectadas por el conflicto armado y el municipio de Yamabal, se encuentra al sur del departamento afectada menos por el conflicto armado.

Esta diferencia permitió que en el municipio de Yamabal el Ministerio de Salud, mantuvo la asistencia de salud hacia la población durante los 10 años de la guerra.

Por el contrario el municipio de Joateca no mantuvo esa asistencia, fueron Organismos Comunitarios y Organismos No Gubernamentales los que asumieron estos servicios. Inicialmente Cruz Roja Internacional y posteriormente Médicos Sin Frontera y el PADECOMS.

En ambas poblaciones un 51% de los entrevistados desconocen la existencia de comites de salud.

El desconocimiento de los mecanismos por los cuales se elige a los promotores de salud se refleja en un 90% en Yamabal y en un 73.9% en Joateca.

La participación de los pobladores en actividades de salud es pasiva en mas de un 70% en los dos municipios, siendo un poco más activa en Joateca en un 28.5%.

Ambas comunidades valoran el trabajo de los Promotores de salud como necesario, solamente un 20% lo valora como muy necesario.



La percepción de los pobladores acerca de las actividades que realizan los promotores son alrededor del 50% de promoción y prevención, pero en Joateca un 45.55 son tareas curativas las que desempeñan los promotores.

Se evidencia la poca actividad de promoción y prevención domiciliar pues en aproximadamente un 60% en las dos comunidades la visita domiciliar por los promotores es poco frecuente y en mas de un 30% esta visita nunca se ha dado.

En cuanto a otros organismos fuera del ministerio de salud que den asistencia en los dos municipios los pobladores responden en Joateca en un 70% que conocen al menos un organismo, por el contrario en el municipio donde trabaja el Ministerio de Salud solo un 45% conoce otros organismos que efectuen tareas de salud en el municipio.

Estos organismos son reconocidos por la comunidad sobre todo por la Atención Médica que prestan en un 50.4% en Joateca y en 14.6 % en Yamabal, pero también en Joateca reconocen que les brindan Material y Equipamiento en 26.7%

Las principales demandas en los dos municipios seleccionados para mejorar la situación de salud en sus comunidades fueron:

Mas medicamentos en los centros asistenciales

Mas capacitación para los Promotores de Salud

Mas personal calificado que atienda los caseríos y cantones.

Acceso a los servicios de Agua Potable

El médico de los centros de salud permanente y que no roten con frecuencia

**Caracterización de la red de servicios de salud.**

La división administrativa del territorio estudiado comprende 13 municipios, 38 cantones, con un promedio de 3 cantones por municipio. El total de habitantes comprendidos en dichos municipios es de 53,549 habitantes., correspondiendo a un promedio de 4,119 habitantes por municipio.

La selección de los municipios a ser incluidos directamente en el estudio se realizó en forma aleatoria, tomando en consideración para el tamaño de la muestra, el grado de heterogeneidad de las comunidades y la disponibilidad de los recursos. Los municipios seleccionados fueron los siguientes: Joateca, Perquin, San Fernando, Arambala, Jocoaitique, Villa El Rosario, Torola, Guatajiagua, Yamabal, Sensembra, Meanguera, San Isidro, Cacaopera.

En los trece municipios se dispone de puestos de Salud en cinco de los cuales están equipados con camas, además contaban con 1 a 2 médicos permanentes por lo que las instituciones prestadores de servicios las consideran como unidades de Salud.

#### Caracterización del Servicio.

En los puestos de salud con camas se brindan servicios de Atención médica, odontológica, promoción y prevención, Farmacia y algunos servicios de laboratorio, desarrollándose en estos Puestos de Salud los programas Materno Infantil, Saneamiento, Nutrición, Enfermedades Transmisibles, Planificación Familiar y Salud Comunitaria. En estos puestos de salud se da internamiento de pacientes y consulta externa, mientras que los puestos de salud que no disponen de cama solamente brindan servicios de consulta externa, con un horario de atención al público de 5 días por semana en jornadas de 8 horas/día. En 3 de los puestos de salud analizados solamente disponen 2 veces por semana de 1 médico y 1 enfermera.

La cobertura de personal médico corresponde a 1 médico por cada 4000 habitantes., encontrándose en el territorio estudiado un total de 13 médicos. Sólo se encontró un total de 2 enfermeras graduadas y 2 Auxiliares de enfermería, correspondiendo alrededor de 4 médicos por un personal de enfermería.

En cuanto a recursos humanos de odontología, en todo el territorio estudiado solamente se encontró 1 Odontólogo y 2 técnicos en odontología.

#### Producción de Servicios.

La producción de servicios de salud promedio de los municipios estudiados reporta 363 consultas por médico por mes.

La Infección respiratoria aguda, Enfermedades gastrointestinales, Enfermedades de la piel, Tricomoniasis vaginal, y Desnutrición constituyen los 5 primeros lugares de motivo de consulta según los registros diarios de consulta de las unidades de salud ubicadas en dicho territorio.

Las actividades comunitarias de salud registradas con mayor frecuencia son las acciones de educación para la salud, saneamiento ambiental y potabilización del agua de consumo humano.

Estas actividades son programadas mensualmente en las unidades asistenciales así como las evaluaciones, las cuales son desarrolladas principalmente por el personal técnico con limitada participación de los promotores.

Se efectúan reuniones de coordinación con instituciones y sectores organizados de las comunidades, principalmente con Directores de escuelas, Alcaldes y representantes comunales.

## Disponibilidad de Recursos

En cuanto al financiamiento recibido en los centros asistenciales en el norte del departamento son financiados con ayuda de Organismos No Gubernamentales, organismos comunales, Cooperación externa, y un aporte menor que corresponde al Estado. Mientras que en los municipios del sur del departamento el financiamiento es por completo responsabilidad del estado, la cooperación de ONG y la cooperación externa son complementarios orientándose a proyectos muy específico como instalación de agua potable y ampliación de infraestructura.

En los territorios analizados se encontró un inspector sanitario, 2 técnicos de laboratorio y 9 de personal administrativo, que corresponden al total de los 13 municipios.

Con respecto a los Promotores de Salud, se encontró un total de 70 promotores para un promedio de 5 promotores por municipio, destacándose Meanguera y Perquin con el mayor número de los mismos.

En relación a la infraestructura todos los puestos de salud ~~están~~ funcionando en locales propios, con excepción de Perquin que funciona en un local de propiedad comunitaria, se destaca que toda la infraestructura de los centros asistenciales visitados ha sido construida por la ONG, Médico Sin Frontera.

En el 50 % del personal entrevistado consideran como adecuada el tipo de infraestructura disponible de acuerdo a la demanda y tipo de acciones que se desarrollan.

Sin embargo entre los principales problemas de infraestructura se señalan la falta de agua potable y energía eléctrica en varias instalaciones y de espacios muy reducidos para atender los programas principalmente el materno-infantil que constituye una prioridad.

## VII. CONCLUSIONES

1. Los municipios con mayor afectación directa de las acciones bélicas se relacionan con mayores niveles de organización y movilización al rededor de las actividades de promoción de la salud.
2. La tendencia hacia la disminución de los niveles alcanzados caracterizan el momento actual el grado de organización y de participación social en salud en las comunidades analizadas.
3. Los niveles de pobreza y el predominio de enfermedades infecciosas y la desnutrición constituyen los principales problemas que han afectado a las comunidades estudiadas.
4. El predominio de las acciones de carácter asistencial han relegado a segundo plano las actividades de promoción y de prevención de la salud, incluyendo el contenido de trabajo de los promotores de salud.
5. El predominio de acciones asistenciales de los promotores han limitado su vinculación con la propia comunidad con disminución significativa en la realización de visitas domiciliarias en relación al período anterior del estudio.
6. Las jornadas coyunturales de vacunación, educativas en relación al Cólera, de higiene ambiental y de recaudación de fondos, constituyen las principales acciones a que se limita la participación social al momento del estudio, con un predominio de un enfoque de utilización.
7. Las actividades dirigidas desde los centros asistenciales se caracterizan por la falta de acciones de rehabilitación física y social de pacientes con secuelas de la guerra así como acciones particularmente orientadas a grupos de mayor riesgo.
8. El desempeño como auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio y técnicos de odontología predominan en el quehacer de los promotores de salud en el momento actual, mediante contratos por parte de los organismos prestadores de asistencia médica.
9. La exclusión de la comunidad de los mecanismos de evaluación de los servicios de salud que le son prestados, limita su oportunidad de incidir en la priorización de los problemas de salud de su comunidad y en la definición de panes y programas a desarrollar.

## OBTENCION DE LA INFORMACION

### Fuentes de información:

Se incluyen fuentes primarias y secundarias. Las fuentes primarias están constituidas por:

Promotores de Salud  
Dirigentes comunales  
Dirigentes religiosos  
Dirigentes gremiales  
Otros actores sociales relevantes.

Las fuentes secundarias incluyen Censos y Registros comunitarios.

### Mecanismos de obtención de información:

Se utilizó la aplicación de la técnica de entrevistas.

### Instrumentos de obtención de información:

Se utilizaron los siguientes tipos de Cuestionarios semi-estructurados:

1. Cuestionario dirigido a promotores de salud.
2. Cuestionario dirigido a Dirigentes de Organizaciones.
3. Cuestionario dirigido a Informantes Claves de la comunidad.
4. Cuestionario dirigido a pobladores.
5. Cuestionario dirigido a Directores de los establecimientos de salud.

## CAPACITACION Y SUPERVISION DE ENCUESTADORES.

La capacitación y supervisión se orientó al proceso de aplicación de las Encuestas por parte de los equipos de trabajos responsables de los trabajos de campo. Para tal fin se ejecutó un taller para adiestrar a los encuestadores y supervisores. El equipo de encuestadores estuvo conformado por educadores populares seleccionados del área de Morazán, en base al conocimiento de su trayectoria de educadores comunales.

Para evaluar la confiabilidad de los datos recogidos en el instrumento, se incluyeron preguntas de control.

Se contó con supervisores para observar la recolección de datos, realizándose la verificación de la información seleccionado encuestas en forma aleatoria.

## VALIDACION DE INSTRUMENTOS:

Se llevó a cabo con el objeto de valorar la aplicabilidad, la claridad y la pertinencia de las preguntas del cuestionario para la incorporación de los ajustes necesarios.

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

Para establecer los principales antecedentes de la participación y los niveles de organización alcanzados actualmente se analizaran los siguientes aspectos:

Disponibilidad inicial de recursos humanos y materiales en el territorio.

Niveles de organización alcanzados a nivel de los organismos sociales involucrados en el territorio:

Numero de organizaciones existentes

Tipo de organizaciones

Motivación de los individuos o grupos:

Grado de responsabilidad hacia la búsqueda de soluciones a los problemas de salud.

Factores restrictivos para la participación en salud

Factores facilitadores para la participación en salud.

Acciones desarrolladas por organizaciones sociales.

Grado de intersectorialidad e interinstitucionalidad.

Relación de los organismos con los centros de salud:

Factores facilitadores de la relación de organismos con Centros de salud.

Factores restrictivos de la relación de organismos con Centros de salud.

Organización de la red comunitaria de Servicios de salud.

Sistema local de información.

Utilización de información para toma de decisiones.

Mecanismos de Priorización de problemas de salud

Mecanismos de Ejecución de acciones de salud.

Mecanismos de monitoreo y evaluación.

**Caracterización de los Promotores de salud existentes y grado de organización en el territorio:**

Edad

Escolaridad

Ocupación

Originario de la Comunidad

Experiencia

Mecanismo de Selección

Motivación

Capacitación

Actividades realizadas

Grupos beneficiados con atención.

Valoración individual

Tiempo de prestar su servicio como promotor.

Local donde efectúa sus actividades

Registro de Actividades

**Para identificar las principales acciones de atención primaria implementadas con participación de la comunidad, se consideran los siguientes aspectos:**

**Actividades de Promoción de la salud**

Proceso que consiste en darle a los individuos, las capacidades necesarias para que puedan controlar mejor su salud.

**Educación Sanitaria**

Presentación de Información, para aumentar los conocimientos, modificar actitudes y comportamientos.

**Organización comunitaria**

Formas particulares de interrelaciones entre los agentes comunitarios alrededor de determinados fines de interés social.

## Comunicación

Método de difusión de contenidos de promoción en salud desarrollados por grupos poblacionales.

## Acción Política

Posición ante el cambio que se adopta ante los problemas relevantes que afectan las comunidades estudiadas.

## Actividades de Prevención de la salud.

Acción dirigida a evitar la presencia de factores de riesgo específicos ante problemas priorizados, expresado en el tratamiento, rehabilitación y prevención de recaídas.

## Actividades de Atención Básica en salud.

Acción dirigida hacia la resolución de los problemas de salud de baja complejidad

## Uso de la medicina tradicional

Percepción de los agentes comunitarios tradicionales a la aceptación o rechazo de la medicina tradicional.

Para caracterizar la red territorial de servicios de salud y su interacción con la comunidad se consideraron los siguientes aspectos:

### Ubicación

Area geográfica de influencia

Población del área geográfica de influencia

### Descripción del Servicio

Tipo de Servicio

Servicios que ofrece

Programas que desarrolla

Formas de prestación del servicio

Horarios de atención



**Producción de Servicios**

Morbilidad atendida

Atención Comunitaria

**Recursos disponibles**

Recursos Humanos

Infraestructura

Financiamiento

**Organización del Trabajo**

Planes de Trabajo

Coordinación

Monitoreo y Evaluación

Necesidades.

**Mecanismos de vinculación con los dirigentes comunitarios en la toma de decisiones.**

**Niveles de participación de los organismos comunitarios en la definición de políticas locales.**

**Mecanismos de participación en el proceso de monitoreo y evaluación de la implementación de acciones de salud.**

## VI. RESULTADOS Y DISCUSION

### Antecedentes de la Participación Social en Morazán.

Uno de los principales factores que contribuyeron a la necesidad de organizarse, según los informantes claves de las comunidades entrevistados, fue la falta de recursos con que contaban las comunidades para enfrentar sus problemas de salud. Los recursos disponibles en el inicio del período estudiado se caracterizaba por lo siguiente:

En relación a los recursos físicos solamente 3 de los 13 municipios contaban con infraestructura propia desde 1980, 9 Municipios presentaban su infraestructura destruida completamente durante la década de los años 80, y 4 Municipios no contaban con agua potable en sus instalaciones.

En cuanto a los recursos materiales y económicos, en general era escaso en las mayorías de las comunidades, y nulo en las unidades destruidas, a igual del insuficiente disponibilidad de medicamentos y material médico

En los municipios sin presencia de unidades asistenciales, los pobladores solo recibían medicamentos esporádicamente a través de Cruz Roja Internacional.

En relación a la disponibilidad de los Recursos Humanos: 3 municipios contaban con personal médico y paramédico aunque su número resultaba insuficiente para atender la demanda. En 9 municipios la población fue atendida solamente por médicos de Cruz Roja en visitas mensuales. La O.N.G. "Médicos sin fronteras" asigno al final de los 80, dos médicos y una enfermera. A partir de 1990 los patronatos de comunidades iniciaron a implementar mecanismos de contratación de médicos y enfermeras.

Se destaca que a nivel del Ministerio de Salud en 9 municipios durante la década de 1980 solamente impulsó campañas de vacunación y algunas acciones de promoción de salud, quedando las funciones administrativas de salud en manos de O.N.G, o t r a s instituciones (Cruz Roja) y Organismos Comunales, lo cual contribuyó a que las comunidades implementaran mecanismos propios para dar respuestas a sus necesidades de salud en conjunto con los otros organismos sociales que tenían presencia en los territorios.

Entre las principales organizaciones prestadoras de servicios que se destacaron por su involucramiento en acciones de promoción, prevención y atención de salud, se observan las siguientes:

Cruz Roja Internacional

Comunidades Cristianas

Patronato de Comunidades de Morazán

Organizaciones No Gubernamentales: Médicos Sin Frontera

Médico Internacional

Al analizar los principales factores que motivaron a los grupos de las comunidades a involucrarse en la implementación de acciones de salud en este período, se destacan los siguientes:

Desarrollar una organización de salud que respondiera a las urgentes necesidades de la población.

El estado crítico de salud de los municipios que carecían de asistencia.

La insuficiente asignación presupuestaria en los municipios que tenían centros asistenciales.

Nivel de pobreza de los pobladores de las comunidades.

Emigración de los pobladores hacia otros territorios.

Durante el desarrollo del proceso de participación social en este período, de acuerdo a los informantes claves, se han identificado un conjunto de factores facilitadores y restrictivos, los cuales adquieren características diferentes en los territorios afectados directamente por las acciones bélicas en relación a las no afectadas, siendo estos los siguientes:

Factores Facilitadores de la Participación Social.

En los municipios afectados directamente por la guerra:

La organización de la comunidad.

La organización que formaron en salud los grupos insurgentes.

Las emergencias médicas en la población a causa de la guerra.

La inaccesibilidad a la atención en salud.

En los municipios menos afectados que contaban con servicios de salud por parte del estado:

La neutralidad política de los prestadores de servicios de salud.

La insuficiente dotación de materiales y equipo

La falta de medicamentos.

El insuficiente personal profesional asignado y su alta rotación.

#### Factores Restrictivos de la Participación Social.

En los municipios que no contaban con asistencia por parte del estado:

El nivel bajo de escolaridad de los pobladores

La pobreza de las comunidades

La gran emigración de los pobladores

Ideologías divergentes entre los individuos y grupos.

Limitaciones propias relacionadas a las acciones bélicas.

En los municipios con asistencia médica estatal:

Falta de cumplimiento de actividades con la comunidad

Alta rotación del personal de salud.

Falta de interinstitucionalidad

Falta de Coordinación entre Centro de Salud y la comunidad

## Nivel de organización alcanzado por los individuos y grupos.

### Durante el período de acciones bélicas:

Durante la década de 1980-1990 los pobladores de las comunidades que fueron principales escenarios de la guerra promovieron acciones organizativas, que son reportadas por los informantes claves destacándose la formación de Comités de Salud, organizados alrededor de las necesidades de los habitantes, lográndose un alto grado de movilización social, lo cual contribuyó a alcanzar los siguientes resultados:

1. Lograron la atención de el Comité de Emergencia de la Cruz Roja internacional hacia todos los municipios sin acceso a Servicios de Salud.
2. Consiguieron autorización por parte de las autoridades para el libre acceso a medicamentos dirigidos a las poblaciones aisladas.
3. Demandaron el reconocimiento al derecho de recibir atención médica por otros Organismos No Gubernamentales, sin restricciones.
4. Obtuvieron el respeto a la vida de los pobladores civiles heridos en el conflicto por parte de ambos grupos armados (insurgentes y gubernamentales) para que pudieran movilizarlos y recibir atención médica especializada.
5. Obtuvieron el reconocimiento de las fuerzas militares hacia el trabajo desarrollado por los promotores civiles voluntarios de salud.
6. El respeto a los promotores de salud, para movilizarse dentro de las zonas conflictivas para desarrollar su trabajo en las comunidades.
7. El reconocimiento de parte del Ministerio de Salud, para que los promotores voluntarios remitieran pacientes a los niveles secundarios de atención y ser atendidos por estos.
8. El derecho a recibir capacitación y ha recibir ayuda por parte de Organismos No Gubernamentales al Comité de Promotores voluntarios de Salud.
9. Los Promotores voluntarios de salud, tuvieron una destacada participación en la atención prestada a los pobladores civiles que resultaron heridos en el conflicto, la eficacia con la que cumplieron sus labores se evidenció en el número de vidas salvadas cuando el acceso a los servicios hospitalarios estaba bloqueada en las carreteras y en los puentes inutilizados para dicho traslado.

Los informantes claves resaltan la integralidad de la atención de los promotores a las comunidades, que realizaban su labor voluntaria, visitando los domicilios de los pobladores que no podían movilizarse a causa de los combates, en estas visitas domiciliarias realizaban tanto labores educativas, preventivas, así como actividades asistenciales.

El uso de la medicina herbolario por parte de los promotores voluntarios de salud fue muy difundido durante el conflicto sobre todo por la escasez de medicamentos en la zona, ya que este acceso de medicamentos era muy restringido por las autoridades.

En el período de la posguerra

Al finalizar el conflicto los Promotores voluntarios de salud fueron absorbidos por los Organismos No Gubernamentales, los Organismos Comunales, que contrataron sus servicios para seguir brindando atención Primaria en Salud, ahora con más recursos dentro de los mismos territorios.

Al momento del presente estudio se encontró que en el Departamento de Morazán durante 1993, los organismos e instituciones prestadoras de Servicios de Salud que laboran en las comunidades han disminuido, siendo retomado paulatinamente el trabajo asistencial por parte de los servicios de salud. Entre los organismos que se encontraban para el año 1993, son los siguientes:

Organismos Comunales expresados como Patronatos de las Comunidades de Morazán. PADECOMS.

Comité para el desarrollo de las comunidades de Oriente CODECO.

O.N.G: "Médico Sin Frontera" y "Médico Internacional".

PRODERE y otros organismos que cooperan en menor medida.

El ministerio de Salud aún cuando ha venido incrementando su presencia en estos territorios como institución rectora de los servicios de salud a la población, persisten municipios del Departamento estudiado donde continúa siendo muy limitada la atención prestada a las comunidades.

Al momento del estudio la organización existente de los servicios de salud en los territorios se caracterizaban por contar con Unidades del primer nivel de atención: puestos de salud, unidades de salud y botiquines. En el Norte del departamento, toda la infraestructura de salud es nueva, construida por la O.n.G., "Médicos sin Fronteras".

El equipamiento de estos centros de salud, beneficiados con infraestructura por el Organismo "Médicos sin Fronteras" es bastante completo, contándose al momento de las visitas de observación a las unidades de salud, con disponibilidad de medicamentos. Dentro de estas características se ubican las comunidades ubicadas en Segundo Montes, contando con laboratorios, sala de partos, servicio de encamados, atención Odontológica, salas de rehidratación para enfermos de cólera, atención de emergencias quirúrgicas en el primer nivel.

En segundo lugar en relación al nivel de completamiento con infraestructura se observaron los municipios de Torola, Perquin y Jocoaitique.

#### **Acciones de Salud desarrolladas por Otros Organismos en la posguerra:**

Las Acciones de Salud que desarrollan estos Organismos son de carácter asistencial, de prevención y promoción de salud.

Los Organismos No Gubernamentales que cooperan en áreas de Salud se enfocan principalmente hacia programas específicos, sobre todo en equipamiento de los Centros Asistenciales y en el impulso de obras de infraestructura, desde obras para el Saneamiento Ambiental (Pozos, Instalación de Agua Potable, letrificación), hasta la construcción de Centros de salud nuevos o la ampliación de los mismos.

#### **Intersectorialidad e Interinstitucionalidad desarrollada entre los organismos e instituciones de salud:**

La coordinación entre los Organismos prestadores de Atención en Salud y los diferentes grupos sociales comunales organizados en las comunidades es considerada por los informantes claves como efectiva, exceptuando el nivel de vinculación con los servicios de salud oficiales entre los cuales persisten limitaciones en cuanto a la implementación de mecanismos efectivos de coordinación de acciones conjuntas.

Dado estas limitaciones, las coordinaciones son más efectivas con los sectores educativos, comunales y O.N.G., lo cual se expresa desde la priorización conjunta de los problemas y la implementación de acciones orientadas a la modificación de las condiciones de salud de las comunidades.

En otros municipios esta coordinación es muy pobre y solo se da en algunas coyunturas como las campañas de vacunación o algunas actividades para recolectar fondos.

La forma más simple de comunidad de intereses se da cuando un grupo de ciudadanos reconoce la existencia de una necesidad en su ambiente de vida y se une para solucionarla en forma organizada. Es una connotación organizativa con complejos grados de cohesión detrás de ciertos objetivos, la que vuelve a situar la acepción inicial de comunidad, concebida en referencia a un ámbito geográfico, un lugar urbano o rural.

Las diferentes concepciones sobre participación social:<sup>4</sup> la señalan como un proceso personal y social, implica entenderlo como un proceso de aprendizaje de como participar, situación inherente a la propia enculturación familiar y social, y en la misma dimensión la adecuación como proceso de producción y puesta en práctica de conocimientos, actitudes y valores, etc. requiere la participación efectiva en la toma de decisiones y definición de este proceso por parte del interesado, sea la persona, grupo social, organización o institución.

Sin embargo en el análisis de las experiencias de participación social en América latina, se ha definido la autoayuda, según Mbithi, como la identificación autónoma de las necesidades y la movilización de recursos y la implementación a nivel local.

Los programas de autoayuda fueron una respuesta posible para bajar los costos extrayendo trabajo no remunerado. Bajo esta perspectiva ideológica la organización comunitaria fue la respuesta lógica para introducir cambios de valores y asegurar el éxito de los programas de autoayuda.

A través de A. Latina las organizaciones y los comités de desarrollo comunitario fueron establecidos por burócratas bajo presión y guía de agencias internacionales.

En proyectos del Banco Mundial se trata conceptualmente a la participación como un proceso activo donde los beneficiarios influyen la dirección y ejecución de los proyectos de desarrollo y mas que recibir es compartir los beneficios del proyecto.

---

<sup>4</sup> Souza Bravo, Et. Al. Las Prácticas Profesionales y la Participación Popular en Salud, abril 1992, pp 94-95, CELATS - la edición.



Para fines del presente estudio se conceptualiza la participación comunitaria como la acción en la cual todos los habitantes de una comunidad se responsabilizan de su propio bienestar y en una acción consciente desarrollan sus potencialidades para la autogestión.

Esto se refiere a que en la comunidad se debe participar:

Con el objeto de elevar su nivel de salud

Con el concurso de todos sus habitantes, en funciones bien definidas.

En todas las oportunidades, dando su aporte en función de sus capacidades y recursos.

Para que sea clasificada como verdadera participación debe presentar las siguientes características:

1. Activa:

La población se hace presente en todas las actividades de salud, dejando a un lado la conducta pasiva y de espera a que lleguen los beneficios.

2. Consciente:

Cada persona sabe por qué y para qué está presente. Ha pasado un proceso educativo que le ha condicionado positivamente, de tal manera que descubre sus necesidades, las analiza y busca en cooperación, la solución más efectiva.

3. Responsable:

Sabe que el compromiso es suyo y que la obligación de resolver sus problemas le corresponde a ella.

4. Deliberada:

No hay fuerza exterior que la haga actuar. Es cada voluntad y la voluntad de todos, lo que les hace participar.

5. Organizada:

Ya se ha experimentado la necesidad de formar una estructura, que le permita el aprovechamiento de todos sus esfuerzos.

## 6. Sostenida:

Porque ha comprendido que los problemas de salud no pueden ser eliminados. Sabe que mientras no se termine una acción controladora por medio de una programación continuada y constante, siempre habrá la amenaza de una enfermedad susceptible de ser prevenida o atendida.<sup>5</sup>

La participación comunitaria es apropiada, cuando uno o más de las condiciones siguientes están presentes:

1. El objetivo del proyecto es dar poder a la población y desarrollar sus capacidades.
2. En el diseño del proyecto de servicios se encuentra la interacción de los beneficiarios en la identificación de sus necesidades y preferencias.
3. La implementación del proyecto demandan frecuentes diálogos y negociación con los beneficiarios.
4. Los usuarios más que las débiles burocracias son reforzados en sus aptitudes para dirigir una parte de las operaciones del proyecto.

La participación social, de base popular o comunitaria, implica básicamente una redistribución del poder, por el cual ciertas estructuras de poder buscan aumentar su control sobre instituciones y recursos de los que ahora están excluidos. (stiefel y Pearse 1982).<sup>6</sup>

La participación se entiende como un esfuerzo deliberado de cada sector social por controlar mejor su propio futuro, y por su capacidad de negociar los términos de incorporación a la sociedad más amplia. Representa la dinámica de las agrupaciones, movimientos o partidos que movilizan a determinados grupos humanos y en este caso la participación se refiere a los esfuerzos de nucleación de la población en base a sus intereses comunes, y a su desarrollo.

Desde esta perspectiva la participación tiene una connotación eminentemente política en la medida que se refiere a los mecanismos sociales e institucionales, y fundamentalmente a las decisiones que se adoptan sobre ellos.

---

<sup>5</sup> Marroquin y Alvarez. Participación Comunitaria, INCAP Guatemala 1987 pp 4-5

<sup>6</sup> Coloma, C. Fundamentos Conceptuales y metodológicos de educación y participación en saneamiento rural, Brasilia 1988, pp 51-59 I.P.E.S.

Los procesos participativos deben entenderse como el derecho y la capacidad real de la población para plantear y decidir sus propios puntos de vista sobre asuntos que le incumben, como es el caso de su salud, su adecuación y su propio desarrollo. Es ejercer la ciudadanía en el marco de la democracia política como búsqueda de una democracia de genuina participación social.

La organización popular como mediatizadora de la relación con el Estado, con Organizaciones No Gubernamentales y con particulares, es una condición necesaria pero no suficiente para resolver las necesidades colectivas. Ella tiene que generar acciones que le permita identificar cuales son sus derechos, desechando la concepción paternalista o de dádivas, para inter-actuar con ellas de una manera digna y eficaz. <sup>7</sup>

La Democracia directa, es el acceso directo de los ciudadanos a la toma de decisiones de gobierno. La función de la participación de la sociedad civil en la construcción de un país democrático en donde todos, absolutamente todos, conozcamos nuestros derechos y nos apropiemos de los mecanismos existentes para que ellos sean una realidad tangible y de esta manera contribuir al proceso de paz.

Una de las formas mas idóneas y adecuadas para el ejercicio de la democracia directa es a través de las diferentes organizaciones sociales o de la sociedad civil, llámense cívicas, comunales, sindicales, campesinas, juveniles, de mujeres, ecológicas e inclusive organizaciones políticas de carácter comunitaria.

El ejercicio de la democracia directa a través de las organizaciones sociales se le puede denominar como democracia participativa o participación comunitaria.

#### **Un nuevo trabajo comunitario.<sup>8</sup>**

Un método entendido básicamente no como una sucesión lineal de acciones predeterminadas porque no garantiza integrar la riqueza que encierra la realidad comunitaria, mas bien ayuda a imposibilitarlo y a reducir las expresiones de la realidad a un esquema, deformándola en diversos sentidos.

Este planteamiento considera, que la guía del método de trabajo en comunidad, debe constituirse por las acciones generales que integran el método, en el entendido que cada una de ellas, debe irse profundizando y creciendo en el desarrollo del trabajo, prácticamente sin poner límite alguno, más allá del que representa el desarrollo y transformación de las propias comunidades en sus dinámicas internas.

---

<sup>7</sup> Cardona M. G, Hacia una Cultura de la Participación pp 3-13

<sup>8</sup> Barreix, Moares, Castillejos. Metodología y Método en la Práxis Comunitaria. Fontamara México 1986 pp137-144

Tales acciones del método que se sustenta son: La investigación, la planificación, la ejecución, la supervisión y la evaluación.

Todas ellas deben ser vistas y entendidas conformando una unidad, pero guardando cada una su integridad propia y su especificidad. No es una la que antecede automáticamente a la que sigue, ni todas tienen el mismo desarrollo, más bien todas se combinan en forma desigual, según sea la comunidad y el grado de desarrollo del trabajo desempeñado.

De esta forma, el trabajo en la comunidad no se inicia ni concluye con determinada etapa, sino más bien las anula y las supera, en la medida que dicho trabajo en comunidad es susceptible de ser iniciado poniendo énfasis mayor en cualquiera de las cinco acciones que sustentamos, y podrá eventualmente darse por concluido, cuando de una cuestión específica se trate, con un énfasis mayor de cualquiera de ellas también, pudiendo después ser reiniciado, no para seguirlo donde se quedó sino para rehacerlo y continuarlo en momentos y circunstancias distintas.

Así, cualquier trabajo en comunidad puede iniciarse o reiniciarse, indistintamente con un mayor o menor énfasis en una o varias acciones planteadas, ya sea la ejecución, la evaluación, la planificación, la investigación o la supervisión. Esto garantiza que al combinarse tales acciones mantengan un desarrollo geométrico que las enriquece y madura, haciendo del trabajo comunitario una actividad integradora de la comunidad y del trabajador comunitario, en la medida que se va paulatinamente obligando a una mayor cantidad y mejor calidad. del conjunto de acciones técnicas que deben ponerse en práctica, en tanto vías de solucionar problemas y encontrar satisfactores de las necesidades humanas, como motores indiscutibles del desarrollo interno de las comunidades, como única garantía de una dinámica comunitaria propia y autónoma.

Las distintas cinco acciones del método continúan su desarrollo y profundización, hasta que logran integrar prácticamente todos los aspectos de la vida comunitaria, que debe significar el uso del método de trabajo comunitario, como el instrumento cotidiano del accionar social de las comunidades. La aplicación de todo lo anterior, como un proceso de conjunto, significaría que en el primer nivel, independientemente de que acción del método asume mayor relevancia, con ella en combinación con las otras, pueden garantizar dos cosas básicas por un lado, la tipificación general de la comunidad, en tanto guía general de inicio, y por otro lado, la detección y entrecruce de las necesidades básicas, que deben ser entendidas como el elemento clave para el trabajo comunitario en la medida que ellas generan las diferentes fuerzas internas de cada comunidad así como los elementos que regulan sus expresiones y funciones.

Un segundo nivel, implicaría el diseño, cálculo y elaboración de alternativas viables, que representen las vías que posibiliten el desarrollo comunitario, considerando siempre para ello la lógica interna propia y específica como reguladora del accionar comunitario.

Además lo anterior obliga a que tal viabilidad contemple entonces a las organizaciones básicas de la Comunidad.

En el tercer nivel, aparece entonces la elaboración y diseño, del conjunto de las líneas de acción, que busquen ser las vías específicas para enfrentar globalmente el continuo accionar comunitario, La guía para la acción de largo plazo, se obtiene y estructura.

Con ello, es posible entonces, la programación y ordenamiento de los tiempos y ritmos, los que siguen quedando expuestos a merced de la dinámica propia interna de cada comunidad, dependiendo de la combinación de sus fuerzas internas y de la relación con estas con las externas.

Las acciones grupales dentro de la comunidad, aparecen entonces, como la expresión que concreta el método de trabajo comunitario en su mejor expresión, en el entendido de que producto de esa múltiple variedad de acciones grupales combinadas, resulta finalmente el desarrollo de las comunidades, por el hecho que es ahí y en esos momentos como internamente las comunidades desarrollan cotidianamente su accionar interno y autónomo. Ahí se liberan las fuerzas internas y su lógica propia logra regular el desarrollo comunitario.<sup>9</sup>

#### Las prácticas profesionales y la participación popular en Salud.<sup>10</sup>

En este aspecto es importante destacar el papel y formas de interacción de los grupos de profesionales que se vinculan con la promoción del trabajo comunitario, para lo cual es necesario retomar experiencias en este tipo de interacción.

La práctica de los profesionales que se ligaron efectivamente con la comunidad (1984, Isla de Gobernador), constituye una de las experiencias más importantes.

---

<sup>9</sup> ó. cit. Barreix, Moraes y Castillejos pp 37-144

<sup>10</sup> Souza Bravo, Et al, Las Prácticas Profesionales y la Participación Popular en Salud en, Salud Comunitaria y Promoción del Desarrollo, Abril 1992 pp 94-95 CELATS

En este sentido su acción consistió en estimular las sociales, incentivando la participación y organización de la población en torno a sus problemas colectivos relacionados con la salud. Los conocimientos teóricos y prácticos de tales profesionales se pusieron al servicio de la población, procurando sin embargo no sobreestimar este saber, valorando el saber popular de forma tal que el conocimiento profesional no sustituyera a las acciones y decisiones de la población, sino mas bien la complementara.

Los profesionales procuraron no asumir el papel de dirigentes del proceso, al entender la importancia que tiene que la población se organice en instancias propias de decisión para intervenir en las condiciones en que viven.

Para tener esa intencionalidad en determinados momentos se evidencio actitudes contradictorias en los profesionales, en los cuales no se observaba motivaciones e intereses por lograr mayores niveles de vinculación con el trabajo comunitario debido al contexto de su formación.

La formación profesional dominante es trasladada a la población con la finalidad de impedir la creación de formas alternativas de acción que puedan llevar a cambios en las estructuras de autoritarismo y desigualdad.

La acción de los profesionales, a partir de estas consideraciones requiere ser evaluada constantemente al interior del proceso de participación, para que su contribución sea mejor explicitada y los líderes comunitarios puedan asumir la conducción del proceso junto con sus miembros.

## V. DISEÑO METODOLOGICO

### TIPO DE ESTUDIO

La presente estudio corresponde a una investigación de tipo Cualitativa de carácter exploratorio basado en la implementación de mecanismos participativos y de consenso para la obtención y análisis de la información.

El área de estudio está conformado por las poblaciones rurales del Departamento de Morazán, El Salvador, que residen en dichos territorios en el período del estudio.

Se hace énfasis en el estudio sobre la percepción que distintos actores tienen acerca de la participación comunitaria en actividades del nivel primario de atención en territorios diferenciados por sus antecedentes de participación y disponibilidad de servicios oficiales de salud.

Del total de 26 municipios que conforman el Dpto. de Morazán, se seleccionaron para fines del estudio mediante criterios de conveniencia y según el consenso de las instituciones y organismos comunitarios involucrados, un total de 13 municipios rurales del Departamento de Morazan. Esta selección se realizó en base a los siguientes criterios: (Ver listado de municipios estudiados en anexo).

1. El nivel de organización que han desarrollado estas comunidades.
2. La existencia o no de atención de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud.
3. La experiencia desarrollada durante la década de los 80 para enfrentar sus propias necesidades.

El estudio en estos 13 municipios estuvo orientado a la percepción y estado de opinión que los propios promotores, dirigentes de organismos involucrados y de instituciones oficiales prestadoras de servicios de salud ubicados en dichos territorios tienen acerca de la participación comunitaria en salud.

Se pretende en el estudio reflejar los propios criterios emitidos por el personal entrevistado, para lo cual se hace un análisis cualitativo con el propósito de no perder la originalidad de la información tal como es percibida por los propios informantes.

Además de la percepción de los informantes claves, señalados anteriormente, se complementa con el estudio a nivel de los propios pobladores, para lo cual se seleccionan 2 comunidades en base a los siguientes criterios:

1. Presencia y ausencia de servicios de salud estatales respectivamente.
2. Condiciones generales similares en cuanto a condiciones de salud y nivel de resolución de la red de servicios públicos o comunitarios.

La identificación de estas dos comunidades, se realizó en base a revisión documental de información sanitaria disponible en el nivel regional de salud, y aprobación por consenso con miembros de los organismos comunitarios en el territorio.

Las comunidades seleccionadas fueron las siguientes:

a. Joateca

Se encuentra ubicado en la región norte del Dpto. en zonas más afectadas por el conflicto bélico, con una población aproximada de 3.500 hab. y sin presencia de servicios de salud oficiales en la década de los 80.

b. Yamabal

Ubicada al Sur del Dpto. en zonas menos afectadas por el conflicto bélico y con similar cantidad de habitantes y con presencia de servicios de salud oficiales en el mismo período.

Para determinar el número de pobladores a encuestar en cada una de estas dos comunidades se hizo una estimación de tamaño muestral en base al total de habitantes de cada una de estas comunidades, estableciéndose en 270 habitantes por cada comunidad, los cuales fueron captados en forma pasiva en base a los usuarios que acudieron a los servicios de salud de las dos comunidades, dado las dificultades de acceso geográfico para la realización de las encuestas a nivel de hogares.