SCUOLA DI DOTTORATO
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA

Dipartimento di

SOCIOLOGIA E RICERCA SOCIALE

Dottorato di Ricerca in SVILUPPO UMANO SOSTENIBILE Ciclo XXXIII

TITOLO TESI / THESIS TITLE

AUTOGESTIÓN COMUNITARIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE, COMARCA LOS LADINOS, MANAGUA, 2019 – 2021

Cognome: Palacios Rodríguez Nome: Flavia Vanessa

Matricola 835776

Tutore / Tutor: Romero Arrecchavala Jilma

Supervisora: Pérez López Margarita De Fátima

Coordinatore Prof.ssa Manuela Cazzaro

ANNO ACCADEMICO / ACADEMIC YEAR 2019-2020

AGRADECIMIENTOS

Al Consorcio de Universidades liderada por la Universidad de Milano Bicocca en Italia, Universidad de Sancti Spíritus "José Martí Pérez" en Cuba, Universidad Nacional Arturo Jauretche en Argentina y la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, mi casa de estudios, por darme la oportunidad de realizar este Doctorado.

A mis compañeros de estudios por su lazos de amistad generados en cada experiencia en Italia, Cuba y Argentina.

A los docentes y estudiantes de prácticas médicas que con su esfuerzo decisivo me apoyaron en la realización de la tesis.

A la Comunidad Los Ladinos en especial a sus líderes, médicos, enfermeras, maestras… por sumar esfuerzos en la construcción de comunidades saludables.

Gracias

DEDICATORIA

A Dios, siempre presente en mi vida y mi luz.

A mi esposo Johnny apoyo incondicional en mis ausencias.

A mis hijos, Diego, Roberto y Flavia son el motor de mi vida.

A mi Madre y en honor a mi Padre que seguro está feliz por este logro.

A mis hermanas

Con mucho amor les dedico este esfuerzo.

RESUMEN

Esta investigación, tiene como objetivo contribuir a la autogestión comunitaria en la Comarca Los Ladinos, empleando la investigación acción participativa para generar conocimiento, basada en el paradigma socio crítico de la investigación científica. En la primera fase se elaboró un diagnóstico comunitario participativo, para identificar problemas de salud; se utilizó las técnicas de encuesta, observación participante y entrevistas a pobladores y actores claves; utilizando los instrumentos de: Historia de Salud Familiar Comunitaria del Ministerio de Salud, el mapeo y guía de preguntas. Resultando los problemas de disposición de la basura y las aguas servidas; el problema de abastecimiento del agua y la falta de seguimiento a las acciones de salud en la población priorizadas.

A través del análisis se identificaron causas fundamentales para proponer un plan de acción comunitario participativo, estableciendo responsables y cronograma. Se ejecutaron actividades del plan respecto a la disposición de la basura y las aguas servidas de 26 actividades planteadas, realizadas 10 (38.5%) de cumplimiento; sobre el plan de abastecimiento del agua se realizaron 8 de 13 actividades con 61.5% de avance; el plan de seguimiento a los grupos prioritarios de 13 actividades planteadas 5 realizadas con 38.5% de avance. Total de 23 actividades realizadas de 52 actividades planteadas con 44.2% de avance.

En conclusión la ejecución del plan de acción y las coordinaciones con las instituciones propicia la resolución de las necesidades sentidas. El plan continúa ejecutandose y la comunidad organizada con los actores sociales impulsan su cumplimiento. La base de la transformación de la comunidad acorde a sus prioridades establecidas para el desarrollo local a través del proceso de autogestión de la comunidad acorde a las políticas gubernamentales del momento.

PALABRAS CLAVES: AUTOGESTIÓN, COMUNITARIA, DESARROLLO, SOSTENIBLE, SALUD.

ABSTRACT

This research aims to contribute to community self-management in the Los Ladinos Region, using participatory action research to generate knowledge, based on the socio-critical paradigm of scientific research. In the first phase, a participatory community diagnosis was made to identify health problems; The techniques of survey, participant observation and interviews with villagers and key actors were used; using the instruments of: Community Family Health History of the Ministry of Health, the mapping and question guide. Resulting in the problems of disposal of garbage and sewage; the problem of water supply and the lack of monitoring of prioritized health actions in the population.

Through the analysis, root causes were identified to propose a participatory community action plan, establishing responsible parties and a schedule. Plan activities were carried out regarding the disposal of garbage and sewage from 26 proposed activities, carried out 10 (38.5%) of compliance; Regarding the water supply plan, 8 of 13 activities were carried out with 61.5% progress; the monitoring plan for the priority groups of 13 planned activities 5 carried out with 38.5% progress. Total of 23 activities carried out out of 52 activities planned with 44.2% progress.

In conclusion, the implementation of the action plan and the coordination with the institutions promote the resolution of the felt needs. The plan continues to be executed and the community organized with the social actors promote its fulfillment. The basis of the transformation of the community according to its priorities established for local development through the process of self-management of the community according to the government policies of the moment.

KEY WORDS: SELF-MANAGEMENT, COMMUNITY, DEVELOPMENT, SUSTAINABLE, HEALTH.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS ii
DEDICATORIA iii
RESUMEN iv
ABSTRACT v
ÍNDICE DE CONTENIDO v
ÍNDICE DE TABLAS vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS viii
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES ix
ABREVIATURAS x
CAPÍTULO I: GENERALIDADES xi
I. INTRODUCCIÓN 1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 5
III. ESQUEMA CONCEPTUAL DEL PROBLEMA 7
IV. ESTADO DEL ARTE O ANTECEDENTES 8
V. JUSTIFICACIÓN 26
VI. OBJETIVOS 31
VII. CONTEXTO DEL ESTUDIO O MARCO CONTEXTUAL 32
VIII. MARCO TEÓRICO 34
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO 77
IX. DISEÑO METODOLÓGICO 78
CAPÍTULO III: RESULTADOS 84
X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 85
RESULTADO I: IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS CON EL DIAGNOSTICO COMUNITARIO PARTICIPATIVO 86
RESULTADO II: PLAN DE ACCIÓN COMUNITARIA 115
RESULTADO III: EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN COMUNITARIA 120
XI. CONCLUSIONES 130
XII. LECCIONES APRENDIDAS 131
XIII. RECOMENDACIONES 132
CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA 133
XIV. BIBLIOGRAFÍA 134
CAPÍTULO V: ANEXOS 138

Anexo 1. Mapas 139
Anexo 2. Instrumentos utilizados en la elaboración del diagnóstico comunitario 140
Anexo 3. Evidencia gráfica 149

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población e indicadores 2021 de la Comarca los Ladino 33
Tabla 2. Grupos Dispensariales 66
Tabla 3. Servicios básicos en la Comarca Los Ladinos. 89
Tabla 4. Asistencia sanitaria de la Comarca Los Ladinos 92
Tabla 5. Aspectos higiénicos sanitarios de la Comarca Los Ladinos 101
Tabla 6. Factores medio ambientales en Comarca Los Ladinos. 102
Tabla 7. Aspectos sociales en la Comarca Los Ladinos. 104
Tabla 8. Características de las familias en la Comarca Los Ladinos. 105
Tabla 9. Causas fundamentales 114
Tabla 10. Plan de acción comunitaria 116
Tabla 11. Resumen de ejecución del Plan de acción comunitaria año 2012 126

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tendencia del Índice de Desarrollo Humano desde 1990 al 2017 en Nicaragua ...28
Gráfico 2. Indicadores maternos del puesto de salud Los Ladinos. 2020.....94
Gráfico 3. Indicadores de Salud de las mujeres del puesto de salud Los Ladinos, 2020 95
Gráfico 4. Indicadores de salud infantil del puesto de salud Los Ladinos. 2020. 96
Gráfico 5. Aplicación de vacunas de enfermedades inmunoprevenibles, Los Ladinos. 96
Gráfico 6. Atenciones médicas y enfermería del puesto de salud Los Ladinos.. 97
Gráfico 7. Atenciones médicas a crónicos en la Comarca Los Ladinos. 2020. 98
Gráfico 8. Atenciones integrales realizadas del programa TCV 99

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Esquema conceptual sobre la autogestión comunitaria. 7
Ilustración 2. Fotografía de la revisión del Diagnostico Comunitario.....85
Ilustración 3. Fotografía de la llegada del camión recolector de basura por calle principal....88
Ilustración 4. Fotografía de los caminos poco accesibles y la disposición de basura.....90
Ilustración 5. Fotografía del Puesto de Salud San Lorenzo Los Ladinos 90
Ilustración 6. Fotografía de una vivienda. 100
Ilustración 7. Análisis causal del problema de disposición de la basura y aguas servidas 111
Ilustración 8. Análisis causal del problema de abastecimiento de agua potable 112
Ilustración 9. Análisis causal de falta de seguimiento de las acciones en salud.....113
Ilustración 10. Fotografía de las reuniones para el análisis causal y Plan de acción. 115

ABREVIATURAS

AI
Atención Integral, 95
ALMA
Alcaldía de Managua, 109
APS
Atención Primaria en Salud, 12
BID
Banco Interamericano de Desarrollo, 18
Col-Vol
Colaboradores Voluntarios, 58
DRAC
Desarrollo Rural de Autogestión Comunitaria, 19
ENACAL
Empresa Nicaraguense del Agua y Alcantarrillado, 84
ESAFC
Equipo de Salud Familiar Comunitario, 60
FADCANIC
Fundación para la Autonomía y el Desarrollo de la Costa Atlántica de Nicaragua, 19
FSLN
Frente Sandinista de Liberación Nacional, 82
grado de dispensarización
grado de dispensarización, 88
HSFC
Historia de Salud Familiar Comunitaria, 76
IDH
Indice de Desarrollo Humano, 1
IDH-D
Índice de Desarrollo Humano Ajustado por Desigualdad, 27
IDR
Instituto de Desarrollo Rural, 19
INB
Índice Nacional Bruto, 26
INIDE
Instituto Nacional de Información de Desarrollo, 32
INSS
Instituto Nicaraguense de Seguridad Social, 55
MAGFOR
Ministerio Agropecuario y Forestal, 59
MAIS
Modelo de Atención Integral en Salud, 56
MARENA
Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales, 59
MIFAMILIA
Ministerio de la Familia, 92
MINED
Ministerio de Educación, 59
MINSA
Ministerio de Salud, 55
MOSAFC
Modelo de Salud Familiar y Comunitario, 55
ODS
Objetivo de Desarrollo Sostenible, 2
OMS
Organización Mundial de la Salud, 10
ONG's
Organizaciones No Gubernamentales, 43
SIGRUN
Sistema de Información del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, 89
SILAIS
Sistemas Locales de Atención Integral en Salud, 56
SNUS
Sistema Nacional Único de Salud, 55
TCV
Programa Gubernamental Todos con Voz, 95
UCAMO
Unión Cantonal de Asociaciones de Moravia, 16
VPCD
Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo, 92

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

I. INTRODUCCIÓN

La Comisión Brutland (WCED 1987, p. 8) define como desarrollo sostenible al, "progreso que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades". Anand y Sen presentan al desarrollo humano sostenible extendiendo el análisis del desarrollo humano y la calidad, al estudio del desarrollo sostenible. (Anand & Sen, 1994).

El desarrollo debe ser integral, más allá de lo económico incluyendo aspectos de la persona humana que le permita tener condiciones dignas de realización en lo político, lo social y lo cultural, entre otros. (Zuluaga Giraldo, Jemay, Gómez Carvajal, & Peñalosa Otero, 2012, p. 121).

En el informe mundial de actualización estadística de 2018 de los índices e indicadores de desarrollo humano concluye: en la actualidad, la mayoría de las personas son más longevas, tienen un nivel mayor de educación y más acceso a bienes y servicios que nunca, pero la calidad del desarrollo humano pone de manifiesto grandes déficits. El hecho de vivir más no significa de forma automática que se vaya a disfrutar de la vida durante más años. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018)

Además, pone de manifiesto que el desarrollo humano no ha sido homogéneo en las distintas regiones, en los distintos países ni tampoco dentro de estos y el progreso no es lineal ni está garantizado; las crisis y los problemas pueden hacer retroceder los logros. Los países que sufren conflictos presentan pérdidas en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que pueden afectar a varias generaciones. Para reducir las vulnerabilidades y mantener el progreso, es fundamental realizar inversiones en seguridad humana destinadas a romper los ciclos de vulnerabilidad y los conflictos. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2018)

En Nicaragua para el año 2017, el IDH fue de 0,658 puntos clasificando como un país de Desarrollo Humano medio en el puesto 124, superado por Costa Rica en el puesto 63 y el Salvador

en el puesto 121 y por debajo de Nicaragua está Guatemala puesto 127 y Honduras en el puesto 133 con respecto a los países de la región centroamericana. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2018, p. 24)

A la desigualdad en los logros alcanzados en materia de desarrollo humano se suman las privaciones humanas generalizadas. Más de 660 millones de personas utilizan fuentes de agua no potable, 2.400 millones de personas usan instalaciones sanitarias no mejoradas y casi 1.000 millones de personas se ven forzadas a la defecación abierta. (PNUD, 2015)

La Agenda 2030 para el Desarrollo Humano Sostenible plantea 17 Objetivos con 169 metas de carácter integrado e indivisible que abarcan las esferas económica, social y ambiental. (Organización de las Naciones Unidas, 2016).

Esta investigación contribuye a incidir en las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 1 en 1.4 y 1.5, del ODS 2: en la meta 2.3; en el ODS 3 en la meta: 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.7; en el ODS 5 en la metas: 5.6; en el ODS 8, en la metas: 8.5 y 8.6; en el ODS 11 en las metas 11.1, 11.3 y 11.7; en el ODS 13, en las metas 13.1 y 13.3; en el ODS 16 en las metas 16.2 y en el ODS 17 en la meta 17.17.

En resumen, se contribuirá en los objetivos 3 y 11 que plantean garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades y lograr ciudades y comunidades sostenibles. Para alcanzar estos objetivos la Universidad contribuiría a la promoción de la autogestión comunitaria.

Así se contempla promover la autogestión comunitaria con el desarrollo local como respuesta a las necesidades sentidas de la población, logrando avances en el bienestar del individuo y su comunidad, facilitando el mejoramiento de la calidad de vida de esta comunidad garantizando además el bienestar de las futuras generaciones.

El Capítulo uno, presenta las Generalidades incluyendo aspectos relacionados con la introducción a la investigación, una breve presentación estructural del documento investigativo; seguido del planteamiento del problema a investigar, presenta la necesidad de desarrollar la autogestión como base para el desarrollo local, mostrando el interés de realizar una investigación acción participativa.

También se incluye el esquema conceptual del problema de los estudios cualitativos, el cual representa gráficamente, los acontecimientos entre los eventos a los que se encuentran por insuficiente autogestión comunitaria; se sigue en la estructura, con el estado del arte, representando los antecedentes relacionados con la investigación, descritos primeramente a nivel internacional, luego a nivel nacional; se continua con la justificación, explicando las razones convincentes, por qué y para qué del estudio siendo la contribución del estudio, con las brechas y necesidades del conocimiento perseguido, por medio de descripción de la pertinencia social y científica del estudio.

Los objetivos, siempre dentro del capítulo uno, representan la guía de la investigación, estructurados en un objetivo general que busca comprender, desglosado en objetivos específicos derivados del mismo; el marco contextual recapitula de manera general el contexto geográfico de la realización investigativa, por otra parte, el marco teórico expone las teorías relacionadas con las experiencias, bajo la cual se fundamenta la investigación.

En el Capítulo dos, se expone el diseño metodológico, a través del método, técnica y procedimiento seguidos por el investigador, para realizar la investigación, describiendo el tipo de estudio desarrollado, la estructuración de las herramientas utilizadas para la obtención de la información, así como los instrumentos que ayudarán a dicho fin, se explican los procedimientos aplicados para el análisis de la información una vez recolectada la misma.

El Capítulo tres, corresponden a los resultados y el análisis de los mismos, se describen todos

los datos obtenidos a partir de la recolección de la información, desarrollando la exposición de los mismos, en representación al orden de los objetivos; se presenta la interpretación de los datos gráficos y tablas comparativas de respuestas, en contraparte con los estudios recopilados en los antecedentes o estado del arte, así como en el marco teórico y lo expuesto por la filosofía o esquemas que dirigen la investigación, así como la propia experiencia de la investigadora.

Siguiendo con el Capítulo tres, se incluyen las conclusiones, las cuales se describe de forma sintética, puntual y numeradas, dando respuesta al objetivo general que dirigió la investigación, evitando las conjeturas de parte del investigador; las recomendaciones son el último aspecto de este capítulo, representando sugerencias del investigador, orientadas a la solución del problema y construyendo acciones a las necesidades planteadas en la justificación de la investigación, siendo numeradas y fundamentadas en los resultados y conclusiones del estudio, así como dirigidas a las instancias competentes para su aplicación.

El Capítulo cuatro presenta la bibliografía utilizada en la construcción de los fundamentos teóricos y contextuales, así como los fundamentos metodológicos y filosóficos de la investigación, la misma se despliega en orden alfanumérico, respetando el formato APA, estando estructurada por artículos científicos, estudios investigativos, libros, revistas científicas y otras, que guardan relación con el tema y problema de investigación.

En el Capítulo cinco, se presentan los anexos, el cual se estructura por los instrumentos utilizados para la recolección de la información, así mismo en este apartado se adjunta la evidencia gráfica de los mismos.

.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La autogestión comunitaria en Nicaragua, es una práctica que surge en las comunidades a partir de los años 80, con el fin de plantear mejoras desde el sentir de las personas que habitan en un territorio e ir definiendo propuestas de proyectos para la ejecución de una administración pública más eficaz.

Promover la autogestión comunitaria en la Comarca Los Ladinos, es encaminarse a la autodeterminación de sus habitantes a través de lazos de solidaridad y apoyo mutuo con el fin de mejorar la calidad de vida, estas iniciativas serán de utilidad para contribuir a mejorar el estado de salud de las personas, familias y la colectividad.

La dinámica económico social de esta comarca ha cambiado, ha pasado de dedicarse a la agricultura y cultivo de flores a ser más urbanizada con habitantes dedicados a trabajos formales en establecimientos alrededor a su domicilio, así se estima que un 63.8% de jefes de familia tienen ingreso no agrícola. Además, la comarca dentro de la capital es un área con características semirural, cuenta con un puesto de salud, una escuela de primaria y preescolar con modalidad de multigrado de solo un turno matutino.

La situación sanitaria de esta comarca no dista del perfil de salud en Nicaragua, tales como alta prevalencia de enfermedades infecciosas como la diarrea, enfermedades respiratorias, enfermedades vectoriales y de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Además, de problemas de saneamiento ambiental en la disposición de la basura y drenaje de las aguas servidas y negras.

La Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN – Managua, ha trabajado con la comarca planteando diferentes respuestas a problemas encontrados, teniendo como resultado un trabajo disperso y poco coordinado, sin la promoción de una autogestión comunitaria. Actualmente la Facultad de Ciencias Médicas realiza una serie de acciones en pro de la mejoría de la salud en

la comunidad, por lo que surge la necesidad de fomentar la autogestión comunitaria con el fin de desarrollar una comunidad saludable y activa en la solución de los problemas identificados. Por esto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo contribuir a la autogestión comunitaria en salud para el desarrollo sostenible de la Comarca Los Ladinos, Managua, 2019 – 2021?

Y las siguientes preguntas directrices de investigación:

¿Cuáles son los problemas de salud de la Comarca Los Ladinos con la elaboración del diagnóstico comunitario participativo?

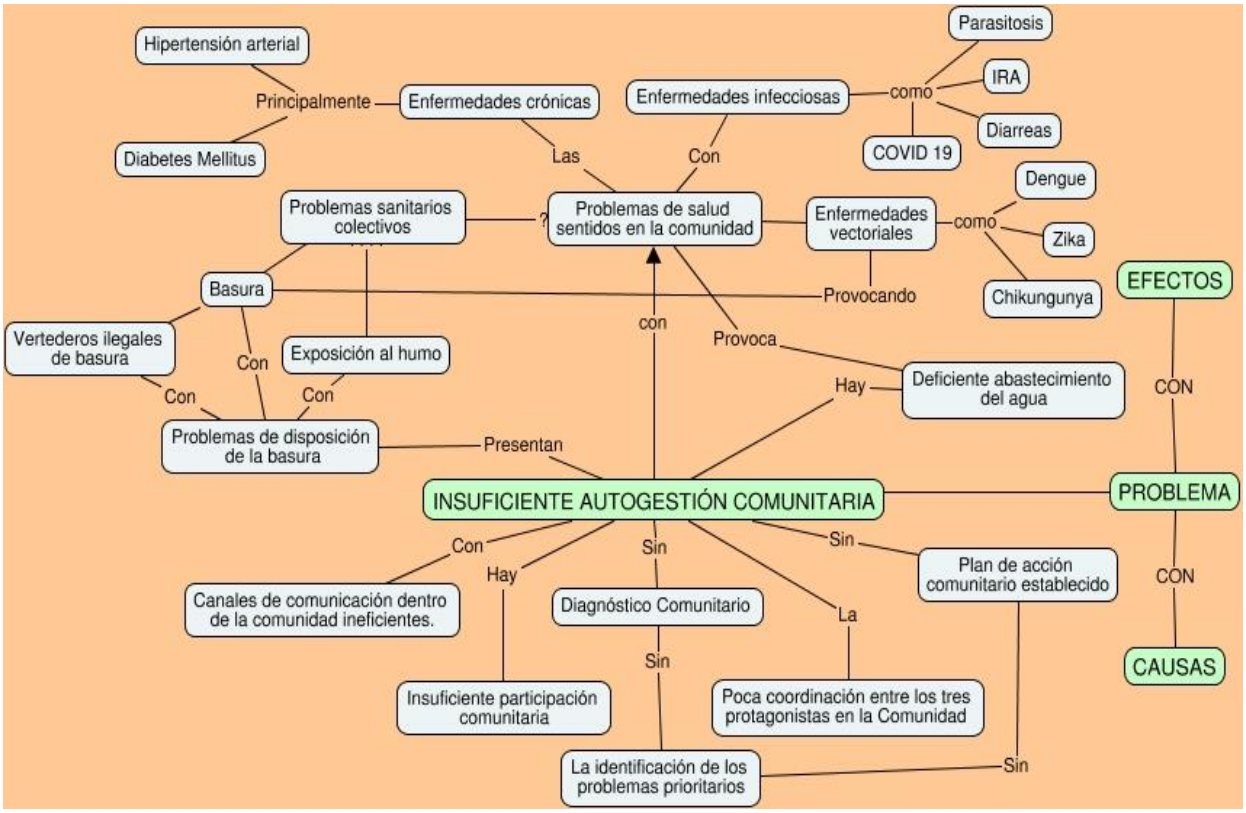
¿Cuál es el plan de acción como producto de la autogestión comunitaria?

¿Cómo promover el empoderamiento comunitario para la gestión de los problemas de salud de la comunidad?

III. ESQUEMA CONCEPTUAL DEL PROBLEMA

Ilustración 1

Esquema conceptual sobre la autogestión comunitaria como base para el desarrollo sostenible, Comarca Los Ladino, Managua 2019-2021.



Fuente: Propia

Eventos: entre los eventos investigados, causa de la insuficiente autogestión comunitaria está: los ineficientes canales de comunicación, la falta de organización y planificación de acciones coordinadas en la comunidad; así promover cambios en la cultura sanitaria de la comunidad afectada por alta prevalencia de enfermedades infecciosas, de transmisión vectorial, enfermedades crónicas y la pandemia del COVID 19; además de problemas higiénicos sanitarios en la disposición de la basura y las disponibilidad de agua.

Resultados: entre los hallazgos que pueden materializarse en resultados, está la elaboración de un diagnóstico comunitario, un plan de acción comunitaria, la promoción de la autogestión y empoderamiento comunitario.

IV. ESTADO DEL ARTE O ANTECEDENTES

A nivel Internacional

V. Salinas y G. Moncayo, (2020) realizaron investigación sobre *Autogestión comunitaria y administración pública en América Latina. Un camino hacia otra forma de administrar lo público: casos de estudio en Argentina, Venezuela y Ecuador;* de la Universidad Nacional del Litoral. El estudio con enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio, a partir de la observación, notas de campo y entrevistas a referentes, abordando a tres organizaciones comunitarias, correspondiente a una por cada país mencionado.

Los resultados presentan en Argentina, Venezuela y Ecuador, un nivel organizativo comunitario, pero cada experiencia es diferente según la realidad particular e influenciada por el gobierno de turno. Las necesidades insatisfechas de la colectividad provocan procesos organizativos en los contextos históricos.

En Venezuela, existen los consejos comunales como parte de la organización de una política nacional, por mandato constitucional (1999) y luego en el año 2008 por reformas y modificaciones constitucionales y legislativas otorgan autonomía funcional proporcionando recursos del presupuesto nacional.

El Consejo Comunal Santa Eduvigis en Venezuela, pasó de asociación civil a asamblea vecinal que atiende a la realidad propia de la comunidad y sus objetivos. En entrevista se afirmó un fuerte cuestionamiento hacia estas organizaciones; convertidas en apéndices partidistas del gobierno; manteniendo la estructura por intereses propios. Los consejos comunales, su duración está ligada al gobierno de turno, con desprestigio y deslegitimación social, convirtiéndose en actores parcializados alejados de la representación comunitaria. (p. 140)

En cuanto a la experiencia Argentina, existen encuentros y desencuentros con el Estado, pero con una constante autonomía y regulaciones.

La Comunidad Organizada Cuartel V cumple con regulaciones para vigilar los procesos y procedimientos de seguridad y calidad de la prestación del servicio de gas. Así, se ajusta para cumplir con estándares exigidos, por lo cual se formaron técnicamente a los miembros de la organización para la ejecución del proyecto, cumpliendo con las exigencias. Esta organización pasa a ser cooperativa por exigencias del Estado en busca de ejercer formas de control en el manejo de los recursos financieros, las relaciones laborales, entre otras. (p. 141)

Sobre la Junta de Agua Potable el Chamizo en Ecuador, aunque existe una relación inconsistente con el Estado al año 2008, se crean rígidos mecanismos de regulación y control que homogenizan la estructuración de dichas organizaciones, esta ordenación responde a la tradición histórica sostenida en el tiempo. Además, se establecen controles sobre mecanismos técnicos de conservación, purificación, tratamiento y redes de distribución, así como, vigilancia fiscal sobre el ingreso de los recursos financieros y su responsabilidad impositiva.

En la experiencia Argentina y la Venezolana, se hacen visibles como, durante el modelo burocrático weberiano, los partidos políticos permearon las formas organizativas comunitarias. Para la Comunidad Organizada Cuartel V, el consejo de la comunidad fue una organización que se diluye en el tiempo y sufre modificaciones, gracias a los partidos políticos y el gobierno de turno. Mientras que, en la experiencia venezolana el cambio de una organización a otra —aunque de manera distinta— sucede básicamente lo mismo.

Las experiencias de autogestión como formas colectivas y democráticas, de horizontalidad en sus decisiones y de expresión y gestión colectiva de necesidades, representan dispositivos constantes y presentes en cada estadio o modelo, con resultados diversos, han puesto en evidencia una importante evolución y empoderamiento en sus responsabilidades.

En los países abordados y sus respectivas organizaciones, no se obvia la existencia de

dispositivos organizativos previos, sino más bien se evidencia la existencia y la generación de mecanismos alternativos que fluctúan y cohabitan con diversos paradigmas de administración pública y modos de acumulación, lo cual evidencia la evolución en dichas organizaciones, es decir, mutan y se transforman desarrollando capacidades y habilidades, convirtiéndose en entes competentes de asumir responsabilidades propio de lo público, que no son asumidas por el Estado o el mercado, generando con ello mecanismos de prestación, administración y satisfacción de calidad en servicios públicos. (p. 142)

Este estudio es interesante en la similitud de los sistemas de organización comunitaria y su relación con el Estado, con la vinculación de los procesos de autogestión comunitaria.

Reiner Hernández et al., (2019), en un artículo de revisión sobre “La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud” de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba, presenta que en 1950 se aplica la idea de desarrollo de las comunidades o promoción rural, para introducir nuevas tecnologías y mejorar la calidad de vida. Posteriormente se fueron introduciendo nuevas estrategias de proyectos comunitarios y a partir de 1978, con la Declaración de Alma - Ata en la URSS, constituyó la Participación Comunitaria como una estrategia principal para tener "Salud para todos para el año 2000"; ligada con el desarrollo humano como elemento para la transformación y modernización auto sostenida de la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la declaración de Alma - Ata establece: "IV: El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud" y establece en V que: " La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social"

En Cuba, la comunidad tiene importancia como escenario de participación integral en todo el proceso desde la identificación de problemas, necesidades, definir, formular políticas, ejecutarlas y controlar el desarrollo de las actividades.

Un municipio comienza a ser saludable cuando sus organizaciones locales y sus habitantes se comprometen a comenzar a mejorar las condiciones de vida y en armonía con el medio ambiente y moviliza recursos dentro y fuera de ella.

En la comunidad se concentran los esfuerzos para lograr cambios favorables por su pertinencia para las acciones de promoción y prevención realizadas por el médico y la enfermera. Para lograr transformaciones a nivel comunitario, la educación médica cubana en sus planes de estudio tienen la Medicina General Integral como disciplina integradora presente en todos sus años de estudios con una duración de siete semanas en cada año y aunque tiene aspectos clínicos de atención a individuos sanos y enfermos, sus objetivos fundamentales están ligados a las actividades comunitarias de la salud pública.

La visión del concepto comunidad en Cuba es una cuestión estratégica en el desarrollo social. La gestión comunitaria y la cooperación social, constituyen una necesidad medular que define al propio sistema socialista y lo diferencia de otros regímenes.

Cuando los miembros de la comunidad pueden decidir y actuar para la solución de los problemas, consolidan y fortalecen la identidad, llegando a alcanzar tal nivel, que pueden desarrollar sus potencialidades y utilizar más racionalmente sus propios recursos minimizando los que necesitan del exterior.

Esa posibilidad de decidir en la búsqueda de soluciones tiene diferentes formas, las cuales adquieren su denominación a partir del grado de involucramiento que tengan los miembros de la comunidad en ese proceso.

Borroto Chao, Rafael, & Liz Alvarez, Margarita, (1996), propone: identificar los objetivos del trabajo comunitario, dotar de instrumentos simples a las personas que trabajan en el contexto comunitario, identificar de manera sistemática los problemas, las percepciones sobre él y definir tanto su prioridad como su factibilidad, enmarcar el diagnóstico en un contexto tanto cualitativo como cuantitativo, incluir en el diagnóstico la identificación de los potenciales para la solución de los problemas, hacer el seguimiento sistemático, diagnosticar con la comunidad, no a la comunidad, utilizar un lenguaje popular en todas las acciones.

También mencionan los factores que mejoran la participación comunitaria como: conocer las características de la comunidad, sus necesidades y expectativas; contactar con la comunidad e instituciones del gobierno para sensibilizarlos y motivarlos; identificar las estructuras que lideran el proceso o formar un equipo local e incorporar personas de la comunidad; capacitar a todos los involucrados en el equipo, investigadores y dirigentes; designar promotores comunitarios y capacitarlos en la confección del autodiagnóstico y elaborar un plan de acción para determinar los objetivos, planificar acciones, determinar las tareas y sus responsables y evaluar el cumplimiento de los objetivos con indicadores; conformar grupos de autoayuda con personas con intereses comunes, organizar los líderes formales y no formales en función del trabajo comunitario, y apoyarse en las organizaciones de masas, los consejos de vecinos y de padres.

Reiner Hernández et al., afirman que en Cuba el sector de la salud han existido cambios en las últimas décadas con profundas transformaciones derivadas de los contextos socioeconómicos y políticos, los perfiles epidemiológicos, los patrones de ejercicio profesional, la inserción profesional en el mercado laboral y en la organización de los servicios y prácticas de salud; y se analiza el comportamiento de salud en la morbimortalidad y el programa director en valores.

Las Universidades de Ciencias Médicas Cubanas tienen bien definido su encargo social,

expresado en la formación de los profesionales de la salud, con una sólida preparación científico-técnica y capacitados para una constante actualización en los avances de las ciencias médicas y otras afines, con altos valores éticos, políticos y morales, comprometidos en satisfacer las demandas y necesidades del sector, fundamentalmente mediante la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS).

El área geográfica que ocupa la comunidad se define en los diagnósticos de salud; como escenario de la vida donde el profesional que asuma su atención debe considerar las particularidades de ese territorio, de sus pobladores, los riesgos, así como la capacidad y facilidad de esos individuos para la solución sin intervención externa.

La participación comunitaria debe verse como un proceso que incluye los momentos de identificación, análisis y período de ejecución de las estrategias adoptadas.

En el área de salud, la comunidad se incluyen las necesidades sentidas por la población y las posibilidades de esas personas para satisfacerlas a partir de la toma de decisiones propias encaminadas a su solución.

Inmersos en la comunidad, y no al margen del trabajo del médico de familia, se distinguen dos tipos de instituciones: las laborales y las escolares, cada una con sus particularidades y en las que desarrollan sus vidas personas que afrontan problemas concretos y comunes como grupo. También coexisten en ese espacio geográfico, un número determinado de grupos familiares. En todos los casos, el equipo de salud debe identificar los problemas comunes e intervenir en el nivel que le corresponda, con las técnicas que considere prudente.

En la APS, el equipo de salud utiliza probadas herramientas para la caracterización de la comunidad:

La observación: es una herramienta inherente del médico, emplea entre otros el sentido de

la vista; es la acción de observar considerando con atención determinados aspectos; se observa al paciente desde que entra a la consulta hasta que se retira, su postura, actitud, forma de deambular, de hablar, el lenguaje extraverbal que acompaña a sus palabras, cómo se desenvuelve en la comunidad, como se relaciona, sus hábitos, costumbres e higiene personal; y su entorno habitacional y comunitario.

La entrevista: es un método de trabajo directo en el que sus integrantes, entrevistado y entrevistador, tienen elementos de interés común que se aportan mutuamente, permitiendo a la vez penetrar en aspectos de la vida de los sujetos entrevistados: sus motivaciones e intereses, sus sentimientos y preocupaciones, etc.

El análisis de la situación de salud: es una de las habilidades que singulariza al médico de familia en un ámbito comunitario, está orientado directamente a caracterizar los problemas de salud que allí prevalecen. Representa un valioso instrumento científico-metodológico, útil para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios.

El equipo de salud y los representantes de los sectores involucrados en la comunidad participan en la ejecución de los proyectos entre sus principales tareas se mencionan: la identificación de los líderes y de las necesidades de aprendizaje, sensibilizar y capacitar, elaborar el análisis de la situación de salud, desarrollar estrategias de comunicación social, aplicar métodos investigación-acción participativa en la solución de los problemas, evaluar sistemáticamente las acciones propuestas y su impacto en los niveles de salud de la población. Los autores han comprobado que solo se logrará una comunidad saludable cuando todos se involucren, sientan que pertenecen a ella, y entre todos solucionen sus problemas; evidencias que han sido constatadas durante la práctica docente en la vinculación de los estudiantes de primer año de la carrera en la lucha anti vectorial.

Este artículo realizado por Reiner Hernández et al., concluye que la participación comunitaria se fortalece a través de la organización de la comunidad, con protagonismo de la población en la identificación de problemas y su resolución entre todos. En Cuba la labor comunitaria impulsada por el médico y enfermera de familia tiene una importancia social, porque involucra a los miembros de su área donde se aplican proyectos que, desde una perspectiva científica, inciden en el mejoramiento de la salud física, psíquica y social de todos.

Caicedo Ramírez & Liceth, (2014); en el estudio de *Procesos de autogestión comunitaria para el acceso al servicio público domiciliario de acueducto en el Barrio Punta del Este, Colombia 2014,* tesis de la escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano de grado de la Universidad del Valle. El objetivo era explorar los procesos de autogestión comunitaria para el acceso al servicio público domiciliario de acueducto desarrollados por los líderes del barrio Punta del Este del Distrito de Buenaventura; se implementó el método de investigación cualitativo, con técnicas de recolección de información como la entrevista semiestructurada, observación participante, grupo focal y revisión documental.

Dentro de las conclusiones se refiere, a la importancia de la autogestión en la construcción de los proyectos permitiendo a una mayor adhesión y sostenibilidad en el tiempo. Los habitantes, encuentran soluciones a problemáticas y necesidades presentes en su comunidad, creando relaciones de cooperación y de solidaridad entre diversos actores e instituciones privadas, públicas y de cooperación internacional; contribuyendo a la transformación social si se tienen en cuenta los aspectos de colectivización y se usan todos aquellos recursos presentes en la organización en beneficio de la misma comunidad. (p. 101)

Se han logrado construir redes de apoyo, movilizar acciones, gestionar recursos a favor de la comunidad, asumiendo roles de conducción, orientación y acompañamiento resolviendo

necesidades puntuales de su sector. En ocasiones influenciado a cambio de apoyo político, conduciendo al deterioro de la democracia participativa de la ciudadanía. (p. 103)

Respecto a las barreras institucionales están: las barreras actitudinales, presentes en los actos burocráticos de la administración local y del operador de este servicio en Buenaventura, estableciendo relaciones jerárquicas verticales, disminuyendo los espacios de diálogo entre la ciudadanía y la institución, afectando el trabajo conjunto para la accesibilidad al servicio de acueducto de forma adecuada y satisfactoria para el ciudadano. Las barreras presupuestales, con la insuficiente eficacia y eficiencia del gobierno local para administrar los recursos dirigidos a garantizar un adecuado acceso al servicio básico de agua, traducidas por las dinámicas históricas de corrupción representadas en las distintas administraciones y el trabajo no coordinado entre las diferentes instancias, en la planeación y ejecución de obras que den respuestas de manera coherente y adecuada a las necesidades de Acueducto de las personas. Las barreras político-administrativas se asocian a la falta de políticas públicas con incidencia directa o a través de sus representantes para dar respuestas a sus necesidades en tema de acueducto; la participación no solo es un deber sino también un derecho de los ciudadanos cuya acción implica el ejercicio del poder en el control y veeduría social. Sin embargo, la ciudadanía en Buenaventura no ejerce control ni veeduría social, ni tampoco la municipalidad genera espacios para que estos poderes se hagan realidad. (p. 105)

Corrales Solis et al., (2017) en el estudio de *Propuesta de un modelo de autogestión comunitaria para el desarrollo y fortalecimiento de las comunidades en Costa Rica a partir del caso de estudio de la Unión Cantonal de Asociaciones de Moravia (UCAMO),* como tesis de la Escuela de Administración pública de la Universidad de Costa Rica, con el objetivo de Proponer un modelo de autogestión comunitaria para el desarrollo y fortalecimiento de las comunidades en Costa Rica, en el caso de la Unión Cantonal de Asociaciones de Moravia (UCAMO). Sobre la

autogestión comunitaria en general, se identifica que:

1. La aplicación de modelo de autogestión, afirma una descentralización y democratización de la acción pública, para satisfacer con sus esfuerzos las necesidades.

2. Se propone un modelo compuesto por dos pilares, cuatro factores claves de éxito y cuatro principios, interactuando para ejecutar las acciones necesarias para la autogestión.

3. Los criterios cada factor clave de éxito permite la identificación del cumplimiento de cada elemento a partir de la práctica realizada por cada organización de base comunitaria, así se puede comprobar o rechazar la existencia de acción comunitaria, capital social, organización de base comunitaria, diagnóstico participativo o alianzas estrategias en las organizaciones.

4. Permitirá que las organizaciones puedan organizarse, planificar, presupuestar, ejecutar acciones o proyectos de una manera independiente y efectiva, para optimizar el uso de los recursos con los que cuentan y potenciar el desarrollo local en las comunidades.

5. La autogestión comunitaria debe ser un medio de constante evolución y mejoramiento para satisfacer las necesidades y demandas presentes en las comunidades y de esta manera lograr impulsar un desarrollo endógeno integral.

6. La definición teórica del modelo de autogestión permite profundizar en el tema y realizar las adecuaciones o consideraciones pertinentes del mismo según la realidad propia de cada comunidad y organización.

7. Otras experiencias de modelos de autogestión, expresan el gran potencial éxito de las organizaciones comunitarias del país, siempre y cuando las bases de este sean los pilares, factores y principios establecidos. (p. 149 – 150)

Sobre la aplicación del modelo de autogestión comunitaria en la UCAMO:

1. Se aplica el modelo empíricamente en la UCAMO, existe un desconocimiento teórico de

las funciones y beneficios de la autogestión comunitaria. Mediante el último taller donde se presentaron los resultados a la UCAMO, se pudo conocer los aspectos en los cuales la UCAMO no cumple con alguna de las condiciones del modelo. Esto le permite contar con un panorama más claro para potenciar las acciones que ayudarán al cumplimento de estos aspectos.

2. La viabilidad administrativa y política permite conocer los posibles obstáculos o aliados que pueda tener la organización en el proceso de aplicación del modelo de autogestión.

3. Según las herramientas aplicadas para determinar la viabilidad política y administrativa, la UCAMO cuenta con las condiciones adecuadas para la aplicación del modelo de autogestión comunitaria, aprovechando el ambiente político favorable en la Municipalidad, para poner en práctica los pilares, principios y factores clave de éxito.

4. La guía metodológica para la aplicación del modelo de autogestión funcionará de instrumento para aplicar de manera genérica los pilares, principios y factores clave de éxito en la UCAMO, siempre que se cuente con el respaldo y apoyo de los directivos y líderes comunales. (p. 150 – 151)

Relacionadas con la disciplina de Administración Pública

1. Los ciudadanos cuentan con una opción directa y acorde con sus necesidades y problemas, para plantear acciones y soluciones en pro del bienestar colectivo y desarrollo, gracias a la descentralización de las funciones del Estado.

2. La relación intrínseca del modelo con factores como la participación ciudadana, la auditoría ciudadana y el empoderamiento de líderes comunales, permitiría no sólo un ahorro en términos monetarios, sino también contribuiría a combatir de forma paralela a la autogestión aspectos como la corrupción, el gasto público y la función pública en general.

3. La aplicación del modelo permitiría aprovechar los esfuerzos realizados por las

organizaciones en la búsqueda de bienestar colectivo, disminuyendo la intervención de las instituciones del Estado en la solución de problemas a nivel local.

4. El modelo de autogestión comunitaria no sustituirá las funciones de las organizaciones de la Administración Pública, por el contrario, es un aliado en la satisfacción de necesidades y la solución de problemas sociales de distinta índole. (p. 151 – 152)

A nivel Nacional

Dahl-Østergaard et al., (2003), realizó un estudio de Desarrollo rural de autogestión comunitaria ¿Qué hemos aprendido? Integrado por una serie de informes técnicos del Departamento Desarrollo Sostenible con el objetivo de identificar las prácticas más adecuadas para el diseño e implementación de proyectos de desarrollo de autogestión comunitaria en Centroamérica, con especial énfasis en Nicaragua. En la metodología utilizada se seleccionaron 4 programas. El trabajo de campo consistió en visitas y análisis de programas de desarrollo rural en Nicaragua.

El objetivo del estudio era mejorar las pautas de actuación y la eficacia del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en este tipo de intervenciones. El análisis se realizó en Centroamérica y, en particular, Nicaragua, por el alto porcentaje de población de bajos recursos que habita en sus zonas rurales y un elevado número de proyectos de este tipo.

Los siguientes proyectos fueron incluidos en el trabajo de campo: 1) Programa Socio ambiental y de Desarrollo Forestal (POSAF I, NI0025); 2) Programa de Reactivación Productiva Agroalimentaria (NI0014); 3) Programa de Apoyo al Sector del Transporte; y (4) Desarrollo Rural Agroforestal Sostenible de los Municipios de la RAAS.

Se identificaron cuatro elementos fundamentales para impulsar la erradicación de la pobreza y la sostenibilidad de los proyectos de Desarrollo Rural de Autogestión Comunitaria (DRAC)

financiados por el BID, estos son los siguientes: i) participación de la comunidad; ii) sostenibilidad y tipo de actuación; iii) inclusión social; iv) entorno propicio.

i. Conclusiones con respecto a la participación comunitaria

Respecto a la participación en la estructura de los proyectos, en ninguno de los cuatro programas examinados se promovió la participación, ni el "empoderamiento" por parte de los beneficiarios. En todos ellos, la participación va desde la "recolección de información" en la fase de planificación hasta diferentes grados de "consulta" en la fase de ejecución.

El Proyecto de Reactivación del Instituto de Desarrollo Rural (IDR), el FADCANIC y el programa Danida PAST operan en función del siguiente modelo básico: análisis de los problemas, objetivo de desarrollo y resultados de proyecto, identificados y descritos por expertos externos, con diversos grados de implicación por parte de los beneficiarios. (p.53)

El personal del BID en Managua admite que "la participación es un punto problemático en el IDR" y expresa su deseo contribuir a aportar soluciones con este estudio.

De acuerdo a la valoración de la documentación del BID y el Banco Mundial sobre 35 proyectos de desarrollo rural, un 90% de las comunidades beneficiarias de los proyectos participan de forma muy limitada en su fase de planificación. En la mayoría de los casos, los beneficiarios se enfrentan a varias opciones, solicitándoseles que comenten o categoricen sus preferencias. En ocasiones, el aporte de los beneficiarios se limita a suministrar la información requerida por los planificadores del proyecto. Un 10% de los proyectos incluyen en alguna medida la participación activa de los beneficiarios.

Pese a la ausencia de participación en modalidad de empoderamiento, hay programas y proyectos que manifiestan niveles prometedores de participación comunitaria de consulta en la fase de planificación (los beneficiarios pueden expresar sus opiniones y preferencias sobre el abanico de opciones que se les presenta e, incluso, formular propuestas de nuevas actividades).

Los cuatro proyectos incluidos en el trabajo de campo en Nicaragua tienen elementos de participación comunitaria de consulta, no hay participación en modo de empoderamiento, que permitiría responder mejor a las necesidades y demandas manifestadas por las comunidades beneficiarias. La participación en modalidad de empoderamiento conllevaría la integración de la comunidad en actividades operativas e iniciativas de formación que optimizarían las posibilidades de los colectivos locales de valerse por sí mismos en el futuro.

La mayoría de los proyectos del BID parecen implementarse con unos plazos de ejecución excesivamente breves y rígidos con los objetivos de reducción de la pobreza y sostenibilidad las actuaciones requieren unos plazos y un grado de flexibilidad adecuados, que permitan unos procesos de planificación y ejecución con opción a hacer ajustes y correcciones.

Al final concluyen, que para tener un modelo de participación que permita el empoderamiento se requiere más esfuerzo, recursos y tiempo para su ejecución y recomienda la promoción de proyectos con un alto grado de participación comunitaria mediante la introducción de una mayor flexibilidad a los proyectos y programas futuros de DRAC en la duración del proyecto determinado por los objetivos y no por el transcurso de un período de tiempo predeterminado y además es aconsejable buscar el compromiso de los beneficiarios en la planificación y la toma de decisiones.

Por último, se deben reorientar esfuerzos hacia actividades de colaboración con organizaciones comunitarias ya establecidas y las autoridades locales. Es preciso un considerable apoyo del BID en la capacitación de las referidas organizaciones comunitarias. Dicha estrategia potenciaría con toda seguridad la sostenibilidad del proyecto. (p.54)

ii. *Conclusiones en sostenibilidad y tipo de actuación*

En Nicaragua se sugieren dos grupos diferentes dentro de las actuaciones apoyadas por el BID en: proyectos dentro del dominio público y proyectos en el dominio privado.

Es fundamental distinguir entre los proyectos de aplicación pública y privada, para la

sostenibilidad de las actuaciones. Durante las fases de estudio de viabilidad y planificación de los proyectos, es preciso concentrar toda la atención en la entidad específica que será la encargada de ejecutar el proyecto y su gestión futura una vez concluido el mismo. (p. 55)

Las actuaciones dentro de la esfera pública, son dependientes de los servicios de carácter público para el adecuado funcionamiento de las actividades básicas.

Entre las principales iniciativas de dominio privado se encuentran los proyectos de tipo productivo, cuyas actividades se desarrollan sobre terreno privado. Lo más importante durante la planificación de los proyectos de dominio privado es su ajuste y adecuación a las necesidades y demandas de los grupos objetivo. (p. 56)

iii. Conclusiones de Inclusión social

Las actuaciones implementadas en Centroamérica no obtienen difusión entre los grupos más pobres y vulnerables, donde se incluyen las mujeres, la población indígena y los afrolatinos, a pesar de los propósitos de numerosos proyectos financiados por el BID y el Banco Mundial.

Los proyectos evidencian que los grupos indígenas y afrolatinos se sitúan entre los más pobres, y que, dentro de los grupos de campesinos, las mujeres son excluidas con más frecuencia que los hombres. Las mujeres indígenas y afrolatinas son víctimas de una doble exclusión por su calidad de mujer y de minoría étnica. Los hombres y las mujeres indígenas y los afrolatinos subsisten al margen del conjunto de la sociedad, que está dominada por un componente urbano.

El trabajo de campo reveló que el POSAF y el Programa de Reactivación no incluyen entre sus beneficiarios a los grupos más pobres ni a los grupos más excluidos debido fundamentalmente al requisito de posesión de tierras u otros bienes a los que estas personas no tienen acceso. Tampoco el proyecto FADCANIC que, se supone, tiene delegada la defensa de los intereses de los grupos étnicos de la costa atlántica de Nicaragua, está beneficiando de forma directa a la población indígena en la medida de lo deseable.

El trabajo de campo evidencia asimismo que el POSAF y el Proyecto de Reactivación del IDR carecen de mecanismos operativos que permitan garantizar la integración global de la perspectiva de género. Por el contrario, los programas FADCANIC y Danida PAST están obteniendo resultados bastante satisfactorios en la inclusión de los aspectos de género dentro de sus actividades. Ambos programas cuentan con directrices y objetivos claramente definidos en materia de género. (p. 58)

iv. Conclusiones del Entorno propicio

La articulación de las iniciativas a nivel local, microeconomía y macroeconomía es un factor esencial para lograr el éxito de las mismas. Frecuentemente los proyectos de DRAC se ejecutan de forma satisfactoria a nivel local y al micronivel o integran participación activa en su planificación y ejecución, pero se desarrollan en un entorno político e institucional hostil. La influencia adversa de los factores externos puede limitar el impacto positivo de las actuaciones a nivel comunitario y hacer peligrar su viabilidad financiera. Cuatro son los elementos fundamentales para crear un marco político e institucional propicio, estos son:

1. Los derechos humanos, el nivel y el grado de respeto a los derechos humanos y los valores democráticos determinan en gran medida el tipo de participación y empoderamiento esperada de una comunidad. En algunos países centroamericanos, el clima generalizado de temor por la situación de amenaza a la que se ven sometidos los procesos democráticos y los movimientos a favor de los indígenas, campesinos y los sin tierra, suponen una limitación al desarrollo social y económico, así como para el grado de participación de los programas de reactivación. (p. 59)
2. Las estrategias de desarrollo rural para la erradicación de la pobreza en Nicaragua y el resto de Centroamérica hay una deficiente coordinación entre los programas de acción gubernamentales, se carece de estrategia bien definida de desarrollo rural para la reducción

de la pobreza. Se añade el confuso reparto de competencias entre los ministerios y la falta de coordinación entre las entidades donantes. Además, Nicaragua, Honduras y Guatemala son estados muy centralizados, donde las municipalidades disponen de un volumen de recursos humanos y técnicos bastante limitado.

3. Con respecto a la descentralización, Nicaragua es un país fuertemente centralizado, con un grado muy limitado de distribución de competencias. Este país destina únicamente un 1,5% de los fondos de desarrollo a las administraciones municipales, en claro contraste, por ejemplo, con Bolivia, donde se asigna un 20%. Otros países estudiados por la bibliografía especializada, en particular Guatemala, Honduras, El Salvador, Paraguay y Colombia, tampoco transfieren un volumen de recursos adecuado a las instancias municipales. (p. 60)
4. Las políticas económicas neutrales o en pro de las áreas rurales, especialmente en lo relativo a inversiones en infraestructuras, agricultura, desarrollo empresarial y desarrollo económico a nivel local, contribuyen a impulsar las intervenciones en el micronivel. No obstante, por lo general, las estrategias macroeconómicas adolecen de un espíritu discriminatorio respecto a las zonas rurales y la agricultura en particular.

En lo que concierne a las comunidades indígenas, a menos que se proceda a una introducción progresiva de procesos de desarrollo económico en el sentido occidental y capitalista del término, pero bajo las condiciones de los propios colectivos indígenas, estos grupos se verán forzados a integrarse en relaciones explotadoras mediante intermediarios que, conduciría a un proceso de destrucción cultural acelerado, la enajenación de sus tierras y la devastación de su hábitat natural.

En las recomendaciones sobre el entorno propicio establece que la inclusión social y el alivio de los niveles de pobreza parecen requerir la aplicación de reformas legislativas, la reforma del sistema de propiedad de tierras y la redistribución de los recursos. Se debería exigir un respeto

mínimo a los derechos humanos y a los derechos de los pueblos indígenas como condición previa para la aprobación y el desembolso de créditos. El BID impulse la adopción de estrategias de desarrollo rural para la erradicación de la pobreza.

Promover procesos eficaces de descentralización para que las instancias locales puedan apoyar y garantizar la sostenibilidad a largo plazo. No obstante, la promoción de estructuras de gestión local efectivas y eficaces es un importante complemento para el impulso a los proyectos de desarrollo rural de carácter local. (p. 61)

V. JUSTIFICACIÓN

Según cifras de las Naciones Unidas, la mitad de la humanidad 3,500 millones de personas, vive hoy día en las ciudades. Para 2030, casi 60% de la población mundial vivirán en zonas urbanas. Un 95% de la expansión urbana en los próximos decenios se producirá en el mundo en desarrollo provocando un consumo de energía entre el 60 y 80% y 75% de emisiones de carbono, además de mayor demanda de agua potable y de servicios básicos de alcantarillado, de recolección de basura, entre otros. (ONU, 2015).

Las comunidades rurales y semi rurales periurbanas están sujetas a cambios acelerados, que no siempre van de la mano de desarrollo equitativo de quienes habitan en el sector y acorde al cuido de medio de medio ambiente, muchas veces este cambio acelerado es desordenado creando insatisfacción de los pobladores y descontento.

Transformar y mejorar la calidad de vida armoniosamente a partir de la idiosincrasia e intereses de sus habitantes, en conservación de los recursos existentes dentro de la comunidad, creando capacidades y habilidades con el fin de tener espacios saludables y económicamente estables, para contribuir a los objetivos del desarrollo humano sostenible, se pretende realizar en esta investigación mediante la autogestión comunitaria.

Las desigualdades pueden provocar problemas sociales con consecuencias como la marginación y el aislamiento que pueden ser superados mediante la participación de los ciudadanos en la toma de decisión en los espacios democráticos de los países por ello promover un desarrollo en sintonía con las necesidades de la población a través de planes de desarrollo local abarcando las diferentes áreas temáticas como salud, educación, economía y las que definan sus habitantes es parte de las soluciones que se pueden plantear para una desarrollo humano sostenible con esta investigación. (ONU, 2015)

Transcendencia del estudio: el estudio permitirá promover bases para la autogestión comunitaria construyéndolo desde la comunidad con la asesoría de la academia universitaria promoviendo el empoderamiento y participación comunitaria.

Magnitud del problema de estudio: considerando que el desarrollo humano sostenible es una prioridad entre los países y está definida en la Agenda Mundial 2030 la importancia, este estudio es urgente para el país y las comunidades, contribuyendo a las metas de los ODS 3 referente a la salud y bienestar y el ODS 11 sobre asentamiento y comunidades sostenibles.

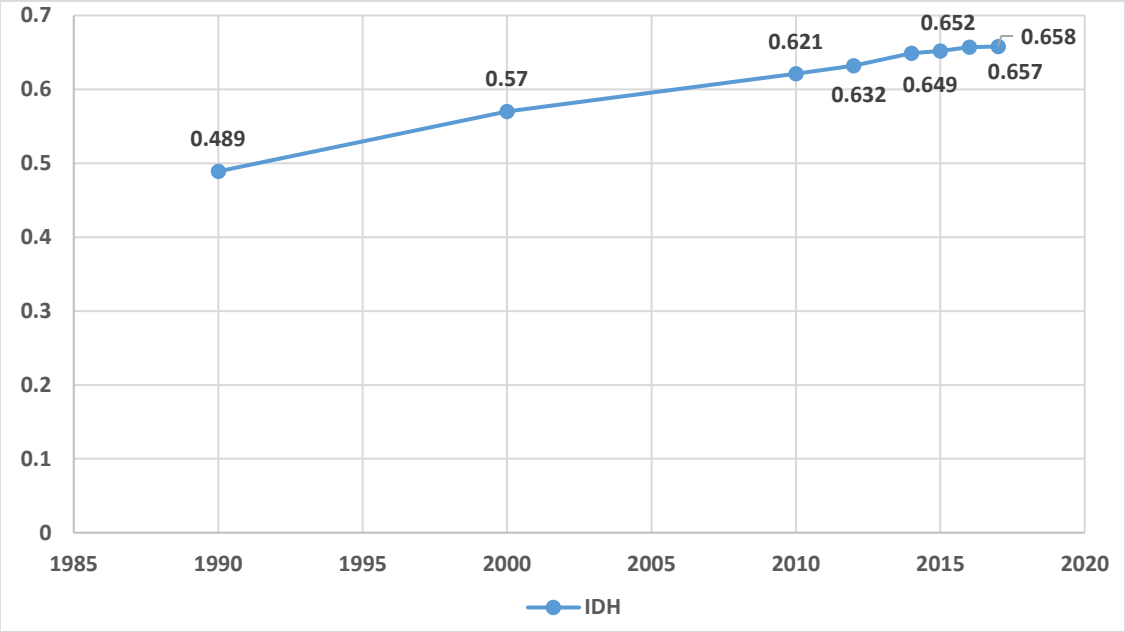
El contexto de esta investigación se fundamenta en el fomento de la autogestión comunitaria para el desarrollo de comunidades sostenibles en donde todos los ciudadanos disfruten de una digna calidad de vida y formen parte de la dinámica productiva de la ciudad generando prosperidad compartida y estabilidad social sin perjudicar el medio ambiente, esto último establece las Naciones Unidas (2015).

Nicaragua se presenta IDH de 0.658, en el puesto 124 para el año 2016 tenía puesto 123, con una esperanza de vida al nacer de 75.7 años, con 12.1 años esperados de escolaridad, 6.7 años promedio de escolaridad, el índice nacional bruto (INB) per cápita de 5.157 y una diferencia de 14 entre la clasificación según INB per cápita y la clasificación en función de IDH. Por lo que de los países de las Américas ocupa el cuarto país con más bajo puntaje de IDH solo superado por Guatemala, Honduras y Haití. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2018, p. 24).

La tendencia del IDH en Nicaragua, ha sido lineal y progresiva en los últimos 29 años, desde los años 1990 hasta la actualidad paso de ser un país clasificado como IDH bajo a un país de IDH medio, (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2018), tal como los muestra el siguiente gráfico se observa la tendencia del país, la variación de la clasificación del IDH en

datos del 2012 al 2017 es de 3. El crecimiento anual medio de 1990 - 2000 fue de -0,39, del 2000 - 2010 de 0.69; del 2010 - 2017 de 0.79; para un crecimiento medio de 1990 - 2017 de 0.31, en la siguiente gráfica se muestra la tendencia del IDH. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2018)

Gráfico 1. *Tendencia del Índice de Desarrollo Humano desde 1990 al 2017 en Nicaragua*



Nota: Fuente: Índice e indicadores de Desarrollo Humano, actualización estadística 2018. PNUD

Con respecto al Índice de Desarrollo Humano Ajustado por Desigualdad (IDH-D) es de 0.507; el porcentaje de pérdida corresponde a 22.3, el coeficiente de desigualdad humana es de 22.6; el porcentaje de desigualdad en la esperanza de vida del 2015 al 2020 es de 12.9; el valor del índice de esperanza de vida ajustado por la desigualdad es de 0.746; la desigualdad en la educación 25.7%, el índice de educación ajustado por desigualdad es de 0.415, la desigualdad de los ingresos 29.2; el índice de ingresos ajustados por la desigualdad 0.421. Con respecto a la desigualdad de ingresos, la proporción entre quintiles 2010-2017 es de 10.2, el índice de Palma de 2.6 y el coeficiente de Gini de 46.2, estos datos nos traduce a las grandes desigualdades presentes entre los residentes de Nicaragua. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2018)

El Índice de Desarrollo de Género en Nicaragua es de 0.966, perteneciente al grupo 2 de los países con un nivel medio alto de igualdad en cuanto a los logros en IDH entre mujeres y hombres; el IDH de las mujeres es de 0.641 y de los hombres es de 0.664; la esperanza de vida al nacer en las mujeres es de 78.6 años y los hombres de 72.6 años; de los años esperados de; escolaridad en las mujeres es de 12.3 y los hombres de 11.8; los años promedios de escolaridad en mujeres es de 6.9 y los hombres de 6.4; con respecto al Ingreso Nacional Bruto per cápita en las mujeres es de 3.434 y en los hombres de 6.930. El Índice de Desigualdad de género es de 0.456 ocupando el puesto 106. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2018)

Con respecto a datos relacionados con los ODS, Nicaragua presenta datos relacionados a ODS 3.1 correspondiente a la Tasa de mortalidad Materna para el 2015 con 150 por 100,000 nv; ODS 3.7 la Tasa de natalidad entre los adolescentes es de 85.4 (nacimientos por 1,000 mujeres entre 15 a 19 años); ODS 5.6 sobre la proporción de escaños en el parlamento es de 45.7 (Porcentaje ocupados por mujeres). ODS 4.6 población con al menos algún tipo de educación secundaria (porcentaje de 25 años a más) del 2010 al 2017 en mujeres de 48.3 y de hombres de 46.6; la Tasa de participación en la fuerza de trabajo del año 2017 (Porcentaje de 15 años a más) es de 50.3 para mujeres y de 84 para hombres. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2018)

Vulnerabilidad o cambio del problema: los resultados de la investigación promoverán cambios de comportamientos y de la participación ciudadana como gestora los problemas identificados que atañen a su comunidad y de esta manera mejorar su calidad de vida.

Factibilidad del estudio: las autoridades universitarias respaldan la realización del presente estudio, siendo parte de las líneas de investigación de Sociedad y Desarrollo de la Universidad, sustentadas en Plan Nacional de Desarrollo.

Hay oportunidad de realizar el estudio durante todo el año, porque se tiene contacto directo con la unidad de análisis que es la comunidad y el estudio no implica grandes costos económicos para su realización, ya que la movilización es cercana a la Universidad, se efectúa a través de trabajos de campos, elaboración de mapas geográficos, de riesgo y actores sociales; sesiones de trabajo, entrevistas, observación no participante y se cuentan con habilidades para el procesamiento de los datos. Se procuró el involucramiento de estudiantes con disposición para realizar actividades académicas y sociales en la comunidad generando interés, compromiso y participación social.

Motivaciones para elegir el tema: se destacan la experiencia y los eventos observados por la investigadora en la gestión de proyectos en la comunidad esperando potenciar los elementos presentes en la comunidad para facilitar la gestión desde sus intereses y de esta manera contribuir al cumplimiento de las metas de ODS 3 y 11 referentes a salud y bienestar y fomentar ciudades sostenibles, permitiendo superar circunstancias como:

- Insuficiente promoción de la participación comunitaria.
- Diagnósticos comunitarios sin la percepción de la comunidad y con enfoque limitado sin una visión interdisciplinar.
- Poca autogestión de los problemas más sensibles de la comunidad.
- Poco desarrollo local.
- No existe un modelo de autogestión comunitaria para ser aplicado desde el ámbito académico.

PERTINENCIA CIENTÍFICA: Desde la perspectiva de nación, Nicaragua y la UNAN-Managua, contará con nueva información fundamentada científicamente, mediante la aplicación de nuevas estrategias investigativas participativas en el contexto del tema referido al sentir y vivir de la comunidad.

VI. OBJETIVOS

Objetivo General

Contribuir a la autogestión comunitaria en salud para el desarrollo de comunidades sostenibles, Comarca Los Ladinos, Managua, 2019 – 2021

Objetivos Específicos

1) Identificar los problemas de salud de la comunidad con la elaboración de un diagnóstico de salud comunitaria participativo.
2) Proponer un plan de acción de salud comunitario producto de la autogestión comunitaria.
3) Promover el empoderamiento comunitario en la gestión de los problemas de salud de la comunidad.

VII. CONTEXTO DEL ESTUDIO O MARCO CONTEXTUAL

Descripción de la Comarca Los Ladinos, como sitio de la investigación:

La Comarca de Los Ladinos, se encuentra ubicada al suroeste de la ciudad de Managua, en la micro cuenca D de la zona sur del lago de Managua. Sus límites: al norte con el Colegio americano (pista suburbana), al sur con la comarca de las Viudas, al este con la comarca de Las Viudas, predios de la UNAN y cerro Mokorron y al oeste con San Isidro de Bolas. Está ubicada entre las coordenadas 12° 6' 34” latitud norte y 86° 17' 26" longitud oeste.

Aspectos Históricos

Según información que los pobladores de la comunidad, muchos de ellos coinciden que el origen de la comunidad procede de hace muchos años con la llegada de los españoles y la etapa de la colonización. Mientras otros expresan, acerca de la llegada de una familia norteamericana, estos eran grandes poseedores de territorios de los cuales hoy forman Los Ladinos, se cree esta misma familia designó a la comunidad con el nombre “Los Ladinos”.

Otros pobladores destacan que fue una familia española de apellido Ladino, y de ahí procede el nombre de la comunidad fue de las primeras en asentarse en este lugar durante la época contemporánea. Se dice que la casa de esta familia actualmente persiste en la zona.

Bajo este mismo contexto en esta comunidad se encuentran las primeras familias en poblar la comunidad, las cuales se nombran según sus apellidos entre ellos: los López, los Delgados, los Morales, los Trujillo y los Mendoza.

Siendo de estas 5 familias, 2 de ellas más predominantes en la comunidad las cuales son: Los López y Los Mendoza. A lo largo de los años estas familias han incrementado su descendencia habitando dentro de los terrenos familiares, por esta razón en la comunidad la mayor parte de la población de estas son familia en distintos grados de parentesco. En la actualidad, esta comunidad “Los Ladinos” es habitada por distintas familias, que llevan décadas viviendo ahí.

Características demográficas

Actualmente La Comarca Los Ladinos según datos del Ministerio de Salud con la proyección del Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) para su programación y planificación en salud establece para el año 2021, la existencia de 671 familias, 787 viviendas, con una población 3,355, desglosada de la siguiente manera:

Tabla 1.
Población 2021 por grupo etáreo de la comarca Los Ladinos e indicadores de población

Rangos de edad	**Población**
Menor de año	50
1 año	49
6 años	52
10 años	57
20 años	53
01-04 años	198
02-04 años	149
00-05 años	300
01-05 años	250
01-06 años	302
06-09 años	220
05-10 años	325
05-12 años	443
10-14 años	289
10-19 años	552
00-14 años	806
15 y + años	2,549
50 y + años	704
15 - 59 años	2,176
60 - 64 años	131
65 y + años	242
Mujeres 10 -14 años	151
Mujeres en Edad Fértil (MEF) (15-49 Años)	962
Mujeres 15 a 99 años	1,327
Nacidos Vivos Esperados	59
Partos Esperados	63
E.E	70
Meta Papanicolaou 2021 45% de 15-99 Mujeres	598

Fuente: Ministerio de Salud. Policlínico Roberto Herrera

VIII. MARCO TEÓRICO

Dentro de los conceptos que se revisaron se encuentra el de Autogestión, la cual se define:

"Se llama autogestión a la constitución y funcionamiento de instituciones o comunidades basadas en la autonomía, en la capacidad de decisión de las personas".(Sarasua J. y Udaondo A., 2004)

> Según Francés y Carrillo (2008, p. 22), citando a Colón, la autogestión se define como: Un proceso mediante el cual se desarrolla la capacidad individual o de un grupo para identificar los intereses o necesidades básicas que le son propios y que a través de una organización que permita defenderlos expresándolos con efectividades en la práctica cotidiana, basándose en una conducción autónoma y en una coordinación con los intereses y acciones de otros grupos, este concepto por supuesto lleva implícito la planificación, democracia participativa y desarrollo sustentable.

En el estudio realizado por Dahl-Østergaard, T., Moore, D., Ramírez, V., Wenner, M. y Bonde, A. (2003). Desarrollo rural de autogestión comunitaria ¿Qué hemos aprendido? Serie de informes técnicos del Departamento Desarrollo Sostenible; en la definición de desarrollo rural de autogestión comunitaria (DRAC) "Implica la atribución de poder de decisión a comunidades y residentes en el diseño de iniciativas destinadas a mejorar los niveles de vida, así como la asignación de recursos para lograr los objetivos acordados".

Este concepto implica la autonomía, democracia y participación de los miembros de la comunidad, así como las relaciones con otros entes necesarios tanto públicos como privados para lograr los objetivos que se plantean.

La autogestión como elemento en los proyectos que participa la comunidad tiene más posibilidades de aceptación y sostenibilidad a largo plazo que los proyectos propuestos e impuestas a la comunidad por expertos "externos". Por lo que un proceso de planificación y consulta abierto

permite una mayor transparencia y el reforzamiento de los niveles de gestión democrática. Así dentro de la planificación los beneficiarios pueden ser potenciales participantes activos con la manifestación de sus capacidades latentes dentro de su comunidad, capacitando en negociación y otras habilidades con el fin de auto gestionarse los proyectos de desarrollo comunitario. (Dahl-Østergaard, Moore, Ramírez, Wenner, & Bonde, 2003)

Reiner Hernández et al., (2019), exponen algunas formas o modelos de participación comunitaria existentes en relación con el contexto salubrista:

Colaboración: cuando la comunidad coopera con las iniciativas planificadas por alguna institución u organización. Ej.: en el caso del sector salud, las brigadistas sanitarias refuerzan el trabajo del equipo médico de un consultorio citando a las pacientes a vacunación a las pruebas citológicas, etc.

Cogestión: cuando la comunidad participa en la toma de decisiones, pero la hegemonía es médica.

Autogestión: cuando los integrantes de una comunidad realizan acciones encaminadas a la solución de sus propios problemas de manera espontánea, sin ser dirigidos por ningún órgano estatal.

Negociación: cuando los miembros de la comunidad están incluidos en el análisis de los problemas, en la toma de decisiones para solucionarlos, en la planificación de las acciones e incluso en su ejecución (deliberación y concertación).

Con respecto a Comunidad:

Aguilar Idañez, (2007) define a una comunidad como «una agregación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes de comunicación dentro de la misma, pueden compartir equipamientos y servicios

comunes, y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local; y, como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local, de tipo económico, de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo».

Marchioni (2002), entiende por comunidad "un territorio concreto, con una población determinada, que dispone de determinados recursos y que tienen determinadas demandas". Una comunidad siempre es el conjunto de estos cuatro factores (territorio, población, recursos y demandas) y sus mutuas, constantes y mutantes interrelaciones. Aislar el proceso en uno sólo de estos factores lleva al fracaso.

También define la participación comunitaria como el "proceso social en virtud del cual grupos específicos, que comparten alguna necesidad, problema o centro de interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar esas necesidades, problemas o centros de interés, adoptan decisiones y establecen mecanismos para atenderlas". Aplicado al campo sanitario, la participación comunitaria puede entenderse con diferentes alcances:

- Como participación en los beneficios y mejora de las condiciones de vida que se producen por efecto de un programa de salud,
- Como esfuerzo o contribución que la gente aporta a un programa concreto,
- Como participación en la evaluación y control de los servicios de salud,
- Como participación en la planificación y programación de las acciones y servicios sanitarios,
- Como participación en la toma de decisiones sobre problemas y programas que les afectan, y
- Como cogestión y autogestión de programas y servicios de salud. (Aguilar, 2017, p. 15)

Así dentro del contexto de comunidad está conformada según menciona Marchioni (2002), como el conjunto de cuatro elementos o factores que lo son a su vez de la Intervención Comunitaria: territorio, población, demandas y recursos. Y también que la comunidad siempre tiene una referencia directa con el municipio y, por ende, con el ayuntamiento. El proceso comunitario, lo define Marchioni, como:

> "Como un proceso de mejora de las condiciones de vida de una determinada comunidad, es decir, no dirigido solamente a solucionar o mejorar una situación patológica o negativa, partiendo del supuesto que toda realidad es mejorable y que cada comunidad verá por dónde y cómo puede mejorar su situación y cuáles serán los aspectos, temas o problemas más prioritarios e importantes. Este proceso de mejora, es un proceso continuo, aunque pueda producirse o desarrollarse por etapas, y no puede ser limitado o agotarse en un proyecto o programa a tiempo (seis meses o un año).

Este proceso se caracteriza por:

- Implicación/participación del conjunto de la población que va asumiendo su progresivo protagonismo en el proceso y se va dando una organización para ello.

- Una activa implicación de las diferentes administraciones, iniciando por la administración local.

- Un uso equilibrado y coordinado de los recursos existentes, es decir, un papel activo de los diferentes profesionales, para poder contribuir al desarrollo y a la globalización del proceso comunitario.

Desde lo existente como las condiciones sociales de la comunidad y los recursos que cuenta, se incidirá en el uso de los recursos y planteará un cambio paulatino y parcial de los mismos; pero no se refiere a una sobreposición de nuevos recursos a los existentes, porque traería conflictos e

impediría la evolución positiva de la situación hacia los objetivos comunitarios que sólo pueden ser perseguidos si son asumidos por todos.

Este proceso deberá integrar los diferentes momentos o elementos (prestaciones, programas) de la acción social resumidos en asistenciales, promocionales y preventivos, y que corresponden a acciones para, en y con la comunidad.

El proceso va dirigido potencialmente al conjunto de la población y no a sectores y categorías determinados; aunque no significa que todo el mundo vaya a participar, ni que todos participen de la misma manera.

Este proceso se articulará en proyectos, programas, iniciativas, actividades, áreas de intervención, etc., cada uno de ellos con sus características específicas y sus finalidades particulares. Todo este proceso se conecta a la finalidad general y global resumida en la expresión "proceso de mejora de las condiciones de vida de una comunidad".

Es necesario dedicar un tiempo y un trabajo específico a la coordinación de los recursos existentes de los servicios públicos u organizaciones sociales sin fines de lucro que actúan en la comunidad y no a las asociaciones particulares de ciudadanos.

La iniciativa del proceso comunitario puede comenzar por cualquiera de los tres protagonistas, pero es ideal que está sea iniciada por los delegados municipales para promover los procesos de mejora, involucrando a la población y haciendo uso adecuado de los recursos técnicos y profesionales ya existentes. (Marchioni, 1999, p. 10)

La iniciativa puede ser asumida por técnicos de diferentes recursos que han tomado conciencia de la limitación de su trabajo sectorial y que consideran importante ir modificando algo en ello y conseguir, a la vez, una mejor productividad de su profesionalidad, así como una mayor globalización de las diferentes intervenciones, también tendrán que ir implicando a las diferentes

administraciones por una parte y a los ciudadanos por otra para obtener la sostenibilidad del proceso. (Marchioni, 1999, p. 11).

También la iniciativa podría ser tomada por los ciudadanos allí donde exista una plataforma, una coordinadora o algo representativo del conjunto de la población y no sólo, como muy a menudo ocurre, de una parte de ella. (Marchioni, 1999, p. 11).

En cualquiera de los casos se requiere en el proceso la aportación de los tres protagonistas, cada uno en su papel y todos ellos relacionándose correctamente en un proceso que es a la vez dinámico y dialéctico. El proceso es dinámico porque se articulará y se desarrollará de diferentes maneras en el tiempo y en el espacio: no todo va a ser lineal y ascendente; habrá momentos de avances, otros de retroceso, momentos pacíficos y momentos conflictuales aunque siempre en el ámbito de la convivencia civil y democrática, éxitos y fracasos, como en todo proceso humano.

Por lo que gobernar con los ciudadanos no es lo mismo que gobernar para ellos. El proceso puede desplegarse plenamente si los diferentes protagonistas (es decir, las personas que intervienen a diferente título) se relacionan entre sí y con el proceso de manera positiva, cada una cumpliendo su parte y contribuyendo desde su ámbito al proyecto colectivo. (Marchioni, 1999 p. 11).

Los éxitos y los avances del proceso comunitario sólo se pueden medir si se tiene claro el punto de partida del mismo. Así no hay dos comunidades iguales y no existen medidas y parámetros únicos para medir los procesos comunitarios.

Cada comunidad hará su propio camino y los cambios o mejoras que se producen en ella sólo podrán ser medidos respecto a su propio punto de partida y no a indicadores o parámetros externos. Esto hace que sea fundamental determinar con la mayor aproximación de dónde, de qué situación arranca el proceso para poder medir o comprender luego el camino recorrido, los cambios producidos, las mejoras conseguidas (o fracasos) y los resultados obtenidos.

Estos planteamientos excluyen una visión tradicional de los llamados resultados. Resultados importantes y positivos del proceso comunitario son todos aquellos hechos, acontecimientos o acciones que llevan a la autonomía individual y colectiva de las personas y de los grupos: es decir, todo aquello que eleva el grado de autonomía de la comunidad y que refuerza la creatividad, la capacidad de autogestión; en una palabra, lo que disminuye o elimina la dependencia, sea del tipo que sea.

Otro indicador importante es la calidad de las relaciones entre los tres protagonistas, entre las personas que de una manera u otra participan en el proceso; entre los diferentes grupos, asociaciones o servicios que, por un lado, llevan adelante su propio proyecto y sus finalidades y si establecen una relación autónomamente con el proyecto colectivo. Por último, el proceso se mide por su capacidad de llegar al conjunto de la población y de saber o poder permitir y facilitar la integración de personas, grupos, colectivos que cargan con hándicaps sociales o que sufren procesos de marginación y exclusión.

En el proceso comunitario, el trabajo tiene que ser siempre devueltos a la comunidad, siendo este uno de los elementos claves del proceso mismo, no importa la forma oficial o institucional, es un hecho de democracia y es siempre un evento público; por ello también la documentación es pública; toda la información y los conocimientos que disponemos o que realizamos en el trabajo. (Marchioni, 1999, p. 12).

Además, en este proceso se debe incluir a las mujeres y personas con discapacidad para ir involucrando en la vida pública y colectiva, de esta forma contribuya a la facilitación de las acciones comunitarias.

También existen barreras como el horario; tanto de las actividades públicas, colectivas y comunitarias, como de los profesionales y funcionarios de las administraciones y de los servicios;

así los horarios y los días de las actividades generalmente son fines de semana o en vacaciones o días festivos y en horas de las tardes o noches no coinciden con las agendas de oficina de los entes públicos. Este hecho provoca la suspensión de todas las actividades comunitarias y participativas, se corta o se interrumpe en estas fechas repercutiendo negativamente, no sólo en las actividades comunitarias, sino sobre todo en las familias y en los sectores más débiles de la población.

Otra barrera es la atención de las demandas sólo en los despachos u oficinas; se debe plantear trabajar en la calle; donde la gente se une o reúne, o se encuentra, y no de manera genérica, casual o espontánea, sino de manera programada.

Así todo el trabajo comunitario gira alrededor de las relaciones entre los tres protagonistas.

La audición como método de investigación participativa va a ser un elemento constante del trabajo para que todo el mundo sienta y comprenda cómo sus opiniones, propuestas, sugerencias y críticas son tenidas en cuenta.

El proceso comunitario es renovación constante en el que los tres protagonistas están aprendiendo, por lo que es educativo, todos aprendemos de él y no hay un maestro que enseña a los alumnos. Para aprender, se necesita que el sistema de relación funcione, porque el proceso se interrumpe o pierde su capacidad de mejorar la situación existente o se enquista en uno de los protagonistas con exclusión de los demás. Uno de los principios del trabajo comunitario es que no se excluye a nadie: quien no quiera, que se autoexcluya. Pero no podrá decir que ha sido excluido.

Un punto importante del proceso comunitario es la participación, sin participación no hay proceso, no hay cambios reales o, los cambios serán el producto de las decisiones de otros y seremos simples receptores de las consecuencias de estas decisiones. Participar se aprende y la participación tiene también un coste e incluso puede llegar a ser una carga. (Marchioni, 1999 p. 16)

Otro aspecto importante son los mediadores, personas capaces de recibir de muchas personas; que entienden la necesidad de compartir y no concentrar; que transmiten información y conocimientos y no se los guardan para sí mismos. Por lo que se puede formar un equipo comunitario, con capacidad de llevar adelante el proceso, fomentar la participación y hacer que las relaciones entre los tres protagonistas sean válidas y permitan el desarrollo del mismo.

La puesta en marcha del plan comunitario puede ser de cualquiera de los tres protagonistas. Cada plan dependerá de muchos factores y variables independientes, sintetizados en elementos teóricos y pautas metodológicas, elementos organizativos y operativos. Todos ellos pueden ser resumidos en los siguientes:

- Integración institucional e interinstitucional.
- La coordinación de los recursos.
- El diagnóstico comunitario y la programación comunitaria.
- El equipo comunitario.
- La asociación comunitaria.

Para llevar a cabo los planes comunitarios depende de la **integración institucional e interinstitucional,** a partir de la administración local municipal de integrar sus respectivos recursos y aportaciones, así como de coordinar sus esfuerzos más allá de intereses de partido y de un equivocado protagonismo. La continuidad del plan no debería depender de los cambios políticos y ni de las opiniones subjetivas de los diferentes administradores públicos.

En todo proceso comunitario, y por ende los planes comunitarios conducen a organizaciones sociales de tipo nuevo. La experiencia que se está llevando a cabo positivamente en diferentes situaciones es la de las asociaciones comunitarias. Sintéticamente estas asociaciones reúnen las siguientes características:

- Los miembros que componen son representantes de todas y cada una de las asociaciones existentes en el territorio del plan (de vecinos, sociales, culturales, deportivas, etc.), así como personas que quieran participar a título individual y sin representar ningún grupo o colectivo.
- La asociación tiene un único fin: llevar adelante el plan comunitario con el fin genérico y global de mejorar las condiciones de vida de la población del territorio, contando con la activa y consciente participación de los habitantes.
- La asociación no sustituye el papel y la acción de las distintas asociaciones que la integran; al contrario, actúa para su fortalecimiento y para su desarrollo en sus campos específicos de actuación.
- También la asociación actúa con metodología activa para que, de las diferentes actividades y acciones que produce y lleva a cabo, nazcan nuevos grupos y asociaciones y no ser un obstáculo para ello.
- La asociación no sustituye a la acción y las prestaciones de los servicios existentes. Al contrario, actúa para que exista una coordinación autónoma de los mismos y, en algunos casos, puede integrar las actividades y prestaciones de los mismos con actividades complementarias y en acuerdo con ellos.
- Actúa en base al diagnóstico comunitario y sus prioridades generales, sectoriales y particulares.
- Se dedica una actividad constante a la información a los ciudadanos del territorio, tanto por lo que concierne a sus actividades como a sus finalidades, sus ingresos y sus gastos, etc.
- No actúa en base a una minoría o mayoría, sino por consenso y en aquellos temas e iniciativas en los que todos estén de acuerdo.

- Mantiene relaciones correctas con las administraciones y con el conjunto de los servicios y recursos.
- Puede ser reconocida como una auténtica representación de los ciudadanos del territorio. Si hubiese reglamentos activos de participación ciudadana, la asociación podría tener un reconocimiento de derecho. En otros casos, una coordinadora de entidades de un territorio puede desarrollar las mismas funciones, pero no contaría con un reconocimiento formal. (Marchioni, 1999 p. 19)

Los protagonistas del proceso comunitarios

Son tres los protagonistas del proceso comunitario y estos juegan su propio, específico e insustituible papel o función en la sociedad y en los procesos comunitarios:

- Las administraciones y en primer lugar la administración local.
- Los recursos y servicios públicos, sin excluir parte de los privados y los voluntarios (fenómeno emergente e importante hoy en día y presumiblemente en el futuro).
- La población y sus organizaciones sociales o, si se quiere, la llamada sociedad civil.

Las administraciones y el papel de la administración local

Las administraciones juegan un papel muy decisivo en todo lo que atañe a la vida de los ciudadanos. Este puede ser positivo o negativo, limitado o no, etc., pero indudablemente existe y hay que contar con ello. Todo proceso comunitario participativo va a influir en ellas, así como sus acciones y decisiones van a influir en las condiciones de vida de la población. Este crecimiento puede desarrollarse en dirección a un reforzamiento de la figura carismática y central del Alcalde o en un reforzamiento del gobierno municipal como gobierno colectivo y de equipo, con mayor participación de los ciudadanos en los mecanismos decisionales y de control sobre las actuaciones del pleno municipal.

Es la administración local, el gobierno municipal, el que tiene un papel preponderante y posibilidades más concretas e inmediatas para actuar en el tema del desarrollo local, de la participación de los ciudadanos en la vida pública en general y en los procesos de mejora de las condiciones de vida de la población.

Los recursos y los servicios

Como parte de estos protagonistas se encuentran los profesionales del sector salud como los médicos y enfermeras no solo del ente público incluyendo los privados, las parteras, trabajadores sociales, psicólogos, educadores en salud y otros especialistas. Los recursos del sector educativos como maestros, pedagogos, educadores sociales, educadores físicos, entre otros. También las ONG's presentes en el sector aprovechar a los profesionales que trabajan para la comunidad.

La población y sus organizaciones

El tercer protagonista, muy importante, son los ciudadanos individual y colectivamente considerados. La participación de los ciudadanos en la vida pública es un elemento fundamental de todo sistema democrático, presentando aspectos negativos e inquietantes, así como fenómenos de tipo nuevo y positivos, no suficientemente comprendidos como: la militancia política escasa o poco transparente; sobre las actividades gremiales o sindicales desarrollan un papel de relación con los poderes del Estado y con las organizaciones de los empresarios, no extendiéndose al territorio, a las comunidades locales donde su presencia es mínima, ni a los temas que afectan diariamente a la vida de las comunidades y poblaciones locales; las organizaciones en general como las comunales que tuvieron gran impacto en los años 80 en proyectos comunitarios; el uso indiscriminado de subvenciones sin reglamentos transparentes, sin claras finalidades; además de presencia de ONG´s cuyo crecimiento rápido, reforzando, la tendencia a la privatización y la cesión a ámbitos privados.

La comunidad institucional

Cualquier planteamiento de trabajo comunitario, siempre tiene sus fundamentos en una acción social y humana. Esto significa que la dimensión (territorial y poblacional) de la acción comunitaria no puede llevarse a cabo en ámbitos demasiados grandes físicamente, ni demasiado poblados geográficamente. Por lo que se identifican tres posibles ámbitos de planes comunitarios:

a) El ámbito en el que coincide la administración local y una población que no supera los 25.000 personas aproximadamente. Es un ámbito ideal porque un municipio de este tamaño, generalmente, dispone de recursos de todo tipo, así como la posibilidad de implicar potencialmente a toda la población.

b) El ámbito coincidente con una parte del municipio (generalmente un barrio de una ciudad media o grande). Este caso llevaría a plantearse los barrios o los distritos como ámbitos normales y generales de intervención/acción comunitaria, evitando el peligro de reducir ésta a los barrios marginales o conflictuales. Aquí sería muy importante la existencia de un reglamento activo de participación ciudadana.

c) El ámbito de una Mancomunidad de pequeños municipios que, sin esta dimensión compartida, no podrían por su cuenta llegar a una dimensión física y poblacional adecuada para el desarrollo y la dotación de recursos.

Así cada comunidad humana es algo particular y diferente de todas las demás, igual que las personas. Puede haber comunidades rurales o industriales porque sus bases económicas y productivas son agrícolas o industriales; urbanas o rurales; puede haber comunidades caracterizadas por las etnias de la mayoría de sus habitantes, otras por la confesión religiosa de la población; otras que se caracterizan por el idioma; podríamos enumerar y clasificar las comunidades en función de su ubicación geográfica (europeas o suramericanas; orientales y

occidentales); su nivel económico (desarrolladas, avanzadas, atrasadas, subdesarrolladas); su nivel sociocultural (progresistas, retrasadas, etc.); o la composición de la población (autóctona, inmigrada, envejecida, joven). Y así se podría seguir indefinidamente clasificándolas por las diferencias que caracterizan la extraordinaria variedad de la humanidad a lo largo de la historia y de la superficie del planeta.

Los factores estructurales de la comunidad

Bajo el punto de vista de la comunidad como dimensión y ámbito de la intervención comunitaria, la comunidad es siempre:

"Un territorio en el cual vive una determinada población que tiene determinadas demandas y que cuenta con determinados recursos."

De esta definición, los factores estructurales de cualquier comunidad, son cuatro: el territorio, la población, los recursos y las demandas.

El territorio donde existen barreras físicas y obstáculos que luego determinan también barreras sociales, culturales, etc. por último, las diferencias sociales de la población (económicas, culturales, etc.) también se ven reflejadas en el territorio. El trabajo comunitario empieza con el conocimiento más exhaustivo posible del territorio comunitario. Un primer instrumento es el plano o mapa de la comunidad.

La población se basa en las relaciones entre las personas. Es importante conocer sociológica y estadísticamente la población con la que se va a trabajar. Pero también conocer a las organizaciones sociales de esta población, los grupos y asociaciones existentes, las personas que desempeñan un papel de administrador o responsable, así como aquellas que trabajan en los diferentes recursos. Otro instrumento es el fichero comunitario de los tres protagonistas para establecer relaciones e implicarlos en el proceso.

Los recursos, se debe contar con todos los recursos existentes aun teniendo en cuenta que el principal es la misma comunidad. Hay tres tipos: públicos, privados no especulativos y voluntarios (ONGs y otros). Los diferentes recursos actúan en ámbitos determinados que conviene identificar -ya que así está organizada la sociedad- en los siguientes: educativos, sanitarios (incluyendo las farmacias, veterinarios, etc. y los que trabajan en salud pública); económico, de trabajo y empleo; de cultura, deporte, ocio y tiempo libre; sociales. Todos ellos deben aparecer dentro del fichero comunitario en el apartado de recursos.

Las demandas, un proceso comunitario siempre arranca y tiene que ver con necesidades, aspiraciones, problemas, temas de interés de la comunidad, etc.

De la interrelación de estos cuatro factores y de lo que cada uno de ellos significa, nace la Intervención Comunitaria y se alimenta el proceso de modificación de la realidad.

Equipo comunitario (Marchioni, 1999)

El equipo comunitario tiene que asegurar las siguientes funciones:

a) Área de la organización comunitaria: es el trabajo dedicado a la organización de los recursos (públicos, privados y voluntarios) de tipo institucional y/o formal, para que éstos orienten una parte de su trabajo y de sus prestaciones al plan, al mejor servicio de la comunidad y a la solución de los problemas colectivos y comunitarios. Este trabajo se concreta fundamentalmente en la acción de: coordinación, programación y planificación.

b) Área del desarrollo comunitario: es el trabajo dirigido al potenciamiento y al desarrollo del tejido social de la comunidad; consiste en apoyar y sostener a los grupos y asociaciones existentes para el fomento de sus mismas finalidades; favorecer el nacimiento de nuevos grupos y asociaciones de todo tipo y los procesos de participación en el plan y en todas las actividades comunitarias que se desarrollan en la comunidad.

c) Área del conocimiento y del estudio: un plan comunitario no puede desarrollarse sin el conocimiento (lo más científico posible) de la comunidad, de sus problemas y de las posibles soluciones. Para ello es necesario realizar estudios y socializar el conocimiento de la realidad a todos los protagonistas. Aquí está la necesidad de escuchar a la comunidad. Una de las finalidades específicas de esta área es la realización de un diagnóstico comunitario y la individualización de prioridades generales.

Otra función básica del equipo es la informativa que tiene tres aspectos o tres momentos:

-En el interior de la organización del plan; por tanto, una información dirigida a los componentes de esta organización.

-Una dirigida a la comunidad en su conjunto.

-Una dirigida al exterior: administraciones, otros servicios, otras experiencias, centros de estudio, congresos, medios de comunicación, etc.

Además, el equipo tiene la función de documentar el proceso comunitario, ya que esta documentación es fundamental para la información, para la transmisión de la experiencia y para la evaluación del trabajo y del proceso comunitario, es decir, del Plan. Es útil recordar que esta documentación tiene que ser pública (no reservada ni cubierta por algún secreto profesional). Esto implica que esté hecha de manera comprensible para cualquier persona.

Elementos permanentes de la metodología comunitaria (Marchioni, 1999)

La información y la documentación

Toda la información y documentación del proceso son públicas para los tres protagonistas, no se excluye a nadie, así el conjunto de éstas y de los conocimientos que se acumulan en el curso del proceso, no pertenece al equipo y ni siquiera a quien patrocina o promueva la iniciativa de la intervención, sino a la comunidad a todo esto llamamos socialización de los conocimientos y

devolución de la información, garantizando los medios para su difusión, ambas a la vez, son finalidad y función del trabajo comunitario. Dentro de la metodología comunitaria se definen los lugares de encuentro y los locales; los recursos, el tejido asociativo y los mediadores.

El instrumento fundamental es el plan informativo, se resume en los siguientes puntos: es necesario, en primer lugar, otros dos instrumentos el plano o mapa comunitario porque nos indica los lugares de la información; y el fichero comunitario porque nos indica a la vez los mediadores a los que entregarán las copias que ellos difundirán en sus respectivos ámbitos y el número de copias que cada uno puede difundir. Los instrumentos para difusión pueden ser cartas, actas, documentos, fichero, carteles, murales, trípticos y folletos. También se pueden hacer hojas informativas generales o específicas.

El **Sistema de documentación y de reuniones**, son una parte muy importante del trabajo, por ello se deben planificar reuniones y calendario anual. Los equipos deben realizar una reunión mensual en la que se revisa el trabajo ejecutado y se planifica el que se va a cumplir en el mes siguiente. Para esto hay que tener una agenda de lo que se va abordar verificando las funciones de cada miembro del equipo y se asignan tareas, particulares. También se verifican compromisos y asuntos pendientes. Para documentar estas reuniones es suficiente un acta. Cada tres meses la reunión mensual se transforma en reunión trimestral en la que se analiza el proceso de los tres meses transcurridos y se planifica el trimestre siguiente.

Reunión anual, al final de año o a principios del siguiente. La última de las reuniones trimestrales se convierte en anual con un análisis del trabajo realizado en el año y una planificación, en líneas generales, del año siguiente. También se realiza en función de un informe previo que será el informe anual del plan. Estas reuniones van planificadas en el tiempo con anterioridad y constituyen parte integrante del trabajo del equipo.

Hay que documentar fundamentalmente tres cosas: los coloquios interpersonales (equipo/personas) que se realizan y que tienen que ver con el trabajo (acuerdos, decisiones, compromisos, etc.); Para las reuniones (con grupos); los informes (trimestrales o anuales).

El sistema de documentación se completa con el archivo del plan en el cual existen:

a) Un archivo general cronológico en el que se recoge todo lo que atañe al plan y al trabajo en orden cronológico: cartas, actas, informes, documentos... (Es la historia y la memoria del proceso).

b) Copia de lo que va en el archivo cronológico irá a parar a carpetas monotemáticas. Estas carpetas permiten conocer y verificar en un determinado momento la actividad del plan en cada ámbito o en cada intervención y conocer la situación existente, el trabajo realizado, los contactos y acuerdos establecidos, los programas llevados a cabo, etc.

c) Un archivo para los informes (trimestrales y anuales), los presupuestos y el estado de las cuentas, que permiten una visión más sintética del proceso y facilitan la documentación básica para cualquier documento, instrumentos informativos, memorias oficiales, etc.

La coordinación y el comité técnico asesor

Para llevar a cabo el proceso comunitario es necesario la coordinación de los recursos existentes. Donde mejor se puede llevar adelante una acción coordinada de la actuación de diferentes recursos sociales (diferentes por dependencia institucional, por ámbitos de intervención, por competencias...) es en el territorio, es decir, la comunidad territorial.

El diagnóstico comunitario significa la necesidad y la voluntad de compartir entre todos los recursos, una visión global e integrada de la comunidad en la que todos intervienen, aunque cada uno en su ámbito y con sus competencias.

La necesidad de operar en función de un diagnóstico común y compartido es el elemento inicial de un proceso de colaboración y de coordinación entre los diferentes recursos. Sin ello cada

servicio seguirá operando en base a su propio diagnóstico, evidentemente válido y parcial. De la misma manera, la intervención de cada uno seguirá siendo válida y parcial.

La monografía y el diagnóstico son, por tanto, instrumentos fundamentales para el proceso comunitario. Por otros tres motivos:

a) Tener una visión global y general de la realidad existente e individualizar elementos y prioridades para la mejora;

b) Todos los tres protagonistas tenga la misma visión y maneje los mismos datos y elementos;

c) Individualizar las prioridades generales (que sólo pueden ser afrontadas con un trabajo común), así como las sectoriales y particulares, sin que haya confusión entre las unas y las otras.

El instrumento fundamental para la realización del diagnóstico comunitario es la monografía comunitaria. Esta representa un intento de recopilar y organizar los datos y conocimientos objetivos existentes en un esquema que, al mismo tiempo, permite una visión general y global de la intervención así como de los diferentes sectores y franjas de población

ESQUEMA MONOGRAFIA COMUNITARIA (Marchioni, 1999)

PARTE 0: ANALISIS BASICO ESTRUCTURAL

1. El territorio y el Urbanismo.

2. La demografía.

3. La economía.

4. La historia reciente (50 años aproximadamente)

5. El asociacionismo.

PARTE 1: ANALISIS SECTORIAL (SECTORES COMUNITARIOS)

1. Sector educativo.

2. Sector sanitario.

3. Sector cultura, deportes, ocio y tiempo libre.

4. Sector ocupacional.

5. Sector asistencial.

PARTE 2: ANALISIS POR FRANJAS DE POBLACION

1. Infancia.

2. Juventud.

3. Adultos (mujer).

4. Ancianos.

PARTE 3: ANALISIS TEMAS O PROBLEMAS TRANSVERSALES (INTER Y MULTISECTORIALES) (Ejemplos) Toxicomanías, seguridad ciudadana, fracaso escolar, etc.

De la Parte 0 se hará una descripción básica y estructural de la situación de la comunidad, ya que esos elementos básicos repercuten, directa o indirectamente, en todos los aspectos de la vida de esa comunidad, así como de hecho condicionan o influyen en todos sus habitantes. Por tanto, la descripción y el análisis de estos elementos básicos, servirán de introducción a cualquier otro diagnóstico o análisis parcial y sectorial, tanto de los diferentes sectores comunitarios como de las diferentes franjas de población.

De la Parte 1 habrán cinco o seis diagnósticos sectoriales, uno por cada sector comunitario descrito en la monografía. Estos diagnósticos serán utilizados por los servicios y las organizaciones de cada sector para ver lo que se puede mejorar en cada uno de ellos, viendo al mismo tiempo qué puede hacer cada cual. Ellos constituirán una base para una acción coordinada en este sector. Para realizar el diagnóstico hay que tener en cuenta los siguientes elementos:

- Lo que existe, es decir, los recursos (públicos, privados y voluntarios) y si lo que existe es claramente suficiente o no.

- Lo que no existe y sería necesario que existiera para ver luego qué tipo de acciones o estrategias habría que poner en marcha.

- Qué elementos o qué aspectos aparecen claramente negativos, insuficientes o carentes o insatisfactorios.

- En que aspectos parece urgente y necesaria una acción coordinada e integrada y cuáles serían las funciones de cada cual o las aportaciones de cada cual.

- Habría que producir una guía de recursos por cada uno de los sectores.

- Podría organizarse un "encuentro comunitario", por parte del plan comunitario.

- Qué tipos de programas a corto, medio y largo plazo se verían necesarios y el orden de prioridad.

De la Parte 2, se lograría cuatro diagnósticos por cada una de las cuatro franjas de población: infancia, juventud, ancianos y adultos con especial referencia a la mujer. Se trata de un diagnóstico inter y multi disciplinario ya que los directamente interesados no pertenecen a un solo sector de intervención.

Para la Parte 3 del diagnóstico que se refiere a temas o problemas multisectoriales o transversales hay que realizar un diagnóstico global por cada uno de ellos, ya que no se pueden adscribir a un solo sector, un solo servicio o una sola franja de población. Por tanto, habría que ver primero cuáles son todos los aspectos que intervienen en estos temas, todos los servicios o recursos potencialmente implicados; todo lo que ya se está haciendo desde diferentes ámbitos y todos los grupos sociales que tienen alguna vinculación con el tema. Qué tipo de coordinación sería necesaria y qué tipo de programa se puede llevar adelante a corto, medio y largo plazo.

El Comité Técnico Asesor, tiene otras posibilidades o funciones se resumen en:

- Lugar de encuentro y de intercambio permanente entre los diferentes recursos para el mutuo

conocimiento e información.

- Permitir colaboraciones puntuales o permanentes entre diferentes servicios, siendo todo el mundo informado de las mismas.

- Apoyar y completar la acción de un servicio cuando éste lo requiera.

- Facilitar la comunicación transversal de las informaciones.

- Realizar estudios sobre determinados temas/problemas.

- Representar un centro de asesoramiento para las instituciones y la población.

Hay algunos elementos metodológicos, inherentes al funcionamiento del Comité, que conviene no olvidar y que facilitan las cosas como: nadie coordina el Comité. Las funciones de secretaría interna podrían ser rotatorias y temporales; alguien tiene que asumir estas funciones para facilitar el trabajo del comité (convocatorias, informaciones, actas, etc.); la información tiene que llegar a todos, aunque alguien no esté participando; las reuniones no pueden ser ni muchas ni muy largas. Se calcula una reunión al mes, de dos horas, en un principio es suficiente, sin excluir reuniones extraordinarias; la información tiene que llegar antes de las reuniones, para que el tiempo se dedique realmente a lo necesario y no se pierda en lo superfluo.

Concepto de Modelo

Se parte del concepto o significado de Modelo en el Diccionario (Definiciona.com, 2017), “se refiere a un prototipo ejemplar, matriz o punto de referencia para imitar o reproducir. Cualquier representación en pequeño de cualquier elemento. Objeto, artefacto, máquina, construcción o conjunto de ellos que se realiza el mismo diseño”.

La etimología, describe que el término proviene del italiano «modello» con el mismo significado. (Definiciona.com, 2017)

La definición de modelo realizada por Carvajal, Álvaro (2002) menciona: modelo que resulta

de interés para caracterizar la noción en cuestión, en este sentido Wartofsky considera que el modelo es una versión derivada o representada de algo tomado del original; la nueva entidad se produce al imitar el original. El intento de representación puede ser abstracto (una fórmula matemática, un paradigma lingüístico de conjugación de un verbo) o concreto (un mapa, un modelo a escala de un barco, la representación física de la estructura del ADN). (Carvajal Villaplana, 2015)

Además Carvajal presenta la perspectiva epistemológica en la que puede considerarse Modelo, como una especie de descripción o representación de la realidad (hechos, situaciones, fenómenos, procesos, estructuras y sistemas, entre otros), que, por lo general, está en función de unos supuestos teóricos o de una teoría. Dicha representación es una construcción racional de un campo de estudio concreto, y suele presentarse en diferentes grados de abstracción. En consecuencia, se trata de: (a) una idealización, en cuanto que muestra las condiciones perfectas en las que se produce el fenómeno o el sistema; y (b) una aproximación esquematizada de este campo de estudio; es decir, no intenta representar la realidad como tal, sino sólo aquellos aspectos o variables más importantes y significativos, pues la realidad es difícil aprehenderla de forma cabal, veces hay aspectos que no se han tomado en cuenta y que podrían modificar el modelo. Además, la realidad está en un proceso de cambio constante. En las ciencias sociales lo acotado es mucho más patente, pues lo que el sujeto afirma del objeto de estudio puede modificar la realidad. Por tanto, el modelo es incompleto y nunca es el mundo real, aunque a veces se asume el modelo como lo real. (Carvajal Villaplana, 2015)

También Carvajal, presenta una reflexión sobre el aporte de Ladrière en el concepto de modelo como: la idea de que la aprehensión de la realidad no se realiza de manera directa e inmediata por la teoría, para él no puede pasarse directamente de la percepción y el comportamiento práctico

espontáneo a la construcción teórica y la práctica experimental. Entre la teoría y la práctica espontánea, entre lo abstracto y lo concreto hace falta un intermediario, ese papel lo cumple el modelo. Por medio del modelo la teoría se refiere a la realidad. Desde esta perspectiva la teoría describe el modelo. Por otro lado, el modelo guía la experiencia en cuanto que ésta es una forma de acción controlada. (Carvajal Villaplana, 2015)

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario- MOSAFC (Ministerio de Salud, 2008b)

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), es el instrumento sanitario que recoge la visión política y económica del Estado dentro del sector salud, constituyéndose en la forma de organización de las acciones intra e intersectorial, así como su implementación equitativa y eficiente en un espacio geográfico- poblacional determinado, variable de acuerdo a los elementos que lo caracterizan. (Ministerio de Salud, 2008, p.16)

La Reforma al Sector de Salud, iniciada con la Ley creadora de los Ministerios de Estado en noviembre de 1948 (creando el Ministerio de Salubridad Pública) y continuada en 1955 con la Ley de Seguridad Social, organizó a las instituciones del sector según las características de las poblaciones y el tipo de atención a ofrecer teniéndose al Ministerio de Salubridad como responsable de los aspectos de salud pública e higiene; al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) le correspondió la atención tanto ambulatoria como hospitalaria para los trabajadores afiliados al mismo y para sus beneficiarios.

En 1979 se creó por Decreto Ley el Sistema Nacional Único de Salud (SNUS) que unificó bajo administración del Ministerio de Salud a todos los establecimientos prestadores de servicios de salud pública y privados, incluyendo los servicios del INSS los cuales pasaron a ser parte del SNUS.

Con los cambios ocurridos en 1990 se introdujeron elementos para realizar una tercera

generación de reformas en salud en Nicaragua, entre estos se devuelve al INSS la responsabilidad de los asegurados; se establece que las responsabilidades del MINSA son las acciones de salud pública y la atención de la población no asegurada, se abrió nuevamente el espacio en los establecimientos públicos para la oferta de los servicios privados (Servicios Diferenciados); se trasladó la formación técnica de recursos humanos a entidades formadoras, y se procedió a un ajuste organizativo de los servicios públicos del MINSA; creándose los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS).

1995-2006: se implementa el Modelo Atención Integral con énfasis en la Mujer y el Niño reforzando la concepción programática. No se desarrolló en otros grupos de población, limitándose a acciones de carácter asistencial únicamente.

2002-2006 el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), tiene un enfoque asistencialista e individualizado, intramuros (no hay contacto con la comunidad) con Promotores Comunitarios según intervenciones; focalizado la atención en las zonas urbanas y diseñado para entregar un paquete básico de servicios de salud con cobros por los servicios recibidos.

2007, el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), trasciende la atención individual y toma como referencia a la familia y la comunidad que incluye el ambiente en función de las necesidades de la población con énfasis en la Promoción y Prevención. Promueve la responsabilidad compartida entre los ciudadanos y el Ministerio de Salud, garantizando la gratuidad y el acceso universal a los servicios de salud.

Objetivos del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) (Ministerio de Salud, 2008, p.16)

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud, son objetivos del Modelo de Salud Familiar y Comunitario:

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

Objetivos Específicos

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

Atención Primaria en Salud y el Modelo de Salud Familiar y Comunitario

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario está basado en la estrategia de atención primaria en salud de la Organización Mundial del a Salud, Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. Septiembre de 1998. Párrafo VI, entendida como

> “La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentado y socialmente aceptada, puesta al alcance de todos las personas y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”.

Para mejorar la salud, la atención primaria se centra en la salud de las personas en los contextos de los otros determinantes; es decir, en el medio físico y social en el que las personas viven,

estudian, trabajan y se recrean, más que en enfermedades específicas.

El Reglamento de la Ley General de Salud, Ley 423 en el Arto. 40, establece los Principios del Modelos de Salud familiar Comunitarios siendo estos:

La **Accesibilidad** de los servicios de salud: se basará en criterios de accesibilidad geográfica, cultural, de género, económica, etc. que garanticen una puerta de entrada para favorecer el primer contacto de los usuarios, incluyendo a las comunidades indígenas y grupos étnicos, a fin de fomentar la confianza y credibilidad de los servicios.

Integralidad de las acciones en los servicios de salud: contemplará a la persona como un ser biopsicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, con deberes y derechos para la toma de decisiones de forma consciente y sistemática respecto a su salud, así como para la protección y mejora del ambiente que lo rodea.

Longitudinalidad (continuidad) en el proceso de la atención en salud, es la relación personal a largo plazo que se establece entre el personal proveedor y usuarios del servicio de salud. Implica que el equipo de salud al cuidado de los usuarios se preocupe de su atención integral en los diferentes niveles de atención.

Coordinación entre los niveles de atención en salud, al organizarse en redes de servicios por niveles de atención y con establecimientos de salud de complejidades diversas, requiere tener identificación clara de la población a atender, la cual puede acudir y acceder a los establecimientos para ser atendida en diversos aspectos de sus necesidades de salud. La coordinación debe ser lo suficientemente efectiva cómo para garantizar el acceso efectivo y la continuidad de la atención.

Organización comunitaria del sector (Ministerio de Salud, 2008, p.7)

Se define Sector Salud como el conjunto de Instituciones, Organizaciones, personas, Establecimientos Públicos o Privados, actores, Programas y actividades, cuyo objetivo principal,

frente al individuo, la familia y la comunidad, es la atención de la salud en sus diferentes acciones de prevención, promoción recuperación y rehabilitación.

Para hacer más eficiente el trabajo en el sector, se debe coordinar con la Red Comunitaria, con los gobiernos locales, instituciones y otros actores, los cuáles se constituyen en aliados fundamentales para la gestión del desarrollo local y la salud.

La red comunitaria está integrada por: líderes comunitarios, promotores de salud, brigadistas populares de salud, parteras, Colaboradores Voluntarios (Col-Vol), curanderos, chamanes, clubes de adolescentes, consejos de ancianos, consejos del poder ciudadano, consejos comunitarios, consejos comarcales y otras formas de organización de la comunidad.

La organización comunitaria establecida debe tener las siguientes características:

Activa: Participación espontánea de la población en los Consejos del Poder Ciudadano y otras formas de organización comunitaria.

Permanente: Se desarrolla de forma continua a lo largo de todo el proceso de promoción, prevención, búsqueda y mantenimiento de la salud.

Flexible: Debe ser capaz de adecuarse a las necesidades y condiciones cambiantes de la sociedad y el ambiente en el que se desarrolla.

Articulada: Integración de todos los actores claves del territorio, institucionales y no institucionales. Ej.: Ministerio de Educación (MINED), Ministerio Agropecuario y Forestal (MAGFOR), Policía, Alcaldía, Ministerio del Ambiente y Recursos Naturales (MARENA), Organismos No gubernamentales (ONG), Iglesias, otros.

Ventajas del proceso de participación en la gestión comunitaria:

- Permite a los ciudadanos conocer sus derechos y obligaciones para tener acceso y manejo de la información pública, e involucrarse de forma más efectiva en los procesos de gestión.

- Facilita la concertación de intereses entre la comunidad organizada, el Gobierno Municipal, instituciones gubernamentales y no gubernamentales por medio del manejo común de agendas de trabajo desde el territorio.
- Fortalece la transparencia de la gestión y el destino de los recursos bajo el principio de equidad social, de género y de edad, promoviendo el control social de los procesos.
- Fortalece las capacidades de la población y el desarrollo del capital social.
- Articula prioridades de inversión con una visión conjunta del desarrollo municipal.
- En el ejercicio del control social participan miembros de la comunidad que han sido elegidos en asambleas comunitarias, los cuales se encuentran vinculados con el nivel municipal en la instancia de control social.

La comunidad organizada debe:

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

El equipo de salud familiar debe:

- Facilitar la información requerida para la ejecución del control social
- Considerar las opiniones de la población sobre la atención recibida a través de las encuestas de satisfacción u otros mecanismos.

- Participar en el análisis de resultados y toma de acuerdos.
- Facilitar la difusión de los resultados del control social.

El resultado de la práctica de control social deberá generar mejoras en la calidad de la atención, transparencia del manejo de los fondos, entre otros, las cuales se lograrán mediante la ejecución de planes con la participación activa de la comunidad organizada y el Equipo de Salud Familiar.

Organizar la atención a las familias y comunidad

Para organizar el proceso de atención a las familias que incluye la atención individual y comunidad, el Equipo de Salud Familiar Comunitario (ESAFC) en cada uno de los sectores asignados junto con la red comunitaria deberá cumplir las siguientes etapas:

1. Inducción
2. Sectorización
3. Caracterización del sector
4. Análisis de situación de salud a nivel local
5. Elaboración del plan de salud para el desarrollo local
6. Entrega del conjunto de prestaciones de servicios de salud a las personas, familia y comunidad, a través de la dispensarización
7. Registro del Sistema de información de salud

Inducción: en esta etapa se debe realizar con los actores de la comunidad:

a. Análisis del modelo de salud propuesto identificando los cambios que son necesarios para mejorar la situación de salud.

b. Presentación de los escenarios de atención (hogar, comunidad y red de servicios/establecimientos), como ámbitos de trabajo e interacción del ESAFC para dar cumplimiento a los principios de accesibilidad, continuidad y coordinación de la atención.

c. Revisión del conjunto de prestaciones de servicios de salud analizando si éstas responden a las necesidades de salud de la población y sí dan respuesta al principio de integralidad de la atención.

d. Concertación con la comunidad de las diferentes formas de trabajo del Equipo de Salud Familiar Comunitario (horarios de atención, mecanismos de comunicación, referencia y contrarreferencia, visita domiciliar, etc.), para dar cumplimiento a los principios de accesibilidad, continuidad de la atención y coordinación entre los niveles de atención de la red de servicios.

e. Presentación de la organización de la red para la provisión de los servicios de salud que garantiza gratuidad, integralidad de la atención, la continuidad y coordinación de la atención a través de equipos de salud instalados en cada nivel de atención.

f. Presentación de la organización del sector, apoyándose en un esquema gráfico, donde se resalta cómo éste modelo acerca los servicios de salud a la población a través del ESF, potenciando la participación de la red comunitaria.

Sectorización

La Sectorización es un ejercicio que se realiza en conjunto con la comunidad, donde se delimita el espacio-población, agrupando comunidades, barrios o zonas para conformar los sectores facilitando la organización para la acción y control de las actividades sanitarias y de gestión del equipo de salud familiar y red comunitaria.

El sector contará con una Sede de Sector, que será el lugar o establecimiento de referencia de la red comunitaria donde confluye con el Equipo de Salud Familiar para coordinar y planificar las acciones de salud a desarrollarse en el territorio. La sede del sector puede ubicarse en la infraestructura disponible como la casa comunal, casa base, casa materna u otros existentes en la comunidad, creando las condiciones mínimas para su funcionamiento. La sede de sector también

puede coincidir con el puesto de salud familiar y comunitaria a nivel rural y el centro de salud a nivel urbano.

Caracterización del sector y las funciones del Equipo de Salud Familiar y Comunitarios (ESAFC)

Una vez definidos y consensuados los sectores, el Equipo de Salud Familiar con apoyo de la red comunitaria profundizan la coordinación con la comunidad, informando la nueva modalidad de atención y programando las actividades a realizar, e inicia la caracterización del Sector, la cual requiere:

Actualización del croquis de la comunidad y del sector.

Dispensarización a través del Levantamiento de la Historia de Salud Familiar.

Levantamiento del Diagnóstico Comunitario.

Elaborar el Consolidado del Sector.

Croquis de la comunidad y del sector:

El Croquis es una representación gráfica de la comunidad o del sector. Para elaborarlo se hará el reconocimiento de la comunidad, barrios o zonas, identificando los recursos y factores de riesgo existentes.

Historia de salud familiar:

Es el instrumento clave de la función de atención médica integral dispensarizada, que proporciona la información para conocer la situación de las familias del sector orientando las acciones de promoción y prevención que el Equipo de Salud Familiar en coordinación con la red comunitaria deberá realizar en los hogares y la comunidad, las cuales serán incorporadas en la elaboración del plan de salud para el desarrollo local.

La información se obtiene a través de visitas a los hogares, que realiza el Equipo de Salud

Familiar, en coordinación con los líderes, Gabinetes del Poder Ciudadano y otros miembros de la red comunitaria. Debe ser actualizada cada año o cuando ocurren cambios migratorios.

Todo este proceso del levantamiento de la Historia de salud familiar contará con instrumentos y aplicativos para la recolección, ingreso y procesamiento de los datos. Con la información recopilada en la visita de contacto inicial se realiza inmediatamente la evaluación integral de las familias que incluye las personas por grupo de riesgo, lo que permite al Equipo de Salud Familiar clasificarlas en uno de los 4 grupos dispensariales.

Tabla 2. Grupos Dispensariales

Grupo I:	Familias relativamente sanas: los miembros de la familia aparentemente no tienen riesgo, ni daño a la salud, ni presentan discapacidad.
Grupo II:	Familias con Riesgos: aquellos miembros de la familia que están expuestos a condiciones que de no ser controladas adecuadamente aumentan la vulnerabilidad a sufrir daños en salud colectiva o individual.
Grupo III:	Familias Enfermas: uno varios miembros de la familia padecen o sufren una enfermedad que ha sido o no diagnosticada y que puede ser transmisible (aguda) o no transmisible (enfermedad crónica) de larga evolución.
Grupo IV:	Familias donde uno o varios miembros sufren deficiencias o presentan capacidades diferentes y que ameritan rehabilitación.

Fuente: Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario

El diagnostico comunitario, es otro instrumento clave de la función de atención médica integral dispensarizada, que proporciona la información para conocer la situación de la comunidad o barrio, lo que permite implementar acciones dirigidas a mejorar la salud y el desarrollo local en conjunto con organizaciones comunitarias, miembros del Equipo de Salud Familiar, alcaldías, instituciones y otros actores de la comunidad. Estas acciones serán incorporadas en el plan de salud para el desarrollo local.

Las principales fuentes de información del diagnóstico comunitario son la historia familiar y otras que posea la comunidad, las cuales se obtendrán en sesiones de trabajo con los líderes y miembros de la Red Comunitaria, Gabinetes del Poder Ciudadano y otros actores, ya que el

diagnóstico comunitario debe ser actualizado cada año.

El propósito de un Diagnóstico Comunitario es conocer la situación actual de la comunidad o del barrio para tomar decisiones conjuntas entre líderes comunitarios organizaciones comunitarias, personal de salud y técnicos de la alcaldía, enfocando acciones que contribuyan a mejorar el estado de salud y el desarrollo de la comunidad.

El llenado de la información del diagnóstico es realizado por los líderes de las comunidades o del barrio apoyados por el personal de salud, los líderes deben disponer de información de su comunidad como historias, croquis, censos, la información aquí registrada servirá para consolidar la caracterización del sector. Otras fuentes para obtener información pueden ser las consultas con personal de salud, de educación, con los técnicos de la alcaldía o el personal de proyectos trabajando en la comunidad.

Análisis de la situación de salud a nivel de la comunidad

-Identificación de los problemas: la red comunitaria, actores sociales claves y el equipo de salud familiar, realizan el análisis de la situación de salud de las comunidades de cada sector, realizando un listado de los problemas encontrados en el diagnostico comunitario.

-Establecimiento de prioridades: a partir de la lista de problemas encontrados se priorizan según los criterios de: magnitud, trascendencia, frecuencia, y posibilidad de incidir sobre el mismo, de acuerdo a la disponibilidad de recursos.

-Análisis causal y búsqueda de alternativas: una vez que se han priorizado los problemas, se identifican los factores que los causan, incluyendo los aspectos educativos. Se puede utilizar como metodología el árbol de problemas u otras que se disponga, para establecer las alternativas de intervención.

Elaboración del plan de salud para el desarrollo local

En consenso con las diversas estructuras del territorio, comité comunitario, comarcal o de distrito, consejos del poder ciudadano, otros y el Equipo de Salud Familiar Comunitario, se procede a elaborar el Plan de Salud por cada sector, el cual se convierte en la herramienta fundamental para dar seguimiento y evaluar las acciones acordadas para mejorar las condiciones de vida de las familias y la comunidad.

El Plan de Salud local debe incorporar: los problemas priorizados, las alternativas de solución, las actividades a desarrollar, las metas a cumplir, fecha de cumplimiento, el responsable y participantes en el desarrollo de la actividad y los recursos y medios necesarios.

Entrega de prestaciones de servicios de salud a las familias y comunidad

Las Prestaciones de Servicios de Salud son un conjunto de acciones de promoción, prevención, atención al daño y rehabilitación, dirigidas a la familia y comunidad. Para la entrega se deben tomar en cuenta las particularidades de cada grupo poblacional, el perfil epidemiológico, la disponibilidad de recursos sectoriales y sociales, así como las características étnicas, culturales y ecológicas.

La entrega del conjunto de prestaciones de servicios de salud será realizada por el Equipo de Salud Familiar y la red comunitaria, en los diferentes escenarios: Hogar, Comunidad y Establecimiento.

Sistema de información de salud

Se definen las herramientas, instrumentos, procedimientos para la recolección, validación, procesamiento y análisis de la información y flujos de la misma generada en la red de servicios públicos y privados, partiendo desde el nivel local-comunidad, a fin de aportar información oportuna y veraz para la toma de decisiones y lograr el cumplimiento de los indicadores y metas

comprometidas por el sector y el gobierno, asegura a través de sus mecanismos el acceso a la información que estimule la participación activa de la población y facilite el uso de la información que se genera en la prestación de los servicios, el monitoreo y control, asegurando que la información tenga la consistencia, pertinencia, oportunidad y calidad necesaria que certifiquen el cumplimiento de los indicadores y metas.

Ley de Participación ciudadana en Nicaragua

Ley de Participación Ciudadana y su Reglamento Ley No. 475, La Gaceta No.241, de 19 de diciembre de 2003 Decreto No. 8-2004, Reglamento de La Ley No. 475 "Ley de Participación Ciudadana", La Gaceta No. 32, de 16 de febrero de 2004 Decreto No. 46-2004, Reforma al Artículo 9 del Decreto No. 8-2004, "Reglamento de la Ley No. 475 Ley de Participación Ciudadana", La Gaceta No. 117, de 16 de junio de 2004. Garantiza en su constitución política, la participación ciudadana como derecho fundamental de las personas. Objeto de la Ley es:

"Promover el ejercicio pleno de la ciudadanía en el ámbito político, social, económico y cultural, mediante la creación y operación de mecanismos institucionales que permitan una interacción fluida entre el Estado y la sociedad nicaragüense, contribuyendo con ello al fortalecimiento de la libertad y la democracia participativa y representativa establecido en la Constitución Política de la República".

Este conjunto de normas y regulaciones se fundamentan en los artículos 7 y 50 de la Constitución Política de la República, como expresión del reconocimiento de la democracia participativa y representativa así como el derecho de participar en igualdad de condiciones en los asuntos de la gestión pública del Estado y en los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos suscritos y ratificados por Nicaragua, aplicando los principios generales del derecho aceptados universalmente sobre esta materia.

Artículo 2.- establece los instrumentos de participación ciudadana siendo los siguientes:

1. La iniciativa ciudadana en general para el caso de las normas de ámbito nacional, regional autónomo y local.

2. La consulta ciudadana de normas en la fase del dictamen, en el ámbito nacional, regional autónomo, departamental y local.

3. Las instancias consultivas para la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en el ámbito nacional, regional autónomo, departamental y local.

4. Las asociaciones de pobladores y las organizaciones gremiales, sectoriales, sociales, organizaciones de mujeres y jóvenes en el ámbito local.

5. La consulta ciudadana en el ámbito local.

Artículo 3. Establece el perfeccionamiento de los instrumentos de participación ciudadana, se desarrollan los instrumentos de participación ciudadana establecidos en la Constitución Política y otras leyes, siendo estos los siguientes:

1. Los Cabildos Abiertos Municipales.
2. Los Comités de Desarrollo Municipal y Departamental.
3. Petición y denuncia ciudadana.

Dentro de las definiciones se establece que la Participación ciudadana: es el proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva, con el objeto y finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de las políticas públicas en los diferentes niveles y modalidades de la administración del territorio nacional y las instituciones públicas con el propósito de lograr un desarrollo humano sostenible, en corresponsabilidad con el Estado.

En el Artículo 7 presenta los principios rectores de la participación ciudadana, se regirá de conformidad a los siguientes:

1. Voluntariedad: participar voluntariamente y no mediante halagos, presión o coacción de interpósitas o terceras personas, o bien porque la ley así lo establece.

2. Universalidad: debe proporcionar al ciudadano la garantía, en igualdad de condiciones a todos los ciudadanos nicaragüenses, sin distinción ni discriminación por motivos de raza, sexo, edad, etnias, religión, condición social, política u otras razones que pudiesen limitar el derecho a participar en los asuntos públicos y la gestión estatal.

3. Institucionalidad asumida y efectiva: La participación ciudadana se institucionaliza y se convierte en un derecho exigible por la ciudadanía y en una obligación del Estado y sus representantes por tener que propiciar su efectividad.

4. Equidad: La participación ciudadana proporciona a todos los sectores de la sociedad, incluyendo aquellos de mayor vulnerabilidad, los instrumentos jurídicos y políticos necesarios, para colocarlos en un plano de igualdad con el objetivo de mejorar la condición y la calidad de vida.

5. Pluralidad: La participación ciudadana implica el reconocimiento de la diversidad de valores, opiniones y prácticas dentro de la ciudadanía y el respeto a las mismas por parte de la autoridad, de conformidad con el ordenamiento jurídico.

6. Solidaridad: La participación ciudadana permite la expresión de los intereses superiores que llevan a la ciudadanía a actuar en procura del bien común, más allá de los intereses particulares.

En el Capítulo V establece la participación de los pobladores en la Elaboración del Plan o Estrategia de Desarrollo y el Plan de Inversión, en el Artículo 79.- refiere que la participación comunal, para los fines y efectos de elaborar con plena participación de la comunidad: la estrategia,

el plan de desarrollo y el plan de inversión, cada gobierno municipal hará uso de los mecanismos establecidos en la Ley de Municipios y su Reglamento, así como lo establecido en la presente Ley. El gobierno municipal consultará la opinión del Comité de Desarrollo Municipal sobre la estrategia, plan de desarrollo y plan de inversiones del municipio.

En el Artículo 80 respecto a las modalidades de participación para la participación de los pobladores en la elaboración, discusión y ejecución del plan o estrategia de desarrollo y el plan de inversiones.

Artículo 81.- Ordenanzas de participación. Corresponde a los diferentes gobiernos locales dictar la respectiva ordenanza de participación en la que se podrá establecer, de acuerdo con las características y necesidades del municipio, las modalidades generales para la relación con el Comité de Desarrollo Municipal, las asociaciones de pobladores, organizaciones sectoriales y demás organizaciones de la sociedad civil presentes en la respectiva circunscripción para asegurar su participación en la gestión de la vida local, su incidencia en las políticas públicas y su ejecución cuando corresponda.

Agenda 2030

Con la Agenda 2030, los gobiernos se comprometen a poner fin a la pobreza en todas sus formas y dimensiones, lo que incluirá erradicar la pobreza extrema de aquí a 2030. Todas las personas deben disfrutar de un nivel de vida básico, incluso mediante sistemas de protección social. También estamos decididos a poner fin al hambre y lograr la seguridad alimentaria como prioridad, y a eliminar todas las formas de malnutrición.

Además se comprometen a proporcionar una educación de calidad, inclusiva e igualitaria a todos los niveles y de Para promover la salud y el bienestar físicos y mentales y prolongar la esperanza de vida de todas las personas, lograr que la cobertura sanitaria y el acceso a una atención

médica de calidad sean universales, sin excluir a nadie (Naciones Unidas., 2015 p. 8)

Metas de ODS involucradas en la investigación (Naciones Unidas., 2015)

De las metas del objetivo 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo

1.4. De aquí a 2030, garantizar que todos los hombres y mujeres, en particular los pobres y los vulnerables, tengan los mismos derechos a los recursos económicos y acceso a los servicios básicos, la propiedad y el control de la tierra y otros bienes, la herencia, los recursos naturales, las nuevas tecnologías apropiadas y los servicios financieros, incluida la micro financiación.

1.5 De aquí a 2030, fomentar la resiliencia de los pobres y las personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y reducir su exposición y vulnerabilidad a los fenómenos extremos relacionados con el clima y otras perturbaciones y desastres económicos, sociales y ambientales.

De las Metas del Objetivo 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.

2.3. De aquí a 2030, duplicar la productividad agrícola y los ingresos de los productores de alimentos en pequeña escala, en particular las mujeres, los pueblos indígenas, los agricultores familiares, los ganaderos y los pescadores, entre otras cosas mediante un acceso seguro y equitativo a las tierras, a otros recursos e insumos de producción y a los conocimientos, los servicios financieros, los mercados y las oportunidades para añadir valor y obtener empleos no agrícolas

De las Metas del Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

3.1. De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

3.2. De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de

5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos

3.3 De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles

3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar

3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

3.7. De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacuna inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

De las metas del Objetivo 5: Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

5.6. Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

De las metas del Objetivo 8: Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y

sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.

8.5. De aquí a 2030, lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todas las mujeres y los hombres, incluidos los jóvenes y las personas con discapacidad, así como la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor.

8.6. De aquí a 2020, reducir considerablemente la proporción de jóvenes que no están empleados y no cursan estudios ni reciben capacitación.

De las metas del objetivo 11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.

11.1 De aquí a 2030, asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales.

11.3 De aquí a 2030, aumentar la urbanización inclusiva y sostenible y la capacidad para la planificación y la gestión participativas, integradas y sostenibles de los asentamientos humanos en todos los países.

11.7 De aquí a 2030, proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en particular para las mujeres y los niños, las personas de edad y las personas con discapacidad.

De las metas del objetivo 13: Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.

13.1 Fortalecer la resiliencia y la capacidad de adaptación a los riesgos relacionados con el clima y los desastres naturales en todos los países

13.3 Mejorar la educación, la sensibilización y la capacidad humana e institucional respecto de la mitigación del cambio climático, la adaptación a él, la reducción de sus efectos y la alerta temprana.

De las metas del objetivo 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas.

16.2 Poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.

De las metas del objetivo 17: Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.

17.17 Fomentar y promover la constitución de alianzas eficaces en las esferas pública, público - privada y de la sociedad civil, aprovechando la experiencia y las estrategias de obtención de recursos de las alianzas.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

IX. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

Se propuso desarrollar una investigación acción participativa con un enfoque cualitativo que parte de su objeto de estudio es la autogestión de grupos y comunidades utilizando la acción para generar conocimiento, por ello se basa en el paradigma socio crítico de la investigación científica. La finalidad de la investigación acción es comprender y resolver problemática específica de una colectividad vinculadas a un ambiente (grupo, programa, organización o comunidad). (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018 p. 552)

De acuerdo con Álvarez-Gayou (2003), tres perspectivas destacan en la investigación acción: (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018 p. 553)

1. La visión técnico científica. Consiste en un conjunto de decisiones en espiral, las cuales se basan en ciclos repetidos de análisis para conceptualizar y redefinir el problema una y otra vez. Así la investigación se integra con fases secuenciales de acción: planificación, identificación de hechos, análisis, implementación y evaluación.
2. La visión deliberativa. Se enfoca principalmente en la interpretación humana, la comunicación interactiva, la deliberación, la negociación y la descripción detallada. John Elliott (1991), propone el concepto de triangulación en la investigación cualitativa.
3. La visión emancipadora. Su objetivo va más allá de resolver problemas o desarrollar mejoras a un proceso, pretende que los participantes generen un profundo cambio social por medio de la investigación. El diseño nos sólo cumple funciones de diagnóstico y producción de conocimiento, sino crear conciencia entre los individuos sobre sus circunstancias sociales y la necesidad de mejorar su calidad de vida.

Stringer (1999), señala que la investigación acción es: (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018)

a. Democrática, puesto que habilita a todos los miembros de un grupo o comunidad a participar.
b. Equitativa, porque las contribuciones de cualquier persona son valoradas y las soluciones incluyen a todo el grupo o comunidad.
c. Liberadora, ya que una de las finalidades reside en combatir la opresión e injusticia social.
d. Detonadora de la mejora de las condiciones de vida de los participantes.

Comunidad seleccionada

El estudio se realizó en la comarca Los Ladinos, se encuentra ubicada en el distrito I de Managua, definida como rural por datos de la Alcaldía de Managua, esta se describirá a detalle en el diagnóstico comunitario.

Métodos y Técnicas de Investigación

Primera Fase:

La primera fase tiene como objetivo realizar un **diagnóstico comunitario participativo**, para identificar problemas de salud de la Comarca Los Ladinos.

Para el diagnostico participativo se hace énfasis en los aspectos físicos, socioeconómicos, sanitarios y medioambientales mediante el apoyo de los estudiantes de Prácticas Médicas Comunitarias de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN – Managua, de tercer año de la carrera de Medicina.

Se utilizaron las técnicas de encuesta, observación participante y entrevistas a pobladores y actores claves; mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: la Historia Familiar

comunitaria del Ministerio de Salud, el mapeo y guía de preguntas.

Se utilizó la encuesta para determinar, a través de Historia de Salud Familiar y Comunitaria (HSFC) los datos sociodemográficos, los determinantes de la salud de la comunidad incluyendo características higiénicas sanitarias y la composición de las familias, se realizó casa a casa encuestando a los jefes de familia.

Con la observación, Morris las describe como «el acto de notificar un fenómeno, a menudo con instrumentos y grabando- las para fines científicos» Es identificar la observación con la recogida sólo visual de los datos, lo cual dista mucho de la realidad. La observación incluye el tacto, los mismos que el olfato y el oído. La observación capta todo lo potencialmente relevante y se sirve de cuantos recursos están a su alcance para lograrlo, desde la visión directa hasta la fotografía, la grabación acústica o filmo grafiada. (Ruiz Olabuénaga, 2013, p. 126).

En esta investigación se hace uso de la observación participante, ya que se forma parte de la dinámica de la comunidad, se documenta a través de fotografías y es como se describe Ruiz Olabuénaga, (2013): El observador social, a diferencia de otros investigadores establece, como condición esencial de su trabajo, el contacto directo e inmediato con los actores sociales. Su trabajo se desarrolla sustancialmente conviviendo con personas que, de forma directa o indirecta, consciente o inconsciente, le suministran la información que él necesita. El observador, con sólo su presencia y, mucho más, con su comportamiento personal, altera la situación social preexistente. Este cambio puede ser mínimo e intrascendente, pero puede ser traumático y modificar substancialmente la convivencia, esto es, el fenómeno mismo objeto de observación. (p. 138)

Se sigue el proceso de observar - cuestionar - anotar - ordenar - sistematizar – reflexionar (p.158), por lo que utilizando la Historia de Salud Familiar y Comunitaria, como los cuadernos de campo de los estudiantes se sistematiza la información para su reflexión.

Otra técnica utilizada es la Entrevista en Profundidad, es para obtener información, mediante una conversación profesional con una o varias personas para un estudio analítico de investigación o para contribuir en los diagnósticos o tratamientos sociales. La entrevista en profundidad implica siempre un proceso de comunicación, en el transcurso del cual, ambos actores, entrevistador y entrevistado, pueden influirse mutuamente, tanto consciente como inconscientemente. (Ruiz Olabuénaga, J. I., 2013, p. 165).

Se realizaron entrevistas dirigidas (Semi - estructurada) en las que el actor lleva la iniciativa de la conversación; pero a su vez se pudieron formular otras preguntas espontaneas a través del objetivo de la entrevista se abordan aspectos sobre la historia de la Comarca Los Ladinos y el funcionamiento de la participación comunitaria a líderes comunitarios van acompañadas de una guía de preguntas.

Luego se realizaron una serie de reuniones con líderes comunitarios y actores sociales en especial personal del puesto de salud Los Ladinos para identificar los problemas de salud y realizar a la priorización de estos.

Segunda Fase

Se elabora un plan de acción con el fortalecimiento de capacidades de autogestión comunitaria, desarrollo humano sostenible y comunidad sostenible.

Se generan acuerdos sobre la identificación conjunta de problemas y soluciones; establecer visiones, agendas y planes compartidos para el trabajo en el territorio; indicadores compartidos de evaluación sobre el territorio con la elaboración de un plan integral con indicadores de evaluación de comunidad sostenible, se identifican los problemas y acciones prioritarias utilizando **análisis causal con los actores locales.**

Mediante este plan de acción se realizan actividades dirigidas a la comunidad con el apoyo en los estudiantes y la participación de los actores locales liderando en trabajo comunitario.

Se establecen indicadores para evaluar el desempeño y se programan actividades para fortalecer las capacidades de la autogestión de proyectos y de desarrollo humano sostenible, este proceso es facilitado por estudiantes y docentes universitarios apoyado con documentos y materiales educativos.

Tercera fase

Para cumplir con la tercera fase de la investigación de implementar un modelo de autogestión comunitaria facilitado por estudiantes y docentes universitarios para desarrollar comunidades sostenibles.

Se establece un plan para el fortalecimiento de la autogestión comunitaria para líderes y actores sociales.

Plan de tabulación y análisis

Al final de recolectar la información se procesan los datos de la Historia de Salud Familiar y Comunitaria con el programa estadístico IBM SSPS Statistic versión 20, resultando tablas y gráficos además para completar el diagnostico se sistematizó información de los cuadernos de campo y fotos de los estudiantes.

Para las entrevistas realizadas se utilizó la grabadora en la cual se recoge las opiniones de los entrevistados que luego se trascribieron para su análisis.

Organización del trabajo de campo

Se realizaron reuniones de trabajo con los actores locales y líderes comunitarios de la Comarca Los Ladinos, para sensibilizar sobre la importancia de la autogestión comunitaria, plantear las actividades y elaborar un cronograma de trabajo para la realización del diagnóstico

comunitario participativo, el plan de acción y el fortalecimiento de capacidades de autogestión comunitaria, desarrollo humano y comunidad sostenible.

Durante la ejecución de la investigación se realizaron encuentros con la población para la consulta en la elaboración y validación de materiales educativos para ser utilizados en el fortalecimiento de capacidades.

Consideraciones éticas

Durante el proceso de investigación se informó y aplicó consentimiento de voluntariedad para participar en el proceso de gestión local, sobre los principios éticos del estudio como el respeto a la persona, de no maleficencia, beneficencia y justicia. Este estudio no implica riesgos a la persona, las opiniones emitidas fueron respetadas la dignidad humana y los aspectos socioculturales de las personas.

Limitantes de la Investigación

El proceso de investigación estuvo limitado desde sus inicios por la Pandemia de COVID 19 con la participación de los pobladores de la comunidad y de la ejecución de las actividades. Para esto se buscó realizar varias reuniones con pocos miembros y utilizando los medios de protección como el uso de mascarilla, al aire libre y el distanciamiento entre personas.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la investigación se describen las tres fases de ejecución, con sus respectivos resultados. En la primera fase de la investigación se elaboró un **diagnóstico comunitario participativo**, para identificar problemas de salud de la Comarca Los Ladinos, realizando previamente la **revisión documental** de:

Plan General sobre Mitigación y prevención ante desastres naturales elaborado por el equipo de conducción política del FSLN de la Comarca, 2019.

Estrategias para el ordenamiento y desarrollo territorial de la comarca Los Ladinos en el año 2014, por estudiantes del departamento de geografía de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN – Managua).

Proyecto de ampliación del Puesto de Salud realizado por estudiantes de la carrera de Ciencias Sociales, 2019.

Ilustración 2. Fotografía en casa del líder comunitario. Revisando Diagnostico Comunitario

Los campesinos de Los Ladinos, trabajo realizado por estudiantes de la carrera de Historia en los años 80, investigación de antropología social.

Además para la actualización de los datos fue utilizada la Historia de Salud Familiar y Comunitaria (instrumento del Ministerio de Salud para evaluar las familias) incluyendo 609 habitantes correspondientes a 142 familias utilizando las técnicas de la encuesta y la observación, obteniendo el documento Preliminar de Diagnóstico Comunitario, el cual fue revisado en 4 sesiones de trabajo con el líder comunitario, el médico del puesto de salud, un representante de los estudiantes de la carrera de Medicina de Prácticas Médicas Comunitarias del área de influencia y docentes de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, quienes en conjunto realizaron aportes y enriquecen el documento final que a continuación se detalla.

RESULTADO I: IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS CON EL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO PARTICIPATIVO

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

Ubicación geográfica

La Comarca de Los Ladinos, se encuentra ubicada al suroeste de la ciudad de Managua, en la micro cuenca D de la zona sur del lago de Managua. Sus límites: al norte con el Colegio Americano (pista suburbana), al sur con la Comarca Las Viudas, al este con la comarca de las Viudas, predios de la UNAN y cerro Mokorón y al oeste con San Isidro de bolas. Está ubicada entre las coordenadas 12° 6' 34” latitud norte y 86° 17' 26" longitud oeste.

Características del ambiente físico

Posee un clima variable de tipo sabana tropical, la temperatura oscila entre 26 y 35 grados centígrados alcanzando la temperatura máxima en los meses de marzo a mayo y la temperatura mínima en noviembre-enero. Se observan estaciones bien diferenciadas, la temporada lluviosa que comprende entre los meses de mayo a noviembre. La precipitación oscila entre 1000mm en la planicie o parte baja dela micro cuenca en estudio, en la parte meridional con una ocurrencia de 1200 mm y 1400mm en la parte alta siendo la media de 1250mm.

Existe una marcada estación seca durante seis meses corridos que van desde noviembre hasta abril (durante esta época el promedio diario de lluvia es de 0 a 3 mm); los otros seis meses que comprenden el año (de mayo a octubre) es el periodo de invierno o lluvioso, siendo los meses de mayor precipitación septiembre y octubre con un promedio diario de lluvias de 200 a 250 mm.

Características medio ambiente biológico

La comarca está ubicada sobre una colina a distancia de 316 metros sobre el nivel del mar, no cuenta con fuentes naturales de agua.

El uso del suelo es fértil, se caracteriza por ser altamente productivo, por encontrarse en la

macro región del pacifico. A pesar de ser suelos muy fértiles, se han localizado muchas laderas donde es necesario hacer obras de conservación de suelo y aguas.

La flora de la comarca se compone de bosque seco tropical y subtropical. En cuanto a fauna no existen especies específicas de la zona solo aves migratorias comunes como palomas, chocoyos y zanates; también hay animales como: ardillas y garrobos.

Servicios básicos

Según datos 2019 – 2020, del Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), el Índice de servicios insuficientes a nivel nacional se redujo en 2.5 puntos porcentuales al ubicarse de 18.7 por ciento en el año 2019 a 16.2 por ciento en el año 2020. La desagregación en urbano y rural indica que el índice de servicios insuficientes fue mayor en el área rural, con un 33.6 por ciento (38.2% en el año 2019) que, en el área urbana, con 4.9 por ciento (ciudad de Managua: 1.2% y resto urbano: 6.5%). En la Comarca Los Ladinos existen servicios insuficientes en agua potable, alcantarillado y disposición de la basura, lo que se menciona a continuación.

Agua potable: los habitantes cuentan con los servicios básicos de abastecimiento de agua potable con tuberías, lo cual facilita el acceso de agua, según la HSFC el 98.6% de las viviendas referían abastecimiento de agua domiciliar, pero los habitantes han expresado una problemática respecto a este servicio, ya que no les llega regularmente el vital líquido importante para las actividades del hogar y su salud, solamente las zonas más cercanas a la calle principal cuentan con el servicio de agua regular. El líder comunitario refiere un acuerdo establecido con ENACAL, en el abastecimiento por sectores tres días a la semana por cada sector, también explica las gestiones realizadas para la construcción de un pozo por ENACAL.

Energía eléctrica: se cuenta con el servicio de energía eléctrica según datos de la encuesta el 100% de la población, cuenta con el sistema de electricidad para la realización de sus diferentes

actividades cotidianas. También se encuentran algunas luminarias a lo largo de la calle principal.

Saneamiento: en la Comarca no se dispone el servicio de disposición de aguas negras por parte de ENACAL, sólo las viviendas de la calle principal tienen sumideros, el resto de casas especialmente las más alejadas de la calle principal evacuan sus aguas servidas en los caminos de tierra (35.2%). Las aguas pluviales causan estragos en el pavimento y los caminos de tierra. También hay familias que riegan estas aguas en sus patios (60.6%), también se observó canales que van hacia los caminos.

Con respecto al depósito de excretas, el 31% de las viviendas encuestadas tienen letrinas y el 69% están conectadas a sumideros en su mayoría ubicados dentro de las casas.

Recolección de la basura: la mayoría de población quema la basura de las viviendas (53.5%) debido a que el camión recolector solo pasa por la calle principal y no llega a los callejones ni las partes más alejadas de la comunidad (37.3%). Se evidenciado la presencia de vertederos de basura ilegales a las orillas del camino y muy frecuentemente en frente del Puesto de Salud San Lorenzo y el en el Centro deportivo de La Cancha.

Ilustración 3. Fotografía muestra la llegada del camión recolector de basura por calle principal.

Telecomunicaciones: la comarca cuenta con servicio telefónico y satelital. Además, brinda servicio servicios de red inalámbrica con las empresas Tigo y Claro.

La mayoría de los jefes de familias encuestados refieren sentirse satisfechos con sus necesidades básicas (83.8%), a pesar de la insuficiente abastecimiento de agua, disposición de la basura y servicio de alcantarillado público; este sentimiento de satisfacción puede ser a las costumbres de

esta comunidad, los mismos pobladores refieren que antes debían buscar el agua en un barrio cercano y llevarla a su casa para suplir las necesidad y esto era costoso, ahora se dispone del agua aunque de forma irregular.

Tabla 3. Servicios básicos de los habitantes de la Comarca Los Ladinos. I Semestre 2020

n= 142

Disposición Servicios Básicos	Frecuencia	Porcentaje
Abastecimiento de agua		
Domiciliar	140	98.6
Pipa	2	1.4
Electricidad		
Cuenta con servicio eléctrico	142	100
Depósito de excretas		
Letrina	44	31.0
Inodoro conectado a sumidero	98	69.0
Depósito de basura		
Quema	76	53.5
Camión recolector	53	37.3
Entierra	13	9.2
Depósitos de residuos líquidos		
Calle	50	35.2
Patio	86	60.6
Pozo séptico	2	1.4
Cauce/zanja	4	2.8
Satisfacción de necesidades básicas		
Si	119	83.8
No	23	16.2

Fuente: Encuesta de la Historia de Salud Familiar y Comunitaria del Ministerio de salud.

Instituciones en la comunidad

Infraestructura vial: La principal vía de acceso de la Comarca es la calle principal, esta inicia en el Colegio El Ramal y finaliza hasta el Puesto de Salud San Lorenzo que equivale aproximadamente a un kilómetro de calle asfaltada en línea recta; esta es la única vía de acceso asfaltada y las demás vías son caminos de tierra y piedra que no son viables para vehículos, solo se tiene acceso a ellas caminando en cualquier época del año.

La población no cuenta con transporte colectivo dentro de la zona, tiene que caminar hasta la terminal de la ruta 111 y 168 que está a 2 kilómetros aproximadamente, corresponde a unos 15 a 30 minutos desde el Puesto de Salud San Lorenzo al acceso del transporte colectivo.

Ilustración 4. Fotografía de los caminos poco accesibles y la disposición de basura al lado del sendero

Se cuenta con transporte como las motos taxis pero no entran a los lugares de la Comarca, por lo que en su mayoría para su movilización tanto interno y externo del área transita a pie. Los servicios de taxis son otro medio de transporte, pero no se utilizan con mucha frecuencia; algunos lugareños poseen vehículos particulares.

Servicios de salud: existe un puesto de salud de atención pública llamado Puesto de salud San Lorenzo, dispone de una cartera básicas de atención primaria en salud como: atención al niño y la mujer (Planificación familiar, atención prenatal, toma de PAP, problemas básicos ginecológicos, vigilancia del crecimiento y desarrollo en los niños, vacunación, atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia), atención a personas con enfermedades crónicas no complicadas y la morbilidad en general a la población que demande atención médica o de enfermería, se brinda servicio a la población las 8 horas del día, el personal de salud a cargo de la atención consta de un ESAFC (Equipo de Salud Familiar y Comunitario) compuesto por: médico

Ilustración 5. Fotografía del Puesto de Salud San Lorenzo Los Ladinos

general y una médica en servicio social y dos licenciadas en enfermería.

En Nicaragua el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) tiene como objetivo la atención en el Puesto de Salud como en la comunidad según el grupo dispensarial, priorizando la atención del grupo III o IV que tienen dificultades para la movilización.

Con respecto al lugar en donde los habitantes acuden a su asistencia sanitaria, en las HSFC, se determinó que el 78.1 % no acudieron a ningún centro en el últimos seis meses puede ser que a este grupo pertenecen las personas del grupo dispensarial I y II (personas relativamente sanas y personas con algún factor de riesgo), el 16.1 % lo hicieron en el puesto de salud San Lorenzo y el resto 5.8 % en otros centros hospitalarios; según el médico responsable de la zona generalmente acuden a atención más habitantes pero con la Pandemia de Covid 19, se han disminuido las consultas médicas por el temor al contagio; además se realizó una orientación de las autoridades superiores de brindar atención médica domiciliaria a los pacientes crónicos y garantizarles su atención y medicamentos en casa.

Con la HSFC, se estableció el grado de dispensarización (GD) de las personas determinando en GD I en personas relativamente sanas a 440 (72.2%), en GD II, con factores de riesgo 35 (5.7%) prevaleciendo como factor de riesgo la pobreza, GD III, enfermas a 119 (19.5%) encontrando personas con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (30.8%), diabetes mellitus II (18.3%), enfermedades renales (8.9%) y GD IV a 15 (2.5%) con alguna discapacidad. Además refirieron como las causas de atención médica otras enfermedades como el resfriado común, infección de vías urinarias, enfermedades diarreicas agudas incluidas dentro del 23% de las atenciones médicas referidas por la población. La medicina tradicional fue utilizada en el 73.4% de las familias usan y el 26.6% no usan la medicina tradicional.

En la Comarca existe una clínica privada para la atención odontológica, atiende las 8 horas al

día, pero no es concurrida por el precio de la consulta, muy pocos habitantes de la zona acuden a esta clínica en este tipo de atención lo realizan en el Centro de Salud Roberto Herrera que es la sede y centro de referencia de este puesto de salud.

Tabla 4. Asistencia sanitaria del Ministerio de Salud de los habitantes de la comunidad Los Ladinos. I Semestre 2020

Asistencia sanitaria	Frecuencia	Porcentaje
Lugar de la asistencia sanitaria		**n= 609**
Ninguna visita en los últimos 6 meses	473	78.1
Puesto de Salud San Lorenzo	98	16.1
Hospital Monte España	25	4.1
Hospital Roberto Calderón	4	0.7
Clínicas privadas	2	0.3
Otros	4	0.7
Factores de riesgo		**n= 609**
Ninguno	440	72.2
Pobreza	71	11.7
Discapacidad	15	2.5
Complicaciones en embarazo anteriores	4	0.7
Hábitos tóxicos	7	1.1
Otros	72	11.8
Enfermedades		**n= 169**
HTA u otras Enfermedades cardiacas	52	30.8
Otras enfermedades	39	23.0
Diabetes	31	18.3
Enfermedades renales	15	8.9
Enfermedades gastrointestinales	9	5.3
Enfermedades respiratorias	6	3.6
Alergias	6	3.6
Enfermedades osteomioarticulares	4	2.4
Obesidad	4	2.4
Cáncer	3	1.7
Grado de Dispensarización		
GD I: Supuestamente Sana	440	72.2
GD II: Con riesgos	35	5.7
GD III: Enfermas	119	19.5
GD IV: Discapacitados	15	2.5
Uso de Medicina Tradicional		
Si	124	73.4
No	45	26.6

Fuente: Encuesta de la Historia de Salud Familiar y Comunitaria del Ministerio de salud.

Indicadores de salud

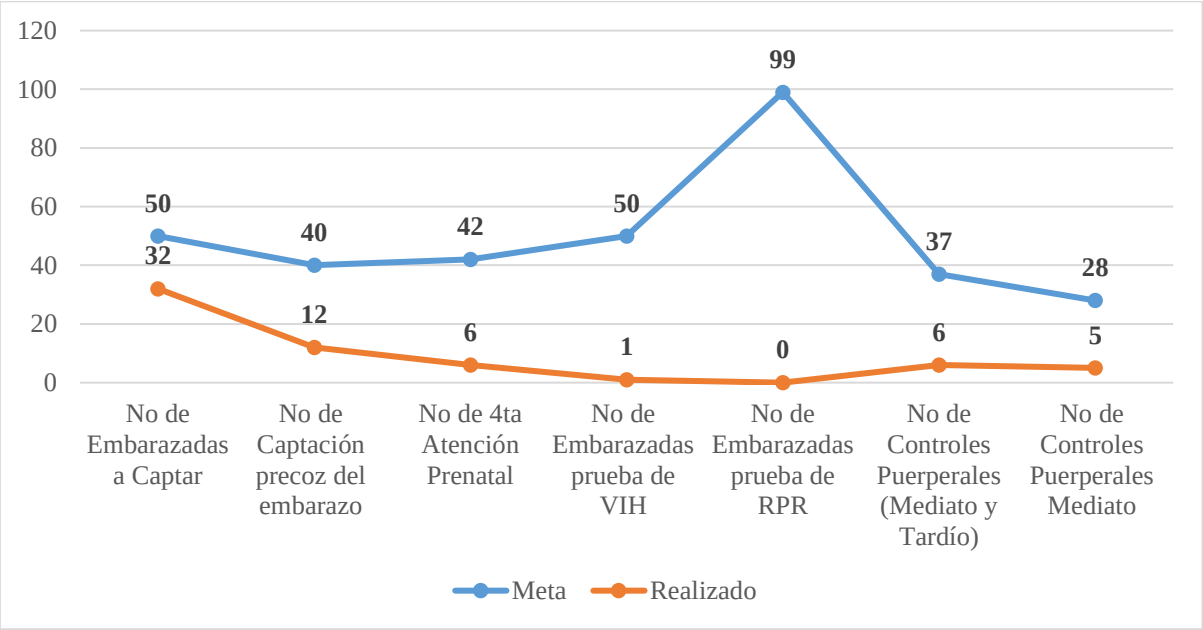
El Ministerio de Salud de Nicaragua ha definido 54 indicadores en salud con el fin de controlar y dar seguimiento a los resultados, en el marco del Sistema Nacional de Planificación, Inversiones, Presupuesto y Cooperación, el seguimiento es visto como instrumento que permite generar información y conocimiento para la toma oportuna y apropiada de decisiones del Presidente de la República y el Gabinete de Gobierno. Así el Ministerio de Salud da seguimiento y análisis articulado de la ejecución de las metas contenidas en los Planes Institucionales

El Sistema de Información para el Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional (SIGRUN), administrado desde la Dirección General de Planificación de la Secretaría de la Presidencia de la República, como un sistema gerencial con el cual se da seguimiento al cumplimiento de las metas de Gobierno expresadas en los Planes Institucionales, con estos sistemas se elaboran informes mensuales identificando alertas tempranas sobre las metas o proyectos que tienen brechas de cumplimiento. Para estas alertas se definen medidas que permitan superar las dificultades, las que son sujetas de seguimiento semanal.

En el caso del Puesto médico, se recopila información de la producción de servicios de salud del año 2020 con sus metas planteadas para este sector. A continuación se detallan los programas.

Programas de salud materna: con respecto a las atenciones dirigidas a la embarazada según cifras del Puesto de Salud San Lorenzo, el comportamiento de indicadores básicos en general todos están por debajo de lo planificado, más aún indicadores como la realización de la prueba RPR son significativos para la prevención de la Sifilis congénita y la realización de la prueba rápida para la detección en VIH con el fin de lograr la eliminación de la transmisión vertical del VIH. Las embrazadas no continúan su seguimiento de las atenciones prenatales así las embarazadas captadas no logran llegar a su 4ta atención prenatal y tampoco acuden a su seguimiento post natal.

Gráfico 2.
Indicadores maternos del puesto de salud de la Comarca Los Ladinos. 2020



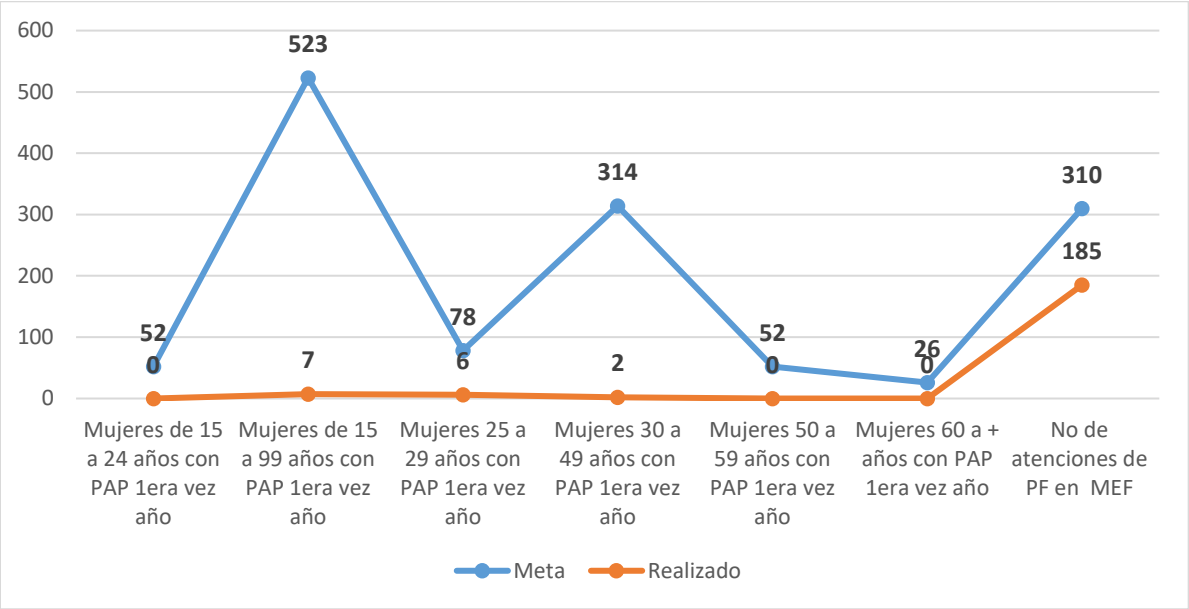
Nota: Elaborado por la autora con datos de estadística del Policlínico Roberto Herrera.

Salud de la mujer: se ha definido como elemento importante de la salud en las mujeres e indicador de equidad y acceso a la salud: la toma de papanicolaou para la prevención de cáncer cervicouterino y la planificación familiar, la meta es calculada con respecto a la población de mujeres en edad fértil, todos estos indicadores están muy por debajo de la meta y algunos de ellos están en cero, las mujeres de ningún grupo etario acuden al puesto para la realización del Papanicolaou, aspecto a tomar en cuenta en el plan de acción comunitario.

Según la normativa del Ministerio de Salud, la toma de citología cervico uterina debe realizarse en el esquema 1-1-1-3, (anual consecutiva por tres años y luego continua cada tres años de la última); significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año y luego una tercera citología para eliminar los posibles falsos negativos, si esta tercera citología es normal se debe situar a la usuaria para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo. (Ministerio de Salud, 2006, p. 28 -29)

Gráfico 3.

Indicadores de Salud de las mujeres del puesto de salud de la Comarca Los Ladinos, 2020



Nota: Realizado por la autora con datos de estadística del Policlínico Roberto Herrera. Meta calculada en toma de PAP mujeres de 15 a 24 años 10% población para este grupo de edad, 15 a 99 años 40% de población para este grupo de edad, 25 a 29 años 15% de la población para este grupo de edad, mujeres de 30 a 49 años el 60% de población para este grupo de edad, en mujeres de 50 a 59% años el 10% de población para este grupo de edad y para el grupo de mujeres de 60 a más el 5% de población para este grupo de edad.

Salud infantil: La Política Nacional para la Primera Infancia, se implementa para la restitución de todos los derechos para todas las niñas y niños nicaragüenses menores de 6 años, es una estrategia de prevención para garantizar los derechos a servicios de estimulación adecuada, educación, nutrición, salud y cuidados de los niños y niñas desde el embarazo hasta los seis años. Es un Programa de cobertura nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud. MIFAMILIA (Ministerio de la Familia) y MINED (Ministerio de Educación).

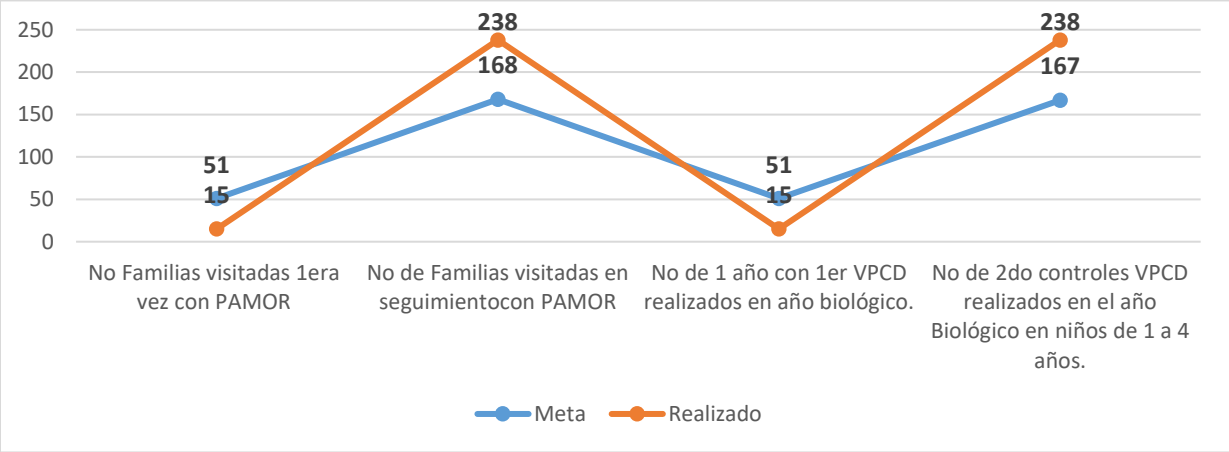
La Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) para los niños y niñas menores de 6 años, se realiza en el marco del Programa AMOR para los más chiquitos y chiquitas impulsado como programa emblemático del Gobierno.

En el puesto de salud, el cumplimiento de la meta propuesta está limitada en las visitas de primera vez tanto para el Programa AMOR como en el control del primera vez de VPCD, no así

con respecto al cumplimiento del seguimiento de PAMOR y los segundos controles de VPCD en los niños de 1 a 4 años con un cumplimiento de 142%.

Gráfico 4.

Indicadores de salud infantil del puesto de salud en la Comarca Los Ladinos. 2020.

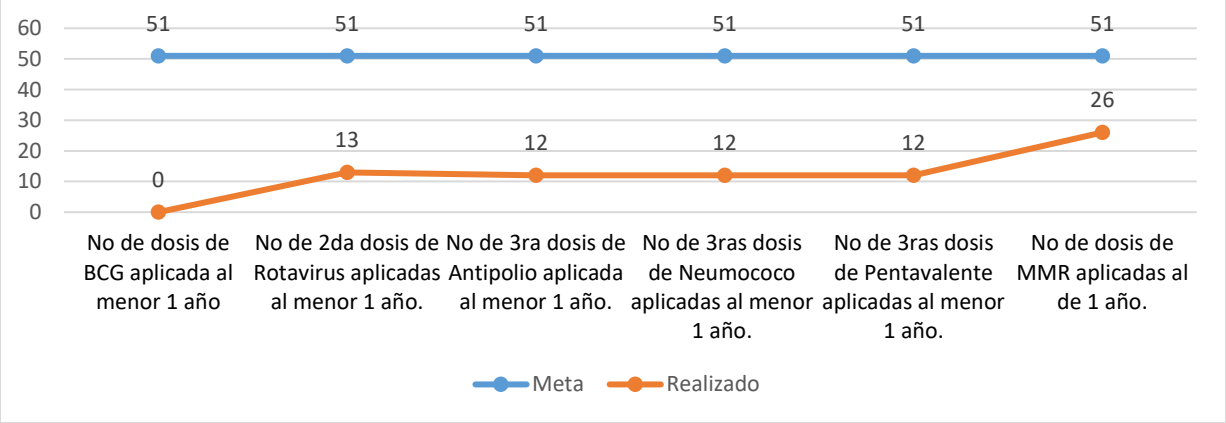


Nota: Elaborado por la autora con datos de estadística del Policlínico Roberto Herrera.

Con respecto a las inmunizaciones en la aplicación de todas las vacunas: BCG, rotavirus, antipolio, neumococo, pentavalente en el menor de 1 año están por debajo de la meta; en el caso de la BCG está se aplica a los niños cuando nacen en el Hospital, por ello está información no llega al Puesto de Salud, para retroalimentar el sistema de información, en el resto de vacunas su cumplimiento se encuentra en el 24% en rotavirus, anti polio, neumococo y pentavalente y 51% para MMR, este es un indicador importante en la salud infantil. Ver gráfico 5.

Gráfico 5.

Aplicación de vacunas de enfermedades inmunoprevenibles, Comarca Los Ladinos. 2020

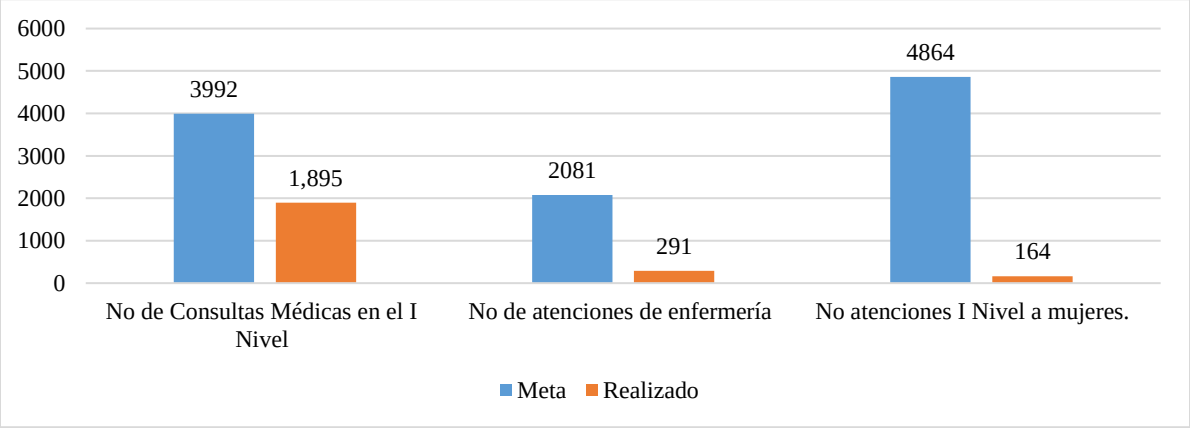


Nota: Elaborado por la autora con datos de estadística del Policlínico Roberto Herrera.

Atenciones integrales de salud: la meta de consultas médicas brindadas en el primer nivel de atención primaria está por debajo, con un cumplimiento de un 47% y de atenciones previstas para mujeres sólo llega al 3%; las atenciones de enfermería con el 14% de cumplimiento. La pandemia afecto este indicador, los pobladores por miedo a enfermarse o contagiarse al estar expuesto en el puesto de salud, no acudían a consultas.

Gráfico 6.

Atenciones médicas y enfermería del puesto de salud en la Comarca Los Ladinos. 2020.

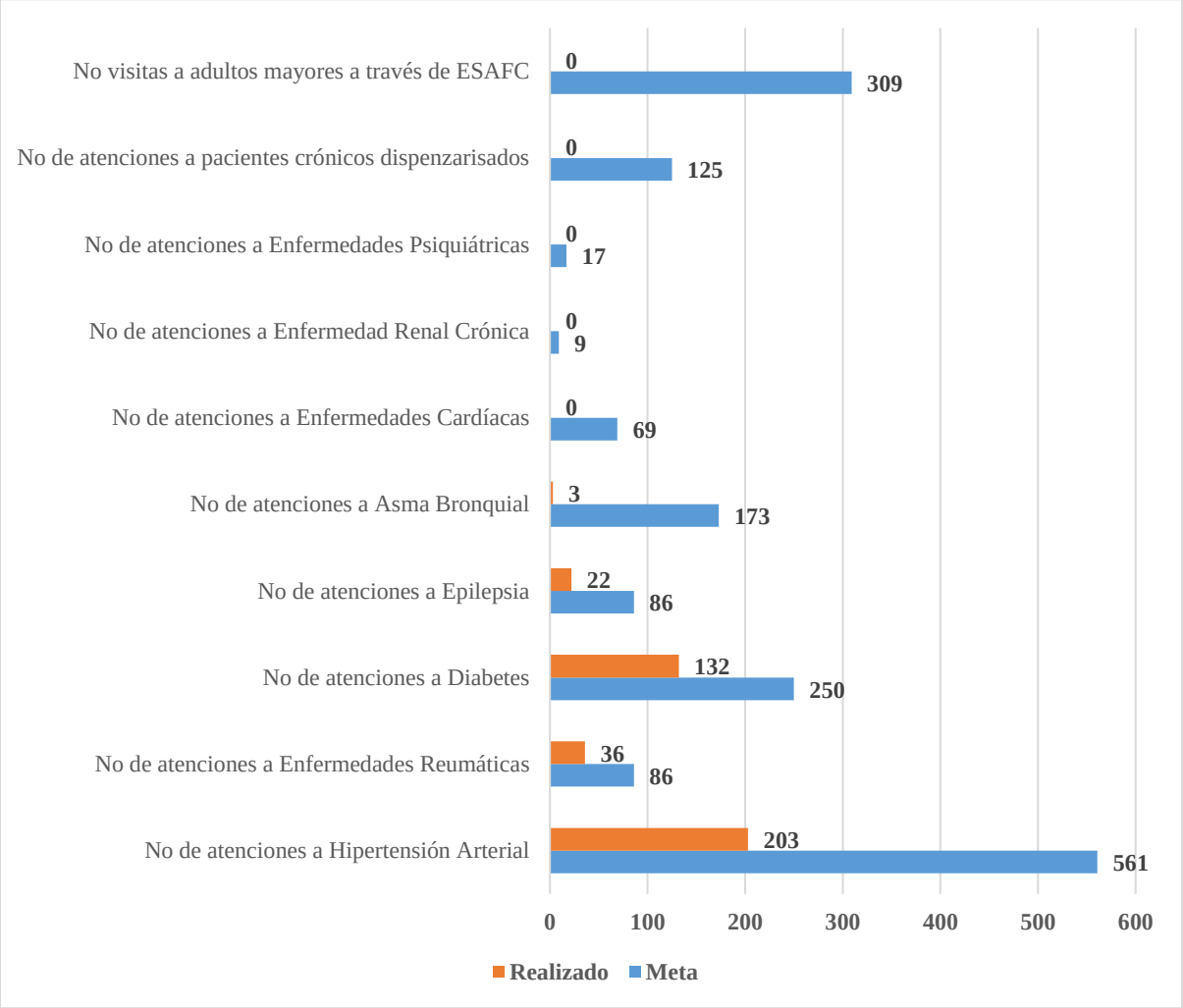


Nota: Elaborado por la autora con datos de estadística del Policlínico Roberto Herrera.

Respecto a las atenciones realizadas a personas con enfermedades crónicas durante el año 2020, el cumplimiento es muy pobre, propiciado por la Pandemia del Covid 19, debido a que no acudía a sus consultas médicas y se orientó la entrega domiciliaria de sus medicamentos. Esta actividad fue apoyada por miembros de los Gabinetes del Poder Ciudadano.

No se reportaron atenciones dirigidas a pacientes con enfermedades psiquiátricas, enfermedades renal crónica y enfermedades cardiacas; tampoco se registraron las atenciones de pacientes crónicos dispensarizados, ni visitas a los adultos mayores a través de los Equipos de Salud Familiar y Comunitarios (ESAFC). No se programaron Ferias de Salud, ni atenciones médicas en estas.

Gráfico 7.
Atenciones médicas a crónicos en la Comarca Los Ladinos. 2020.



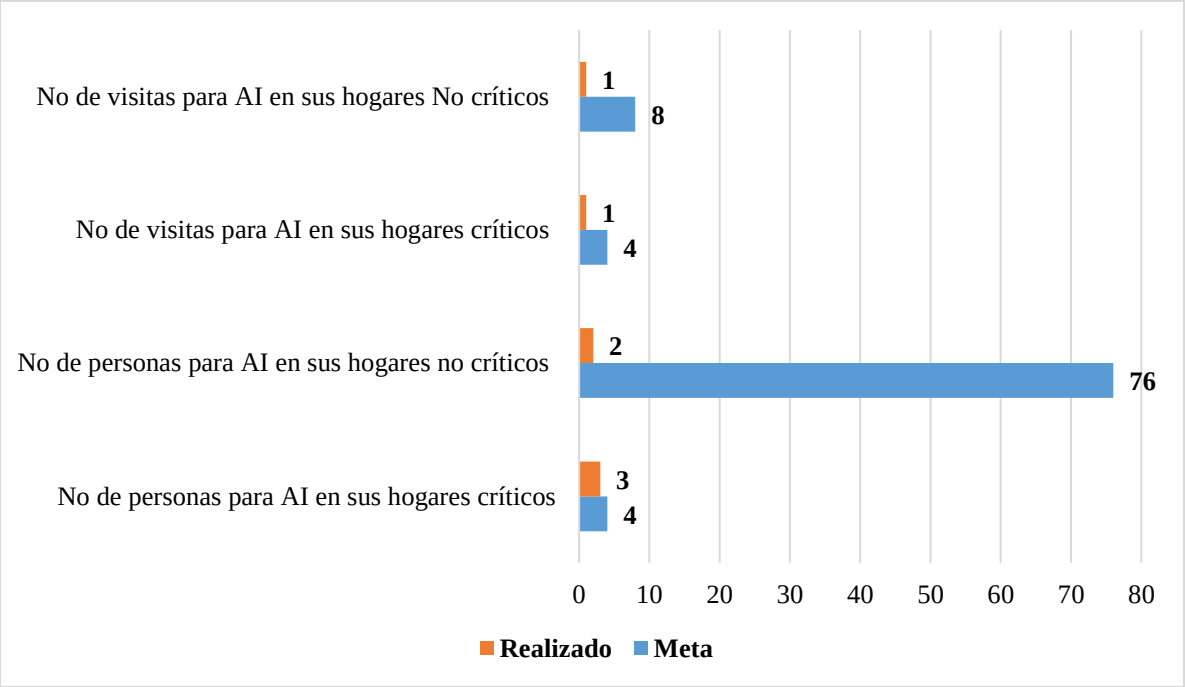
Nota: Elaborado por la autora con datos de estadística del Policlínico Roberto Herrera.

Programa Todos con voz (TCV): es un programa emblemático del Gobierno para la restitución de los derechos humanos de las personas con discapacidad en los aspectos laborales, económicos, sanitarios y educación.

El Ministerio de salud realiza acciones desde el modelo de familia y comunidad, en este programa se clasifica la atención integral (AI) a personas en sus hogares con situación crítica y no crítica; de igual forma se valora las visitas domiciliares para la atención integral con situación crítica y no crítica, no hay cumplimiento de la meta en ninguno de estos indicadores, solamente en

las personas para atención integral en sus hogares con situación crítica llegó al cumplimiento del 75%, es importante su cumplimento porque son personas con discapacidad con dificultades para la movilización con necesidades de atención integral en salud.

Gráfico 8.
Atenciones integrales realizadas a personas del programa TCV en la Comarca Los Ladinos. 2020.



Nota: Elaborado por la autora con datos de estadística del Policlínico Roberto Herrera.

Acciones educativas en salud: se planificó charlas educativas realizadas en su domicilio a personas con necesidades especiales dirigido al envejecimiento saludable, además del funcionamiento de un círculo de adolescentes organizado y funcionando; la capacitación de promotores en promoción de la salud y prevención de conductas de riesgo; todas estas acciones no se realizaron durante el año 2020.

Aspectos higiénicos sanitarios de las viviendas: las condiciones higiénicas sanitarias de una población está influenciada por las características de la vivienda, determinando la presencia de enfermedades y vectores transmisores de enfermedades. Las características de las viviendas en

Los Ladinos predomina el piso de ladrillo 48.6%, embaldosado o de concreto en un 34.5% y de tierra 11.3%; el techo de zinc 91.5% y las paredes en un 50.0% son de cemento, concreto o piedra. Esta comarca tiene características de viviendas rurales, con construcciones similares y casas con terrenos familiares, así los hijos con sus familias y los nietos construyen sus casas dentro del mismo terreno de los Padres.

Ilustración 6. Fotografía de una vivienda.

El hacinamiento está presente en un 21.1% de las viviendas por ser terrenos de familias según datos HSFC.

Utilizan el gas butano y la leña para cocinar predominantemente, muchas veces ambas formas, por lo que es frecuente la exposición al humo, sumando la quema de basura.

Con estas características rurales es común la presencia de animales domésticos y de granja, el 80.3% de las viviendas tiene animales domésticos, presentan una cultura sanitaria de un 52.1% buena, 41.5% es regular y 4.2% mala.

La tenencia de la tierra en su mayoría son tierras o viviendas propias, 2.8% alquilan una casa;

estrechamente relacionado a la fuerte presencia familiar de la Comarca y que ha continuado a lo largo de los años en esta zona, muchos de ellos son parientes, siendo una fortaleza en la zona por los lazos de sangre que los unen, aunque se manifiestan ciertas rencillas entre las familias, como el litigio que existe por la propiedad del único camino que existe en el acceso a la comarca, misma causa está en los juzgados de Managua, para su declaración del terreno como propiedad pública.

Tabla 5. Aspectos higiénicos sanitarios de la vivienda de los habitantes de la Comarca Los Ladinos. I Semestre 2020

n= 142

Características de la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Piso		
Ladrillo	69	48.6
Embaldosado o concreto	49	34.5
Tierra	16	11.3
Otros materiales	8	5.6
Techo		
Zinc	130	91.5
Lamina de Plycem o Nicalit	3	2.1
Teja de barro o cemento	1	0.7
Otros materiales	8	5.6
Paredes		
Bloque de cemento, concreto o piedra	71	50.0
Concreto y madera (minifalda)	41	28.9
Madera	8	5.6
Ladrillo o bloque de barro	2	1.4
Caña o palma	2	1.4
Otros materiales	18	12.7
Combustible para cocinar		
Gas butano	127	89.4
Leña	58	40.8
Carbón	2	1.4
Eléctrica	14	9.9
Hacinamiento		
Si	30	21.1
No	112	78.9
Presencia de animales domésticos		
Si	114	80.3
No	28	19.7
Tipo de animal doméstico		
Perro	45	31.7
Gatos	7	4.9
2 a 4 mascotas	19	13.4

5 a más mascotas	6	4.2
Cultura Sanitaria		
Buena	74	52.1
Regular	59	41.5
Mala	9	6.3
Tenencia de la vivienda		
Alquilada	4	2.8
Propia	125	88.0
De un familiar	13	9.2

Fuente: Historia de Salud Familiar y Comunitaria

Con respecto a los factores medio ambientales, el 73.9% están en riesgo de accidentes naturales, propios de la geografía del lugar ya que se encuentra en una zona elevada de la capital sobre el cerro Mokorón, además de identificaron en el 2.1% a riesgos meteorológicos y el 1.4% a riesgos de origen social.

En la comarca predominan los riesgos de accidentes por causas naturales, con predisposición a enfermedades por la presencia de vectores debido a la deficiente disposición de la basura a los lados de los caminos; hay poca presencia de aguas servidas. En las casas hay exposición al ruido y al humo; con problemas de ventilación e iluminación dentro de las casas.

Tabla 6. Factores medio ambientales de las familias de los habitantes de la Comarca Los Ladinos. I Semestre 2020

n= 149

Factores medio ambientales	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo de accidentes		
Natural	105	73.9
Meteorológico	3	2.1
Biológico	7	4.9
Social	2	1.4
Ninguno	25	17.6
Exposición al ruido	48	33.8
Exposición a la ventilación	53	37.3
Vectores	99	69.7
Iluminación	45	31.7
Exposición al humo	79	55.6
Presencia de aguas servidas	46	32.4

Fuente: Historia de Salud Familiar y Comunitaria

Educación formal

La Comarca consta con un centro educativo “Ramales Los Ladinos” donde solamente se imparte la modalidad de educación primaria y preescolar en el turno matutino, existe un censo de 68 alumnos en esta escuela primaria. Los estudiantes egresados de la educación primaria continúan su educación secundaria en el Colegio Guardabarranco ubicado en la Colonia Miguel Bonilla, en modalidad de turno vespertino.

En datos registrados en la encuesta de la HSFC, en la Comarca predomina los que alcanzaron el bachillerato en 20.4%, la primaria terminada 12.8%, la secundaria sin terminar 15.4% y la primaria sin terminar 12.8%, tomando en cuenta que existe un 28.6% que actualmente están estudiando y refirieron como ocupación estudiante; existe solo el 11% con el grado de licenciatura.

Actividad económica

La principal actividad económica de la comarca son los trabajos por cuenta propia el 25.5% población económicamente activa, otros trabajan en los centros de la ciudad y pocos habitantes realizan labores agrícolas entre los principales rubros de producción tenemos el maíz, así solo los que poseen abundante terreno dependen fundamentalmente de la agricultura. Referente a la actividad ganadera no constituye una fuente principal de trabajo ya que no existe crianza bovina solo en algunos tienen crianza porcina y avícola sólo para el consumo familiar.

En estudios realizados se han encontrado que el 63.8% de jefes de familia tienen ingreso no agrícola bastante común en las poblaciones rurales de la comarca dado que la capital es el mercado laboral más grande del país, muchos trabajan por cuenta propia como albañiles, fontaneros, choferes, profesores; hay importante número de mujeres que se declaran como amas de casa 20.5%. La actividad económica se ha visto afectada por la pandemia del Covid, como la mayoría trabajan por cuenta propia se han cancelado gran parte de estos.

Tabla 7. Aspectos sociales de los habitantes de la Comarca Los Ladinos. I Semestre 2020

n= 609

Aspectos sociales	Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad		
Menores de 5 años sin escolaridad	32	5.3
Analfabeta	8	1.3
Preescolar	40	6.6
Primaria sin terminar	78	12.8
Primaria terminada	117	19.2
Secundaria sin terminar	94	15.4
Bachillerato	124	20.4
Técnico	6	1.0
Universitario sin terminar	43	7.1
Licenciatura	67	11.0
Religión		
Católico	427	70.1
Evangélico	137	22.5
Otras religiones	26	4.3
Ninguna	19	3.1
Ocupación		
Menores de 5 años	37	6.1
Estudiante	174	28.6
Otros trabajos	155	25.5
Ama de casa	125	20.5
Chofer	25	4.1
Obrero	22	3.6
Jubilación	21	3.4
Comerciante	20	3.3
Profesor	10	1.6
Empleado domestico	9	1.5
Costurera	6	1.0
Periodista	5	0.8

Fuente: Historia de Salud Familiar y Comunitaria

Religión

La religión predominante es la católica en 70.1% en la comarca existe una iglesia católica es una capilla abierta los días domingos y entre semanas cuando hay celebraciones grandes de esta Iglesia; también existe la presencia de la religión evangélica en 22.5%, según lo observado y lo referido en la comunidad se encuentran 3 iglesias evangélicas a las cuales acuden sus fieles cuando son convocados por el Pastor para su culto.

Turismo

La comunidad de Los Ladinos no cuenta con centros turísticos, hay un motel en la entrada.

Cultura y Mitos

Por sus características culturales son familias de carácter matriarcal ya que principalmente la cabeza de familia es la mujer, desde tiempos memoriales las mujeres han sido dueñas de las tierras, es por esta razón que con el pasar del tiempo se han vendido expandiendo sobre la propiedad.

Los mitos que predominan en la zona son los que están presentes en la idiosincrasia del nicaragüense, cuentos e historias que pasan de generación en generación y mediante la expresión oral que pasa de padre a hijo. Dentro de los más destacados que aseguran los comunitarios encontramos: La llorona, El cadejo, La carreta nagua y El hombre del sombrero.

Caracterización de las familias

Con respecto al tamaño de la familia, el 30 (21.1%) son grandes (más de 6 miembros), 44 (31%) es mediana (entre 4 a 6 miembros) y 68 (47.9%) es pequeña (de 1 a 3 miembros). En la ontogénesis familiar 116 (81.7%) es nuclear, 14 (9.9%) es extensa, 12 (8.5%) es mixta. Respecto al ciclo vital de la familia, 85 (59.9%) están en formación, 37 (26.1%) en extensión, 15 (10.6%) en contracción, y 5 (3.5%) en disolución.

El predominio de la familia pequeña tiene relación su ontogénesis principalmente nuclear y la forma de vida, por la construcción de su cuarto o casa pequeña dentro del territorio familiar, también se relaciona con la etapa del ciclo vital que se encuentran en formación y la crisis normativa presente del matrimonio y para normativa de incremento.

Tabla 8. Características de las familias de los habitantes de la Comarca Los Ladinos. I Semestre 2020

Características de las familias	Frecuencia	Porcentaje
Tamaño de la familia		n= 142
Grande	30	21.1
Mediana	44	31.0

Pequeña	68	47.9
Ontogénesis familiar		
Nuclear	116	81.7
Extensa	14	9.9
Mixta	12	8.5
Etapa del ciclo vital de la familia		
Formación	85	59.9
Extensión	37	26.1
Contracción	15	10.6
Disolución	5	3.5
Crisis Normativas		
Matrimonio	57	40.1
Embarazo	13	9.2
Nacimiento del primer hijo	20	14.1
Entrada del primer hijo a una institución infantil	23	16.2
Jubilación	29	20.4
Crisis Paranormativas		
Por incremento	53	37.3
Por Desmembramiento	13	9.2
Por Desmoralización	8	5.6
Por Desorganización	9	6.3
Por crisis mixtas	34	23.9

Fuente: Historia de Salud Familiar y Comunitaria 2020

Aspectos de participación comunitaria

La organización comunitaria en la Comarca Los Ladinos está liderada por el secretario político de la comarca, quién es el máximo representante, él mismo es apoyado por tres grupos específicos; parteras, comité de liderazgo Sandinista (CLS) y brigadistas; todos desempeñan papeles importantes son respetados por los pobladores.

Líderes del Comité de Liderazgo Sandinista, según algunos pobladores lo describen como una persona íntegra, respetable y responsable. Actualmente, según comenta Don Hilario “Le gustaría que se capacitará a los tres subgrupo antes mencionados sobre el COVID-19 ya que él considera un tema de importancia saber manejar información apropiada, objetiva y verdadera del tema”. Igualmente habló sobre la época de invierno “Es imprescindible llevar a cabo una jornada de limpieza, al igual que empezar a la brevedad posible charlas sobre las enfermedades de la época como lo son las enfermedades transmitidas por vectores”.

Entre otros planes, debido a la situación de salud actual, comentaban que se planeaba realizar una feria de salud en la cual se informe a la población sobre las medidas necesarias y protocolo que se realizan para el COVID-19 y donde se trate de enfocar en la población en peligro como lo son los diabéticos, hipertensos, mujeres embarazadas y personas de la tercera edad, el entrevistado replanteó la visita control con los crónicos, y así mismo expresó total apoyo para la organización de cualquier actividad que podemos realizar en conjunto con el puesto de salud.

Durante la entrevista al líder comunitario refiere que: “Los planes vienen a solventar las necesidades de la población en dependencia a la situación actual”. Al igual el resto de planes o proyectos que tienen planteados son para resolver las problemáticas de agua, limpieza, calles, etc.

La participación comunitaria ha venido decayendo a lo largo de estos años, según comenta el líder que las personas del barrio antes colaboraban más en los proyectos y actividades que organizaban, pero que últimamente esta participación ha venido disminuyendo. Aunque se tiene planeada la mayor participación ciudadana pero la situación de salud actual por la Pandemia ve limitada está por el momento una mayor participación de la población.

De parte de la población, comentan su interés por el mejoramiento del puesto de salud ubicado en el barrio.

La población, en términos de participación, solo se encuentran nada más proponiendo problemáticas, más no intentan resolverlas o involucrarse en las actividades de estas.

Resultados de la Encuesta de opinión

En una encuesta realizada a la población sobre ¿Cómo percibe usted que es la salud en esta comunidad? 13 jefes de familias manifestaron que la salud en la comunidad Los Ladinos es muy buena, pocas personas padecen de enfermedades crónicas. Sin embargo, 4 jefes de familias califican en regular la salud en dicha comunidad sin querer brindar sus razones.

Cuando se preguntó sobre ¿Qué cosas se pueden mejorar?, refirieron las siguientes opiniones:

- Mejor abastecimiento de los medicamentos ya que en ocasiones tienen que trasladarse a hacia otro puesto en busca de ello
- La infraestructura del lugar, poner bancas donde el paciente pueda esperar su turno
- Mantener una higiene de la zona aledaña a las instalaciones del puesto médico (servicios higiénicos)
- Poner mínimo a dos doctores que estén brindando la atención a la población, ya que en momentos al centro se encuentra saturado ya que solo una persona es la que está brindando la atención
- El servicio de agua potable que es indispensable para mantener una buena salud, ya que al carecer de este recurso vital la salud se ve afectada en problemas diarreicos debido a que la mayoría no tiene como pagar los 800 córdobas que cuesta que entren a dejarles agua potable, costo que se paga cada 12 días por algunas personas de esta zona.
- Donación de paquetes alimentarios ya que en esta comunidad hay familias que son de muy escasos recursos
- Una de las familias nos describió que una de las mejoras seria elaborar una carta al SILAIS para solicitar un cambio de médico para una mejor atención a la comunidad.

¿Ha sido atendido alguna vez en el puesto de salud San Lorenzo?, ¿Cómo se sintió?

De las 16 familias una de ellas nos explicó: “La atención por parte del doctor es muy buena pero que la enfermera no tiene modos para tratar a los pacientes y no le gusta dar medicamentos por ciertos dolores”

Dos de las familias entrevistadas no acuden al centro de salud ya que tienen seguro médico en otro hospital y ahí van cada vez que presentan alguna enfermedad y ahí mismo retiran su

medicamento, el resto de las personas se siente satisfechos con la atención que les brindan en dicho puesto médico.

¿Le gustaría ser parte de la solución de estos problemas?

En conclusión de las 18 familias: 10 de ellas no le gustarían participar en ningún tipo de actividad con el fin de tratar de brindar alguna mejoría ante estas necesidades, tres de ellos nos refirieron que no podían por cuestión de tiempo. Así, ocho familias dieron una respuesta positiva, amplia disposición a participar en cualquier actividad referente a la resolución de dichos problemas en busca de un fin positivo para toda la comunidad brindando los números telefónicos para cualquier actividad se les pueda citar.

I. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS EN SALUD

Para la identificación de problemas de salud se realizaron 2 sesiones con el líder comunitario aún con las limitaciones en la concentración de personas en locales y el temor por la pandemia del Covid 19 estaba restringido; en las sesiones participaron el médico del puesto de salud, un estudiante, dos docentes de prácticas médicas comunitarias y un líder comunitario se identificó mediante el debate y el consenso los siguientes problemas a partir del diagnóstico comunitario:

1. Problemas de disposición de la basura y aguas servidas.
2. Problemas de abastecimiento de agua.
3. Inasistencia a los programas de salud materno infantil.
4. Insuficientes acciones educativas sobre Covid 19 y alimentación saludable.
5. Infraestructura insuficiente del puesto de salud.
6. Insuficientes Papanicolaou en mujeres en edad fértil.
7. Poca cobertura en los programas emblemáticos de PAMOR y TCV.
8. Insuficiente seguimiento a los pacientes con enfermedades crónicas.

En resumen, se elabora tres **diagramas de causa y efecto** o **diagrama de Ishikawa**:

1. Problemas de disposición de la basura y aguas servidas.
2. Problemas de abastecimiento de agua potable.
3. Falta de seguimiento a las acciones de salud en población priorizadas. (mujeres, niños y adultos mayores)

Ilustración 7

ANALISIS CAUSAL DEL PROBLEMA DE DISPOSICIÓN DE LA BASURA Y AGUAS SERVIDAS

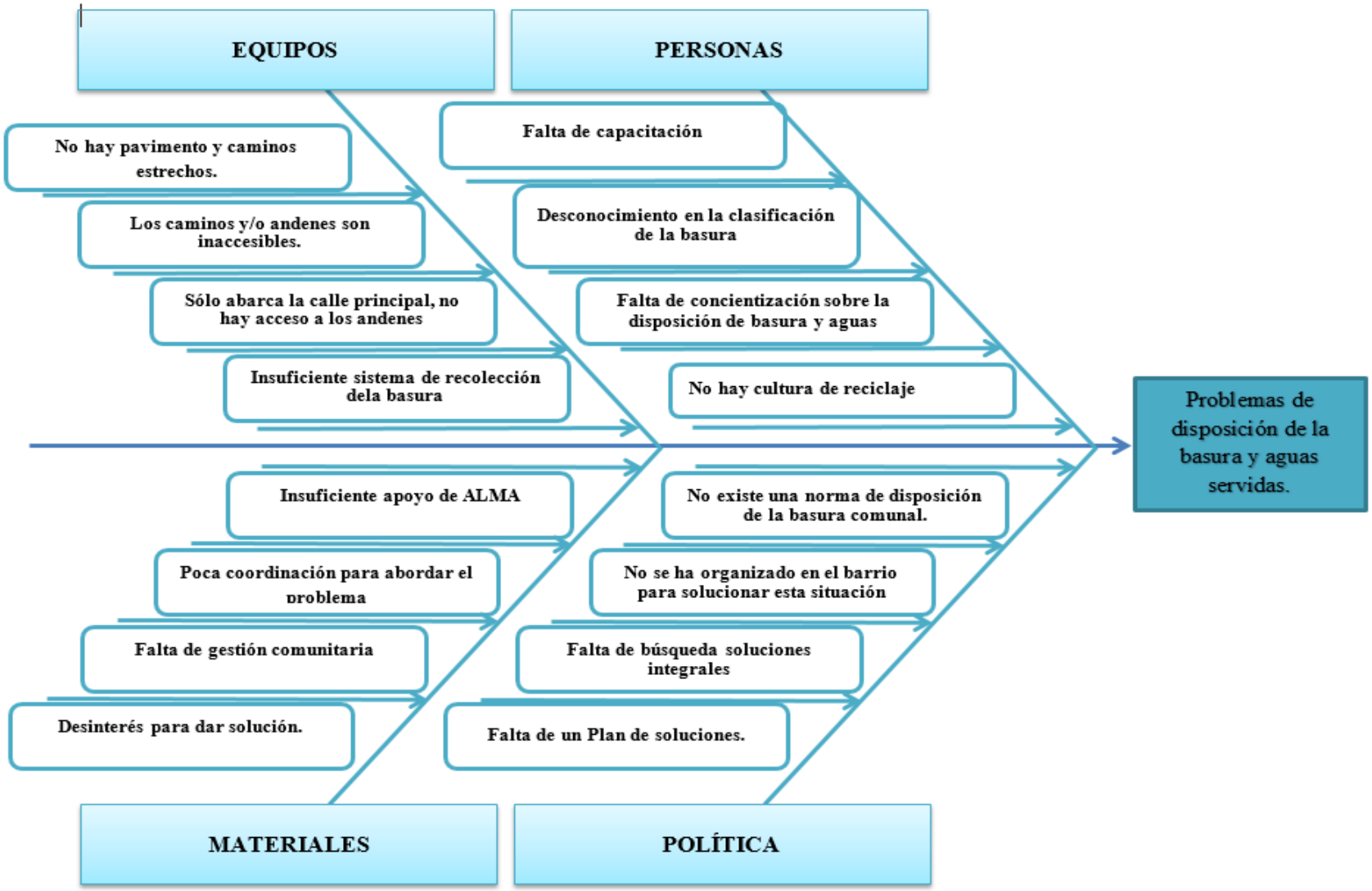


Ilustración 8

ANALISIS CAUSAL DEL PROBLEMA DE ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE

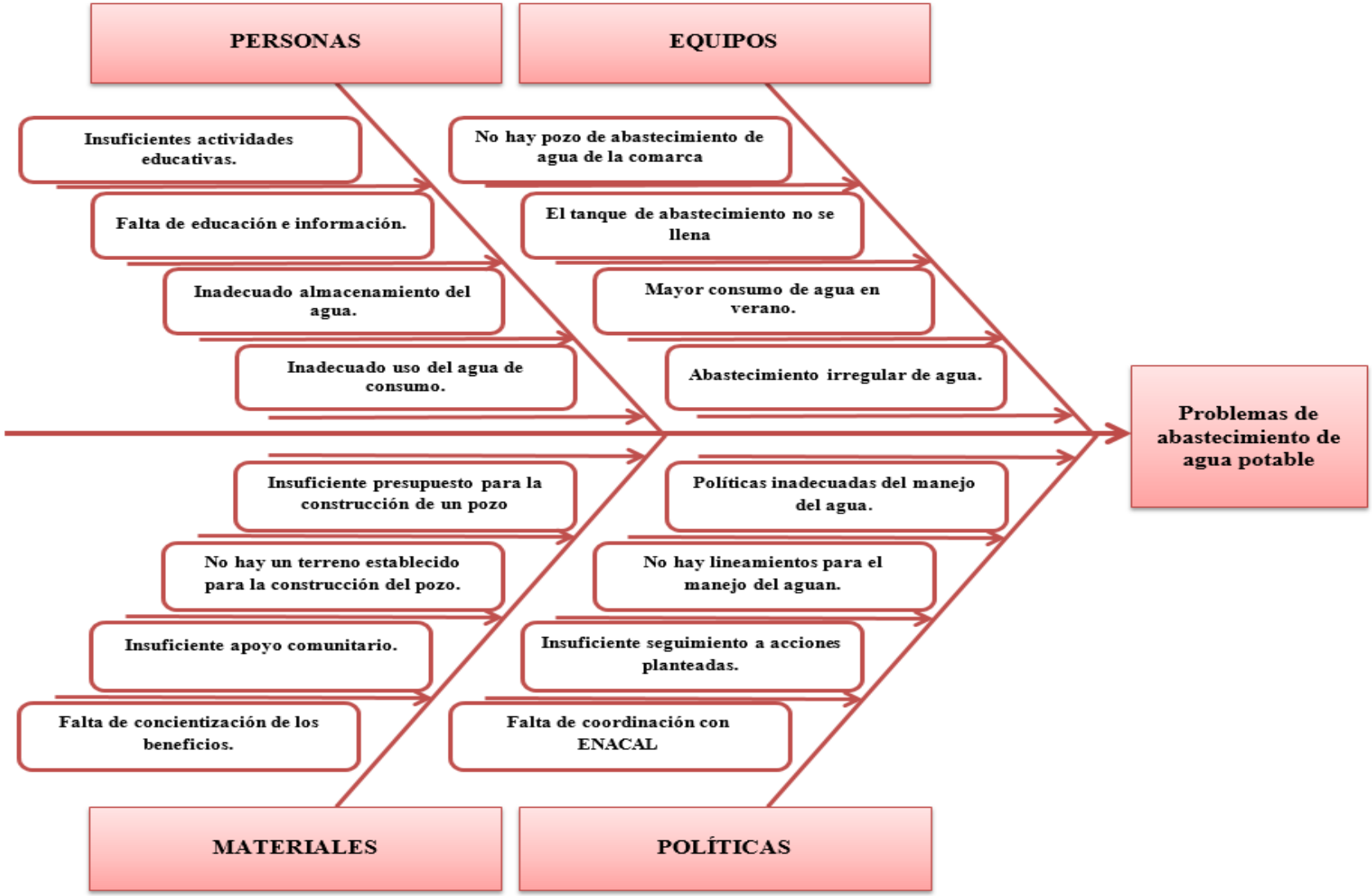


Ilustración 9

ANALISIS CAUSAL DE FALTA DE SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES EN SALUD

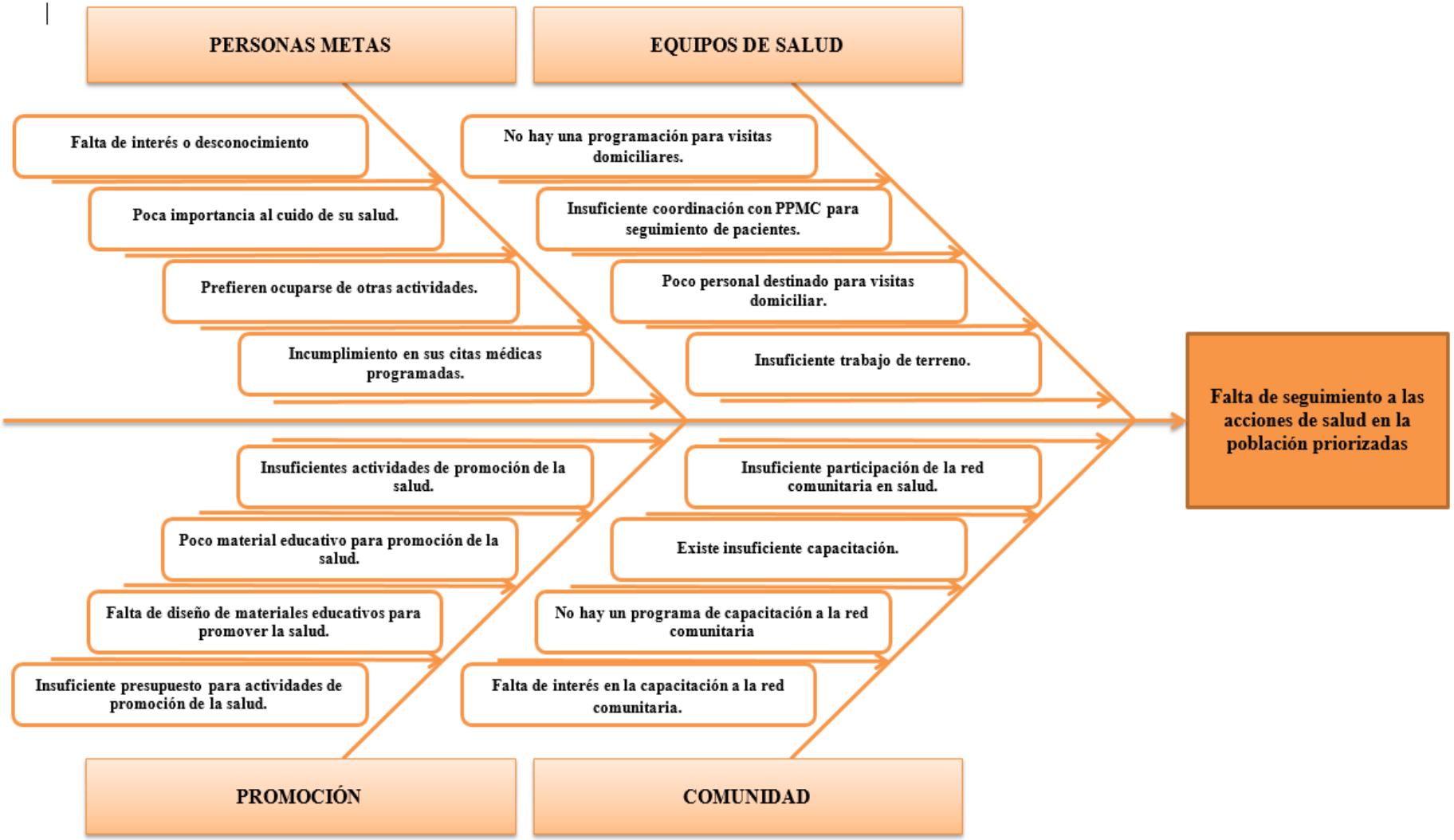


Tabla 9. Causas fundamentales

Problemas	**Causas fundamentales**	**Acciones prioritarias**
Problemas de disposición de la basura y aguas servidas.	No hay cultura de reciclaje	Sensibilización a la población sobre manejo de la basura y aguas servidas
	Insuficiente sistema de disposición de la basura y drenaje	Mejoramiento del sistema de disposición de la basura y drenaje de aguas servidas.
		Coordinaciones con ALMA y ENACAL para evaluar alternativas de solución.
	No existe una norma comunal de disposición de la basura y drenaje	Creación de comité de agua potable y saneamiento para establecer lineamientos para la disposición de la basura y las aguas servidas
Problemas de abastecimiento de agua potable.	Abastecimiento irregular de agua.	Reuniones de coordinación con ENACAL Creación de proyecto para abastecimiento de agua.
	Inadecuado uso del agua.	Concientización a la población del buen manejo del agua
	Falta de capacitación a promotores en temas de medio ambiente	Capacitación a promotores.
Falta de seguimiento a las acciones de salud en la población priorizadas. (mujeres, niños y adultos mayores)	Insuficiente participación de la red comunitaria	Realización de un mapeo de actores comunitarios. Convocatoria para promotoría comunitaria. Capacitación a promotores. Plan de seguimiento a promotores.
	Insuficientes actividades de promoción de la salud.	Realizar Ferias de Salud para informar sobre cartera de servicios. Campaña sobre Salud sexual y reproductiva. Charlas educativas. Elaboración de mural de salud. Tamizaje visual a escolares. Promover la Estrategia de Escuela Saludable
	Insuficiente trabajo de terreno.	Visitas domiciliares en la búsqueda de programas priorizados. Seguimiento a las familias de los grupos priorizados.

RESULTADO II: PLAN DE ACCIÓN COMUNITARIA

El plan de acción comunitario fue elaborado con la participación de líderes comunitarios, docentes de prácticas médicas comunitarias, representante estudiantil, responsables de la escuela y el puesto de salud Los Ladinos. En estas reuniones se realizaron con limitaciones por la Pandemia del Covid 19 afectó una mayor participación de miembros de la comunidad.

Se propusieron actividades a partir de las causas fundamentales del diagrama causa – efecto (espina de pescado); colocando las causas y los porqués de estas según las categorías que se definieron. Ver en anexo el Plan de acción establecido, del Plan de acción comunitario se está ejecución parcial.

Ilustración 10. Fotografía de las reuniones para establecer el análisis causal y Plan de acción comunitario

Tabla 10. Plan de acción comunitaria

Objetivo 1: Promover ambientes saludables en la comunidad con el buen manejo de la basura y las aguas servidas.
Resultado 1.1: El 30% de la población de la comarca sensibilizada en el manejo de los desechos y las formas de eliminación de aguas servidas.

Objetivo	Actividades	Responsable	Cronograma																																									
			Febrero			Marzo				Abril			Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Dic.	
			2da	3er	4ta	1era	2da	3er	4ta	2da	3er	4ta	1er	2da	3er	4ta	1er	2da	3er	4ta	1er	2da	3er	4ta	1er	2da	3ra	4ta	1er	2da	3ra	4ta	1er	2da	3ra	4ta	1er	2da	3ra	4ta	1era	2da
1.1.1 Sensibilizar a la población sobre manejo de la basura y aguas servidas	Elaboración y reproducción de material educativo	Estudiantes y docentes de PPMC		X	x	x																																						
	Charlas casa a casa	Estudiantes PPMC y líderes					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
	Entrega de material educativo.	Estudiantes PPMC y líder comunitario					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
	Elaboración de murales	Docentes y estudiantes PPMC										x	x																															
	Jornada de limpieza.	Comunidad/PPMC								x																																		
	Feria de demostración sobre el reciclaje.	Docentes de PPMC														x	x																											
	Marcha con escolares en el Día de la Tierra.	Escuela y estudiantes/ PPMC								x																																		
	Presentación del concurso de Mi hogar y escuela limpia.	Escuela y estudiantes/ PPMC																								x																		
	Premiación del concurso Mi hogar limpio y Escuela Limpia.	Escuela y estudiantes/ PPMC																										x																
	Plan de capacitación a 15 promotores.	Estudiantes y docentes de PPMC																											x															
	Ejecución de capacitación a promotores.	Docentes y estudiantes PPMC							x																					x	x	x												
Resultado 1.2: Mejorado el sistema de disposición de la basura y las aguas servidas.																																												
1.2.1. Mejorar el sistema de disposición de la basura y drenaje de aguas servidas.	Demostraciones sobre drenaje de aguas servidas casa a casa.	PPMC/Líderes comunitarios															x	x	x																									
	Establecimiento de áreas para disposición de basura con ALMA.	ALMA y líderes comunitarios																								x																		
	Colocar basureros en áreas verdes y la escuela.	Líderes y PPMC																												x														
	Minimizar la cantidad de desechos sólidos.	Escuela /Puesto Médico y Líderes																							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		

	Establecer un sistema de recolección de desechos alternativo.	Líderes comunitario y PPMC																														x											
Resultado 1.3: Establecidas las coordinaciones con ALMA y ENACAL.																																											
1.3.1. Coordinar con ALMA y ENACAL para evaluar alternativas de solución.	Reuniones de planificación	ALMA, ENACAL, Líderes		x																																							
	Coordinaciones con ALMA y ENACAL	ALMA, ENACAL, Líderes						x				x				x					x				x				x				x				x							
	Organización de un plan de mejoramiento a largo plazo para el drenaje de aguas servidas y disposición de la basura.	ALMA, ENACAL, Líderes comunitarios																											x														
Resultado 1.4: Elaborada una normativa comunal sobre la disposición de desechos sólidos y aguas servidas.																																											
1.4.1. Elaborar normativa comunal para la disposición de la basura y las aguas servidas.	Creación de comité de agua y saneamiento de la comunidad.	Líderes comunitarios																							x																		
	Establecimiento del funcionamiento del comité.	Líderes comunitarios																								x																	
	Plan de trabajo del comité de agua y saneamiento de la comunidad.	Líderes comunitarios																									x																
	Realización de un proceso de consulta sobre la elaboración de la normativa.	Líderes comunitarios																										x	x	x													
	Elaboración de normativa con participación de representantes por familias	Líderes comunitarios																													x	x	x										
	Consulta de la normativa preliminar	Líderes comunitarios																																x	x	x							
	Divulgación del documento.	Líderes comunitarios																																			x						

Objetivo 2: Promover abastecimiento y consumo responsable del agua potable.
Resultado 2.1: El 30% de la población de la comarca sensibilizada en el manejo del agua.

Objetivo	Actividades	Responsable	Cronograma																																									
			Febrero			Marzo				Abril			Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			Octubre				Noviembre				Dic		
			2d	3er	4ta	1er	2d	3er	4ta	2da	3er	4ta	1er	2da	3er	4ta	1er	2da	3er	4ta	1er	2da	3er	4ta	1er	2da	3er	4ta	1er	2da	3ra	4t	1er	2da	3ra	4t	1er	2da	3ra	4ta	1er	2d
2.1.1. Concientizar a la población sobre manejo del agua.	Elaboración y reproducción de material educativo	Estudiantes y docentes de PPMC		X	x	x																																						
	Charlas casa a casa	Estudiantes PPMC/ líderes					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																								
	Entrega de material educativo.	Estudiantes PPMC y líder					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																								
	Elaboración de mural.	Docentes y estudiantes PPMC										x	x																															
	Marcha con escolares en el Día de la Tierra.	Escuela y estudiantes/ PPMC								x																																		
	Colocar dispensadores de agua potable en la escuela.	Escuela y estudiantes/ PPMC																		x																								
	Entrega de agua embotellada para consumo del Centro escolar.	Escuela y estudiantes/ PPMC																																										
	Realización de huerto escolar.	Escuela/ PPMC							x																																			
Resultado 2.2: 15 promotores capacitados en aprovechamiento de agua.																																												
2.1.2. Capacitar a 15 promotores.	Plan de capacitación a promotores	Estudiantes y docentes de PPMC																											x															
	Ejecución de capacitación a promotores.	Docentes y estudiantes PPMC																												x	x	x	x											
Resultado 2.3: Proyecto de abastecimiento de agua elaborado.																																												
2.1.3. Coordinar con ALMA y ENACAL para evaluar alternativas de solución.	Reuniones de coordinación con ENACAL	ALMA, ENACAL, Líderes																			x				x				x				x				x							
	Creación de proyecto para abastecimiento de agua.	ALMA, ENACAL, Líderes comunitarios																															x											
	Establecimiento de un Plan de abastecimiento.	ALMA, ENACAL, Líderes.																							x																			

Objetivo 3: Brindar seguimento a las acciones de salud en los grupos prioritarios.																																													
Resultado 1: 20 promotores de salud capacitados.																																													
Objetivo	Actividades	Responsable	Cronograma																																										
			Febrero			Marzo				Abril			Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre	
			2da	3era	4ta	1era	2da	3era	4ta	2da	3era	4ta	1era	2da	3era	4ta	1era	2da	3era	4ta	1era	2da	3ra	4ta	1era	2da	3ra	4ta	1era	2da	3ra	4ta	1era	2da	3ra	4ta	1era	2da	3ra	4ta	1era	2da
1.1. Promover la participación comunitaria en las acciones de salud.	Realizar un mapeo de actores comunitarios.	Médico P/S, Estudiantes PPMC y líder comunitario																							x	x	x																	
	Convocatoria para promotoría comunitaria.	Médico P/S, Estudiantes PPMC y líder comunitario																										x	x	x	x													
	Capacitación a promotores.	Médico P/S, Estudiantes PPMC y líder comunitario																														x	x	x	x	x								
	Plan de seguimiento a promotores.	Médico P/S, Estudiantes PPMC y líder comunitario																																				x					
Resultado 2: Mejorados los indicadores de salud en los grupos prioritarios.																																													
1.2. Realizar actividades de promoción de la salud	Realización de Ferias de Salud para informar sobre cartera de servicios.	Médico P/S, Estudiantes PPMC y líder comunitario																x																					x				
	Realización de una Campaña educativa de Salud sexual y reproductiva.	Médico P/S, Estudiantes PPMC y líder comunitario																x																					x				
	Charlas educativas en salud.	Médico P/S, Estudiantes PPMC y líder comunitario					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Mural educativo en el Puesto de salud de toma de Papanicolau.	Médico P/S, Estudiantes PPMC y líder comunitario									x						x				x								x					x									
	Realización de tamizaje visual en la escuela	Médico P/S, Estudiantes PPMC y líder comunitario														x																											
	Promover la estrategía de Escuela saludable.	Médico P/S, Estudiantes PPMC y líder comunitario																								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						
Resultado 2: 80% de las visitas domiciliares realizadas a los grupos prioritarios.																																													
1.3. Dar seguimiento domiciliar a los grupos prioritarios.	Elaborar un plan de visitas domiciliares de grupos prioritarios.	Médico P/S, Estudiantes PPMC y líder comunitario																						x																			
	Establecer un cronograma de visitas.	Médico P/S, Estudiantes PPMC y líder comunitario																							x																		
	Realizar visitas domiciliares en la búsqueda de programas priorizados.	Médico P/S, Estudiantes PPMC y líder comunitario																								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
	Seguimiento a las familias de grupos priorizados.	Médico P/S, Estudiantes PPMC y líder comunitario																											x				x				x			x			

RESULTADO III: EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN COMUNITARIA

PLAN DE MANEJO DE LA BASURA Y LAS AGUAS SERVIDAS

Objetivo 1: Promover ambientes saludables en la comunidad con el buen manejo de la basura y las aguas servidas.

Resultado 1.1: El 30% de la población de la comarca sensibilizada en el manejo de los desechos y las formas de eliminación de aguas servidas.

De las 11 actividades planteadas en el Plan de acción comunitaria, se han realizado 6 actividades el 55% de la ejecución, siendo las siguientes actividades:

Elaboración y reproducción de material educativo sobre la disposición de la basura y aguas servidas, la entrega de material a la población, la elaboración de murales en el puesto de salud, escuela, pulpería e Iglesias presentes en la comunidad; una jornada de limpieza, la Feria de demostración del reciclaje y participación de Marcha de los escolares en el día de la Tierra.

Queda pendiente la ejecución del Concurso Mi hogar limpio y Mi escuela limpia; también el Plan y ejecución de la capacitación a 15 promotores en temas de medio ambiente.

Estas actividades promoverán la sensibilización de la población en reciclaje y la circularidad del sistema económico, proponiendo como meta cambios de patrón de comportamiento en niños y jóvenes llegando a los hogares través de las escuelas, planteando principalmente la capacitación de jóvenes ambientalistas. Además de las visitas casa a casa realizadas para llegar a las amas de casa.

Reiner Hernández et al., presenta el modelo de salud Cubano promueve la participación comunitaria a través de la organización comunitaria, con protagonismo de la población en la identificación de problemas y su resolución entre todos; en esta Comarca se logra establecer un Plan de acción a través de este mismo camino, impulsado por la presencia de docentes y estudiantes

universitarios aprovechando la estructura política y el modelos de salud familiar comunitario donde se involucran todos para el mejoramiento de las condiciones de vida.

Según Reiner, en Cuba la labor comunitaria impulsada por el médico y enfermera de familia tiene una importancia social, mientras que en Nicaragua aun cuando su modelo es muy parecido está poco desarrollado este vínculo con la familia.

Resultado 1.2: Mejorado el sistema de disposición de la basura y las aguas servidas.

Del total de 5 actividades se realizaron 2 actividades (40%), no se han ejecutado el establecimiento de las áreas de disposición de la basura y de un sistema alternativo de recolección de basura y el minimizar la cantidad de basura y drenaje de las aguas servidas; estas actividades están programadas hasta en el segundo semestre 2021.

Resultado 1.3: Establecidas las coordinaciones con ALMA y ENACAL.

De las tres actividades planteadas solo una ejecutó, se estableció una primera reunión de coordinación con Alcaldía de Managua (ALMA) y Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados Sanitarios (ENACAL). Todavía pendiente el establecer la periodicidad de las reuniones y la elaboración de un plan de mejoramiento a largo plazo para el drenaje de aguas servidas.

Resultado 1.4: Elaborada una normativa comunal sobre la disposición de desechos sólidos y aguas servidas.

En este resultado, las actividades planteadas como la creación del comité de agua potable y saneamiento, tiene su base legal en el Art. 2, Ley No 722, especial de comités de agua potable y saneamiento (CAPS), aprobada el 19 de Mayo del 2010, publicada en La Gaceta Diario Oficial No. 111 del 14 de Junio del 2010, se refiere a las características de los CAPS; se reconoce la existencia de los Comités de Agua Potable y Saneamiento, como organizaciones comunitarias sin

fines de lucro e integrados por personas naturales electas democráticamente por la comunidad, como instrumentos que contribuyen al desarrollo económico y social, a la democracia participativa y la justicia social de la nación, creando, en este caso, las condiciones necesarias para garantizar el acceso al agua potable y el saneamiento a la población en general, con la finalidad de ejecutar acciones que contribuyen a la Gestión Integrada del Recurso Hídrico (GIRH). Es obligación del Estado garantizar y fomentar su promoción y desarrollo. Así por ley existe un mandato a formar los CAPS, será necesario organizarse en la comunidad y elaborar la normativa comunal. Según la Ley 722, los CAPS se regirán por los siguientes principios:

a) Voluntariedad, como decisión ciudadana con el claro y firme propósito de participar voluntariamente en la auto gestión social comunitaria del agua.

b) Universalidad, como garantía de la participación comunitaria en igualdad de condiciones sin distinción, ni discriminación por motivo de raza, de sexo, edad, etnias, religión, condición social, política, u otras razones que pudiesen limitar el derecho a participar en la autogestión social comunitaria del agua.

c) Equidad, en la participación social comunitaria para la gestión integrada del agua, proporcionando a todos los pobladores los instrumentos para su involucramiento en un plano de igualdad, con el objetivo de mejorar la condición y calidad de vida de los pobladores en general.

d) Pluralidad, reconocimiento de la diversidad de valores, opiniones y prácticas de vivencia comunitaria, incluyendo el respeto a las mismas por parte de las autoridades locales, regionales y nacionales en la autogestión comunitaria del agua.

e) Solidaridad en la autogestión social comunitaria del agua que se fundamenta en los intereses superiores de la sociedad, a través del actuar comunitario en procura del bien común y más allá de los intereses particulares.

f) Respeto y defensa de su autonomía e independencia, que implica el desenvolvimiento cotidiano de los CAPS como expresión organizativa comunitaria, con criterio propio y en el marco de sus derechos y obligaciones, de conformidad con el ordenamiento jurídico nacional.

Esta actividad está en progreso con un mayor desarrollo para el segundo semestre del año, concluyendo con la divulgación de la normativa como meta.

Los tres resultados promueven el Objetivo de Desarrollo Sostenible No 6, señalados el 6.2 Lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones de vulnerabilidad; 6.3 Mejorar la calidad del agua reduciendo la contaminación, eliminando el vertimiento y minimizando la emisión de productos químicos y materiales peligrosos, reduciendo a la mitad el porcentaje de aguas residuales sin tratar y aumentando considerablemente el reciclado y la reutilización sin riesgos a nivel mundial.

Objetivo 2: Promover abastecimiento y consumo responsable del agua potable.

Resultado 2.1: El 30% de la población de la comarca sensibilizada en el manejo del agua.

En este resultado se plantearon 8 actividades, de las cuales 6 (75%) de las actividades se realizaron con la sensibilización en el manejo del agua, se está trabajando principalmente en la escuela educando mediante charla educativa, se elaboró una maqueta para explicar el manejo del agua y en la Marcha de los escolares en el día de la Tierra se abordó la sensibilización del significado del cuido de la Tierra y el manejo responsable del agua. Además, se proporcionó como donación de parte de los estudiantes de tercer año de la carrera de Medicina botellas de agua de 3 litros, para el consumo de la comunidad educativa.

Resultado 2.2: 15 promotores capacitados en temas de medio ambiente.

El plan de capacitación y su ejecución será realizado en el segundo semestre del año 2021, para

abordar los temas de medio ambiente y manejo del agua. Estos promotores serán de utilidad para continuar con la sensibilización de la población y realizar acciones para contribuir a un ambiente saludable en la comunidad.

Resultado 2.3: Proyecto de abastecimiento de agua elaborado.

Si inició con las reuniones de coordinación con ENACAL, actualmente se trabaja en un proyecto conjunto para la construcción de un pozo dentro de la comunidad, uno miembro de la comunidad donará el terreno donde se ubicará el pozo, en paralelo se realizó un censo de habitantes para determinar el consumo por persona de agua y determinar el tamaño del tanque. Está en progreso este proyecto.

Hay que tomar en cuenta la experiencia de autogestión estudiada por Caicedo Ramírez & Liceth, en 2014 para el acceso al servicio público domiciliario de acueducto en el Barrio Punta del Este, partiendo que los habitantes, encuentran soluciones a problemáticas y necesidades presentes en su comunidad, creando relaciones de cooperación y de solidaridad entre diversos actores e instituciones privadas, públicas y de cooperación internacional. También se debe promover dentro de la Comarca Los Ladinos, estas relaciones de cooperación aún más aprovechando los lazos familiares presentes dentro de los miembros de la comarca, con el fin de contribuir al acceso del agua potable y su buen uso.

Al igual que en el Barrio punta del Este pueden haber limitantes, como los cambios políticos, los procesos burocráticos de las instituciones, las relaciones verticales entre la comunidad y las instituciones y los problemas de presupuesto para mejorar el abastecimiento del agua potable en la comarca.

Objetivo 3: Brindar seguimiento a las acciones de salud en los grupos prioritarios.

Resultado 3.1: 15 promotores de salud capacitados.

Para cumplir esta meta, se realizará un mapeo de actores comunitarios e implementará un plan de capacitación en temas de salud, priorizando sobre la vigilancia epidemiológica comunitaria, inmunizaciones, salud de la mujer e infantil y promoción de la salud en el adulto mayor. Su ejecución será realizado en el segundo semestre del año 2021. Estos promotores apoyaran las visitas domiciliares, la búsqueda de embarazadas y niños, en la vigilancia epidemiológica comunitaria, en la promoción para la prevención de cáncer cérvico uterino con la toma de PAP y la promoción de estilos de vida saludables.

Resultado 3.2: Promoción de la salud en los grupos prioritarios.

Este resultado incluye actividades de promoción de la salud mediante la elaboración de murales, realización de charlas y Ferias de salud.

Se han realizado charlas en el puesto de salud informando sobre la cartera de servicios y promocionando la toma de PAP y la prevención del COVID 19; en la escuela, los beneficiarios fueron 65 estudiantes en charlas en temas de: lucha contra el tabaco, el lavado de manos, alimentación saludable, prevención de COVID 19 y la violencia escolar; en las visitas domiciliares se realizaron charlas con temas de la prevención del COVID 19, promoción de la toma de PAP y lavado de manos. Se elaboraron murales sobre prevención de COVID 19, de lucha contra el tabaco en el puesto de salud y en la escuela sobre el lavado de manos, alimentación saludable, prevención de COVID 19 y prevención de la violencia escolar.

Resultado 3.3: Mejorados los indicadores de salud en los grupos prioritarios.

Con respecto a la asistencia sanitaria se pretende la realización de visitas domiciliares con el personal sanitario de los grupos priorizados en familias con personas con discapacidad, niños y

embarazadas, este plan de visitas se organiza actualmente con el personal de salud.

Se realizó el tamizaje visual en 65 escolares con el apoyo de la carrera de optometría médica de la Facultad de Ciencias Médicas, se refirieron a 3 niños a la clínica de optometría de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua para una atención especializada.

Tabla 11. Resumen de ejecución del Plan de acción comunitaria año 2012

Objetivo	Resultado	Actividades	Ejecución
Objetivo 1: Promover ambientes saludables en la comunidad con el buen manejo de la basura y las aguas servidas.	Resultado 1.1: El 30% de la población de la comarca sensibilizada en el manejo de los desechos y las formas de eliminación de aguas servidas.	Elaboración y reproducción de material educativo	Realizado
		Charlas casa a casa	Ejecutándose
		Entrega de material educativo a la población	Ejecutándose
		Elaboración de murales	Realizado en el puesto de salud y escuela, pendiente las pulperías y las Iglesias.
		Jornada de limpieza.	1 Realizada en Primer semestre y pendiente 1
		Feria de demostración sobre el reciclaje.	Realizada
		Marcha con escolares en el Día de la Tierra.	Realizada.
		Presentación del concurso de Mi Hogar limpio y escuela limpia.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Premiación del concurso Mi Hogar limpio y Escuela Limpia.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Plan de capacitación a 15 promotores.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Ejecución de capacitación a promotores.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Total de ejecución	7/11, corresponde a 55%
	Resultado 1.2: Mejorado el sistema de disposición de la basura y las aguas servidas.	Demostraciones sobre drenaje de aguas servidas casa a casa.	En ejecución.
		Colocar basureros en áreas verdes, puesto de salud y la escuela.	En ejecución.
		Establecimiento de áreas para la disposición de la basura con ALMA.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Establecer un sistema de recolección de desechos alternativo.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.

Objetivo	Resultado	Actividades	Ejecución
		Minimizar la cantidad de desechos sólidos.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Total de ejecución	2/5, corresponde a 40%
	Resultado 1.3: Establecidas las coordinaciones con ALMA y ENACAL.	Reuniones de planificación	En ejecución.
		Coordinaciones con ALMA y ENACAL	Pendiente periodicidad de las reuniones.
		Elaboración de Plan de mejoramiento de drenaje de aguas servidas y disposición de la basura.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Total de ejecución	1/3, corresponde a 30%
	Resultado 1.4: Elaborada una normativa comunal sobre la disposición de desechos sólidos y aguas servidas.	Creación de comité de agua y saneamiento de la comunidad.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Establecimiento del funcionamiento del comité.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Plan de trabajo del comité de agua y saneamiento de la comunidad.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Realización de un proceso de consulta sobre la elaboración de la normativa.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Elaboración de normativa con participación de representantes por familias	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Consulta de la normativa preliminar	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Divulgación del documento.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Total de ejecución	0/7, con un 0%.
		Total ejecución del objetivo 1	10/26, corresponde a 38.5% de cumplimiento
Objetivo 2: Promover abastecimiento y consumo responsable del agua potable.	Resultado 2.1: El 30% de la población de la comarca sensibilizada en el manejo del agua.	Elaboración y reproducción de material educativo.	Realizado.
		Charlas casa a casa	Ejecutándose
		Entrega de material educativo.	Ejecutándose
		Elaboración de mural.	Realizado en el puesto de salud y escuela.
		Marcha con escolares en el Día de la Tierra.	Realizado.
		Colocar dispensadores de agua potable en la escuela.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Entrega de agua embotellada para consumo del Centro escolar.	Realizado.
		Realización de huerto escolar.	Ejecutándose.
		Total de ejecución	7/8 actividades

Objetivo	Resultado	Actividades	Ejecución
			realizadas con el 87.5% realizado.
	Capacitados a 15 promotores en temas de aprovechamiento de agua potable.	Plan de capacitación a promotores	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Ejecución de capacitación a promotores.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Total de ejecución	0/2. Con 0% de ejecución.
	Resultado 2.3: Proyecto de abastecimiento de agua elaborado.	Reuniones de coordinación con ENACAL	Se han realizado coordinaciones para iniciar un plan de abastecimiento.
		Creación de proyecto para abastecimiento de agua.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Establecimiento de un Plan de abastecimiento.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Total de ejecución	1/3 actividades, con 30% de ejecución.
		Total ejecución del objetivo 2	8/13 actividades con 61.5%
Objetivo 3: Brindar seguimiento a las acciones de salud en los grupos prioritarios.	Resultado 3.1: 15 promotores de salud capacitados.	Realizar un mapeo de actores comunitarios.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Convocatoria para promotoría comunitaria.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Capacitación a 15 promotores.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Plan de seguimiento a promotores.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Total de ejecución	0/3 actividades. Con 0% de ejecución.
	Resultado 3.2: Promoción de la salud en los grupos prioritarios.	Realización de Ferias de Salud para informar sobre cartera de servicios.	2 ferias realizadas
		Realización de una Campaña educativa de Salud sexual y reproductiva.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Charlas educativas en salud.	Realizada.
		Mural educativo en el Puesto de salud de toma de Papanicolaou.	Realizada.
		Promover la estrategia de Escuela saludable.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Total de ejecución	3/5 actividades con 60% de ejecución.
	Resultado 3.3: Mejorados los indicadores de salud en los grupos	Realización de tamizaje visual en la escuela	Realizada.
		Elaborar un plan de visitas domiciliares de grupos	En proceso.

Objetivo	Resultado	Actividades	Ejecución
	prioritarios.	prioritarios.	
		Establecer un cronograma de visitas.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Realizar visitas domiciliares en la búsqueda de programas priorizados.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Seguimiento a las familias de grupos priorizados.	Pendiente. Programada para el II Semestre 2021.
		Total de ejecución	2/5 actividades con 40% de ejecución.
		Total de ejecución objetivo 3	5/13 actividades con 38.5% de ejecución.
		Total de ejecución del Plan	23/52 actividades para un 44.2% de ejecución.

Nota: Elaborado por la investigadora.

En resumen, la ejecución del Plan de acción promueve la participación comunitaria y la autogestión de las necesidades sentidas, pero este no es proceso a desarrollar rápidamente en los líderes sino es un proceso lento tal como lo menciona Dahl-Østergaard et al, en su estudio desarrollo rural en Nicaragua, establece que un modelo de participación que permite el empoderamiento con más esfuerzo, recursos y tiempo para su ejecución y recomienda flexibilidad en la duración del proyecto determinado por los objetivos y no por el transcurso de un período de tiempo predeterminado y es necesario buscar el compromiso de los beneficiarios en la planificación y la toma de decisiones.

Marchioni, refiere la importancia de establecer un punto de partida en la medición de los éxitos y avances del proceso comunitario, como la elaboración de un diagnóstico, así cada comunidad hará su propio camino y los cambios o mejoras que se producen en ella sólo podrán ser medidos respecto a su propio punto de partida y no a indicadores o parámetros externos.

Por esto, se establecieron resultados fáciles de medir y de monitorear, con la elaboración de este Plan se establecieron reuniones de evaluación y monitoreo de los avances; mejorando la toma de decisiones y articulación de las acciones; con frecuencia de cada dos meses.

XI. CONCLUSIONES

En esta investigación la elaboración del diagnóstico comunitario participativo se identifica los problemas de salud siendo los priorizados el problema de disposición de la basura y las aguas servidas; el abastecimiento del agua y la falta de seguimiento de las acciones de salud en los grupos prioritarios.

Se propone un plan de acción para buscar solución a estos problemas de salud con la formulación de 52 acciones de trabajo coordinado y conjunto con los actores sociales en la comunidad incluyendo acciones de educación, promoción y atención en salud; además de acciones de capacitación a la red comunitaria que fortalece el empoderamiento.

El plan de acción comunitario participativo, se ha ejecutado actividades con respecto a la disposición de la basura y las aguas servidas de 26 actividades planteadas, realizadas 10 (38.5%) de cumplimiento; sobre el plan de abastecimiento del agua se realizaron 8 de 13 actividades con 61.5% de avance; el plan de seguimiento a los grupos prioritarios de 13 actividades planteadas 5 realizadas con 38.5% de avance. Total de 23 actividades realizadas de 52 actividades planteadas con 44.2% de avance.

Con la ejecución del plan de acción y las reuniones de coordinación con las instituciones se propicia la autogestión de sus necesidades sentidas logrando elaborar proyectos. La ejecución del plan continúa en progreso se encuentra parcialmente su ejecución y es la comunidad organizada con los actores sociales los que impulsan su cumplimiento. La base de la transformación de la comunidad acorde a sus prioridades establecidas será la base del desarrollo local a través del proceso de autogestión de la comunidad y las políticas gubernamentales del momento.

XII. LECCIONES APRENDIDAS

1. Dentro del proceso de planificación es necesario realizar la concientización de gran parte de la red comunitaria y los actores sociales para obtener el compromiso conjunto de todos hacia el desarrollo local. Definiendo desde el inicio un comité de trabajo.
2. Durante la planificación tomar en cuenta el contexto del entorno y los lineamientos políticos en la programación de las actividades a desarrollar en la comunidad.
3. Priorizar dentro de los problemas definidos aquellos cuyas acciones que puedan ser ejecutadas con la participación de los involucrados en el proyecto estableciendo su ejecución mencionada la responsabilidad institucional de los actores sociales.
4. Establecer desde el inicio las reglas de actuación del comité de trabajo basadas en la cooperación, respeto y equidad.
5. Fortalecer el liderazgo comunitario y la capacitación de la red comunitaria incluyendo a mujeres, jóvenes y discapacitados.
6. Evaluación de los resultados periódicamente con el comité de trabajo identificando las limitantes de su cumplimiento y las oportunidades de solución.

XIII. RECOMENDACIONES

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Continuar apoyando la ejecución del plan de acción comunitaria a través de las prácticas médicas comunitarias.

Promover el voluntariado social en la zona para contribuir al desarrollo local de la Comarca.

Apoyar los procesos de fortalecimiento de la red comunitaria a través de la capacitación.

Instituciones participantes

Colocar un delegado en el comité de trabajo con el fin de apoyar las actividades del plan de acción.

Comité de trabajo comunitario

Establecer los mecanismos de evaluación de las actividades del plan de acción.

Involucrar a jóvenes y mujeres en las actividades del plan de acción y el fortalecimiento de la red comunitaria.

Incorporar el uso de la tecnología como medio de comunicación entre las familias de la Comarca para divulgar los procesos de consultas.

Comunidad

Sensibilizarse en los temas de medio ambiente y salud para la mejora de la calidad de vida.

Participar activamente en las acciones planteadas como resultado del diagnóstico comunitario.

CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA

XIV. BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Idáñez, M. J. (2007). *La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad?: evaluación de experiencias en atención primaria* (Ediciones). Retrieved from https://elibro.net/es/ereader/unanmanagua/53002?page=15.

Almanza Reyes, M. J., Castillo Martínez, J., Duarte Gurdián, D. A., Guadamuz Aburto, L. R., González Hernández, G. D., Guadrón Franco, E. O., & Gutierrez Rodríguez, P. Y. (2016). *Diagnóstico Comunitario del barrio Carlos Nuñez, Distrito II Managua, marzo a junio 2016.* Managua: UNAN.

Anand, S., & Sen, A. (1994). *Sustainable Human Development Concepts and Priorities*. Cambridge, MA.

Borroto Chao, Rafael, & Liz Alvarez, Margarita. (1996). Diagnóstico comunitario de la situación de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 12(3), 289-294. Recuperado en 12 de agosto de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000300014&lng=es&tlng=es.

Caicedo Ramírez, D. P., & Liceth, C. O. M. (2014). *PROCESOS DE AUTOGESTIÓN COMUNITARIA PARA EL ACCESO AL SERVICIO PÚBLICO DOMICILIARIO DE ACUEDUCTO EN EL BARRIO PUNTA DEL ESTE* (Universidad del Valle). Retrieved from https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/apl32.1.2014.10/pdf

Carvajal Villaplana, Á. (2015). Teorías y modelos: formas de representación de la realidad. *Revista Comunicación*, *12*(1), 33–46. https://doi.org/10.18845/rc.v12i1.1212

Corrales Solis, J., Rojas Salas, C., & Sancho Herrera, A. (2017). *Propuesta de un modelo de autogestión comunitaria para el desarrollo y fortalecimiento de las comunidades en Costa Rica a partir del caso de estudio de la Unión Cantonal de Asociaciones de Moravia (UCAMO).* Retrieved from

http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/3867/1/40498.pdf

Dahl-Østergaard, T., Moore, D., Ramírez, V., Wenner, M., & Bonde, A. (2003a). Desarrollo rural de autogestión comunitaria ¿ Qué hemos aprendido ? In *Serie de Informes técnicos del Departamento de Desarrollo Sostenible* (No. RUR-112). Retrieved from https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5296/Desarrollo rural de autogestión comunitaria%3A ¿Qué hemos aprendido%3F.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Definiciona.com. (2017). Significado y definicion de modelo, etimologia de modelo. Retrieved October 23, 2019, from Bogotá. E-Cultura Group website: https://definiciona.com/modelo/

Estudiantes de II año Facultad de ciencias Médicas UNAN - Managua del año 2017. (2017). *Diagnóstico Familiar y Comunitario con enfoque en salud pública del barrio El Recreo, Managua, 2017*. Managua: UNAN.

Hernández García, S. A., Pérez Pomier , A., & Martinez Urbina, E. A. (2020). *Trabajo Diagnostico Comunitario ¨Historia de los Ladinos¨*. Managua: UNAN Managua.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (Primera). Retrieved from www.mhhe.com/latam/sampieri_mi1e

INIDE, I. N. de I. de D. (2021). NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI) ENCUESTA CONTINUA DE HOGARES (ECH) 2019 - 2020 (Vol. 6, Issue 1). https://www.inide.gob.ni/docs/Ech/2020/nbi2019_2020/INFORME_DE_NBI_2019_2020.pdf

López Aburto, A. F., Juárez Martínez, A. M., Jarquín Montano, A. I., González Hernández, R. C., Jarquín Mercado, L. M., López Zepeda, X. M., . . . Cáceres Castro, N. M. (2017). *Diagnóstico Comunitario barrio Carlos nuñez Distrito VI, Managua. Primer Semestre*

2017. Managua: UNAN.

Marchioni, M. (1999). *Comunidad, participación y desarrollo : teoría y metodología de la intervención comunitaria*.

Ministerio de Salud. (2017). *http://mapasalud.minsa.gob.ni*. Obtenido de http://mapasalud.minsa.gob.ni/sectores-del-distrito-i-managua/

Ministerio de Salud, N. (2006). *Norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer cérvico uterino*.

Ministerio de Salud, N. (2008a). *Manual de Organizacion y Funcionamiento del Sector Salud* (p. 76). p. 76. Retrieved from http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/División-General-Planificación-y-Desarrollo/Modelo-de-Salud-Familiar-Comunitaria/orderby,4/

Ministerio de Salud, N. (2008b). Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario (JUL-2008). *Ministerio de Salud*, 45.

Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (Vol. 16301).

ONU. (2015). *www.un.org*. Obtenido de http://www.un.org/es/index.html

Organización de las Naciones Unidas. (2016). *http://www.exteriores.gob.es*. Obtenido de http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/PoliticaExteriorCooperacion/NacionesUnidas/Paginas/ObjetivosDeDesarrolloDelMilenio.aspx

PNUD. (2015). *Panorama general. Informe sobre Desarrollo Humano 2015. Trabajo al servicio del desarrollo humano.* Washington DC, EE.UU.: Communications Development Incorporated.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2018). Índices E Indicadores De

Desarrollo Humano. *Programa de Las Naciones Unidas Para El Desarrollo (PNUD)*, 1–123. Retrieved from http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update_es.pdf

Reiner Hernández, L., Cruz Caballero, B. A., & Orozco Muñoz, C. (2019a). La participación comunitaria como eje de la atención primaria en salud. *Edumecentro*, *11*(1), 218–233. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742019000100218&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Ruiz Olabuénaga, J. I. (2013). *Metodología de la investigación cualitativa* (5ta ed.). Retrieved from https://elibro.net/es/ereader/unanmanagua/34009?page=126

Salinas, V., & Moncayo, G. (2020). Autogestión comunitaria y Administración Pública en América Latina. Un camino hacia otra forma de administrar lo público: Casos de estudio en Argentina, Venezuela y Ecuador. *Documentos y Aportes En Administración Pública y Gestion Estatal*, *19*(33), 121–148. https://doi.org/10.14409/daapge.v19i33.9138

Sanchez Calero, M., Rodriguez, J. C., & Marcías Ramos, C. A. (2020). *Lideres Comunitarios ¨Los Ladinos.* Managua: UNAN Managua.

Sarasua J. y Udaondo A. (2004). Autogestión y globalidad. Situar la autogestión económica en el mundo actual. *Cuadernos de Lanki.*, *1*, 1–36.

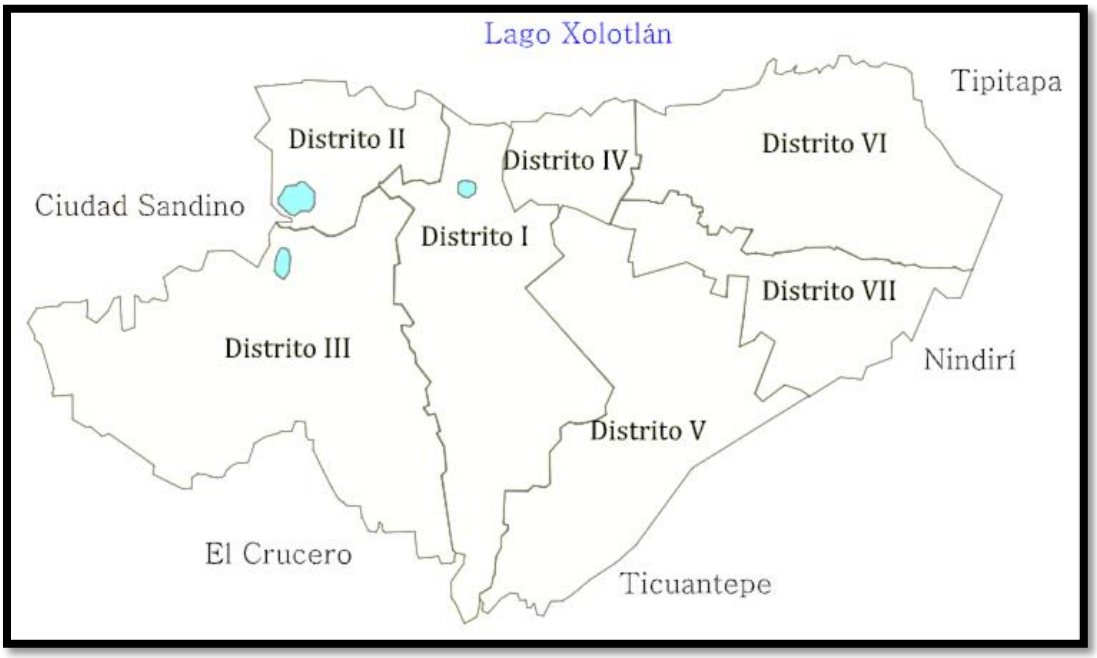
Soto Cordoba, S., Gaviria Montoya, L., & Pino Gómez, M. (2017). *https://www.scielo.sa.cr/.*

Zuluaga Giraldo, L. M., Jemay, M. T., Gómez Carvajal, E. R., & Peñalosa Otero, J. F. (2012). Construcción Colectiva de Políticas Públicas para el Desarrollo Humano Sostenible. *Luna Azul*, *35*, 116–148. https://doi.org/10.1089/bsp.2006.0022

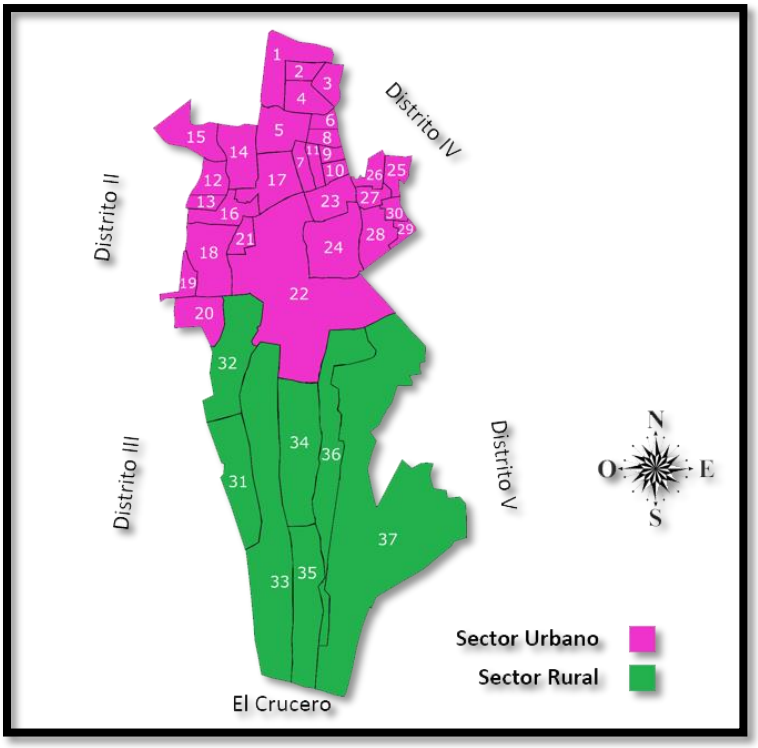
CAPÍTULO V: ANEXOS

Anexo 1. Mapas

Mapa de Managua con sus distritos, en el distrito I está la Comarca Los Ladinos



En el sector No 31, del distrito I, corresponde a la Comarca Los Ladinos



Nota: mapas proporcionados por Alcaldía de Managua.

Anexo 2. Instrumentos utilizados en la elaboración del diagnóstico comunitario

2.1. Historia de salud familiar comunitaria

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

SILAIS:_____ Municipio:_____ Sector:_____ Barrio o comunidad:_____

No. de vivienda según croquis: _____ Familia No.:_____

Dirección o referencia exacta de la vivienda:_____

Nombre de quien dirige la visita:_____ Profesion:_____ Fecha de Visita:____/____/____

I. INFORMACION DE LA FAMILIA

Cod. Persona	Nombre y Apellidos	Fecha. Nacimiento	Edad	Etnia	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Embarazada con CPN actualizado		MEF / PF		< 1 a VPCD Actualizado		Factores de Riesgo / Enfermedades	GD
								SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

II. CARACTERISTICAS HIGIÉNICO-SANITARIAS

Fecha	Hacinamiento	Animales Domést.	Riesgo Accidentes	Facts Medio Amb	Combustible Cocinar	Abasteci. Agua (Fuente)	Calidad Agua	Electricidad	Depós Excretas	Depós basura

III. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Fecha	Caráct Estruct Vivienda(piso,techo,paredes)	Cultura Sanitaria	Caráct Psicosociales	Satisfacción Nec. Básicas

FAMILIOGRAMA

IV. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Fecha	Tamaño	Ontogénesis	Etapa Ciclo Vital	Crisis Normativa	Crisis Paranormativa

OBSERVACIONES

Datos de la Historia de Salud Familiar Comunitaria

La información que se obtiene es la siguiente:

1. Datos Generales: SILAIS, comunidad, sector, n° de vivienda y familia (puede haber más de una familia en una vivienda), Dirección o referencia de la vivienda, Municipio, Nombre del que la realiza (debe ser personal de salud) y profesión (especificar si es médico, enfermero, auxiliar de enfermería, etc.)

2. Datos de identidad de la familia: Nombre y Apellidos, Fechas de Nacimiento, Edad, Etnia, Escolaridad, Profesión, Ocupación, Factores de Riesgo o Enfermedades y Grupo Dispensarial.

3. Características Higiénico Sanitarias: Fecha, Hacinamiento, Animales Domésticos, Riesgos de Accidentes, Factores Medio Ambientales, Combustible para Cocinar, Abasto de Agua, Calidad del Agua, Electricidad, depósitos de Residuales Sólidos y líquidos.

4. Factores Socioeconómicos: Fecha, Características Estructurales de la Vivienda, Cultura Sanitaria, Características Psicosociales, Satisfacción de Necesidades Básicas.

5. Funcionamiento familiar: Fecha, Tamaño, Ontogénesis, Etapa del Ciclo vital, Crisis normativa y Crisis paranormativa.

6. Observaciones.

7. Familiograma

La información de las secciones I y V; se obtienen de la historia de salud familiar; la información de las secciones II, III, IV, VI, VII y VIII se obtienen a través de la recolección de información obtenida por la Red Comunitaria junto con el equipo de salud.

2.2.CONSOLIDADO DEL SECTOR

Aspectos a registrar en el Consolidado del Sector:

-Nombre de la comunidad o barrio: coloque el nombre de la comunidad o del barrio donde se realiza el diagnóstico.

-Nombre y/o número del sector: coloque el nombre o el número del sector donde se ubica la comunidad o el barrio.

-Municipio: coloque el nombre del municipio al que pertenece la comunidad o el barrio.

-SILAIS: coloque el nombre del SILAIS al que pertenece el municipio.

-Elaborado por: coloque el o los nombres de los líderes comunitarios que realizaron el llenado del diagnóstico.

-Fecha: coloque la fecha en la cual se realiza el llenado del diagnóstico comunitario.

-Territorial: Límites y/o referencias de la comunidad-barrio: coloque el nombre de las comunidades, ríos o montañas, con las cuales tiene linderos la comunidad - barrio, esta información se puede tomar de los mapas realizados por los líderes y el personal de salud para realizar la sectorización, coloque los linderos al Norte, al Sur, al Este y al Oeste.

-Extensión Territorial en kilómetros: coloque la extensión de la comunidad- barrio en kilómetros cuadrados.

-Población Total: coloque el número de la población total de la comunidad o del barrio.

-Población por sexo: del total de la población coloque el número de hombres y el número de mujeres

-Población urbana: del total de la población coloque el número que se encuentra establecida en el sector urbano.

-Población rural: del total de la población coloque el número establecido en el sector rural.

-Población por grupo de edad: con el dato de la población total realice la clasificación de las diferentes edades colocando el número encontrado de menores de 1 año, de 1año, de 2 a 4 años, de 5 a 9 años, de 10-14 años, de 15 a 19 años, 20-49 años y los de 50 y más.

-Niños menores de cinco años sin partida de nacimiento: coloque el número de niños menores de cinco años que no tienen partida de nacimiento, la información se toma del censo comunitario.

-N°. Familias: coloque el número total de familias que viven en la comunidad.

N° Viviendas: coloque el número total de viviendas ubicadas en la comunidad.

-Techo de las viviendas: coloque el Número de viviendas con techo de plástico, con techo de cartón, con techo de paja.

-N° de viviendas con cocina de leña dentro de la casa: coloque el número de viviendas que mantienen la cocina de leña dentro de la casa.

-N° de viviendas que se encuentran a más de una hora de la unidad de salud: coloque el número de viviendas que se encuentran ubicadas a más de una hora de la unidad de salud realizando el trayecto a pie.

Organización comunitaria y actores en la comunidad

-Nombre de las organizaciones con presencia en la comunidad: coloque el nombre de las diferentes organizaciones comunitarias que se encuentran trabajando en la comunidad, por ejemplo: comités comunitarios, comités de seguimiento, consejos comunales, junta directiva, juntas comarcales, consejos de poder ciudadano, consejo de ancianos, comités de barrio, o cualquier otra forma. Incluir en la organización comunitaria si existe brigada de transporte de emergencia, SICO, PROCOSAN, ECMAC.

-Integrantes de Red Comunitaria: coloque el número de integrantes del comité comunitario, el número de miembros de la Red de Salud, número de Promotores de Salud, número de brigadistas,

número de parteras, número de colaboradores voluntarios.

-Otros actores trabajando en la comunidad: coloque el nombre de otros actores trabajando en la comunidad, por ejemplo: maestros, religiosos, promotores medio ambiente entre otros

-Información que tienen los líderes comunitarios: coloque una X si los líderes de la comunidad cuentan con el censo, el croquis o el plan comunitario, si cuentan con otra información coloque el nombre.

Características socioeconómicas:

Vías de comunicación y acceso: medio de transporte comúnmente usado

-Medio de comunicación e información existentes

Disponibilidad de energía eléctrica

Principales actividades económicas / productivas

Educación:

La información de esta sección debe ser solicitada al personal de educación que se encuentra en la comunidad por ejemplo maestros, directores o con el delegado de educación en el territorio.

-Número de centros educativos: coloque el número total de centros educativos que se encuentran en la comunidad diferenciándolos en:

-Centros de preescolar, centros multigrado, centros de primaria completa, y centros de bachillerato.

-Número de estudiantes: coloque el número de estudiantes diferenciándolos en: estudiantes que asisten al preescolar, al multigrado, a la primaria completa y al bachillerato.

-Número de personas que no saben leer y escribir: coloque el número de personas que no saben leer y escribir.

-N° personas en programa de alfabetización: coloque el número de personas que se encuentran

participando en los diferentes programas de alfabetización.

Salud

-Condiciones higiénicas sanitarias:

-Abastecimiento de Agua: Tratamiento al agua de consumo humano, coloque el número de viviendas que no realizan tratamiento al agua de consumo humano.

-Disposición de las heces, número de viviendas: coloque el número de viviendas que no cuentan con inodoro, letrina o excusado.

-Tratamiento de la basura, número de viviendas: coloque el número de viviendas que botan la basura al aire libre o en basurero ilegal.

- Centros que brindan servicios de salud: tipo de unidad de salud: si corresponde a puesto de salud, o si corresponde a centro de salud, así como de otros centros que brindan servicios de salud como casas bases, número de casas maternas, número de centros alternativos (casas de la mujer, clínicas de ONG, clínicas de proyectos, clínicas de medicina natural etc.), número de centros privados; coloque el nombre y número de otros centros que brindan servicios en la comunidad.

Principales problemas de salud en la comunidad:

-Número de familias con personas con algún riesgo.

-N° de Embarazadas sin control prenatal actualizado

-Mujeres sin planificación familiar

-N° de menores de 1 año con Vigilancia y Promoción de Crecimiento y desarrollo sin actualizar

-Coloque el número de personas hipertensas, diabéticas, tuberculosas, el número de personas con alguna discapacidad diferenciándolas en, físicas y mentales, coloque el número de personas con otros riesgos identificados.

-Vulnerabilidad Frente A Desastres Naturales O Situaciones De Emergencia

VI.1 Tipos de riesgo

VI.2 Sistemas de prevención

-Otra infraestructura: casas comunales, iglesias, espacios recreativos y otra infraestructura con la que cuenta la comunidad.

-Proyectos en desarrollo a nivel de la comunidad.

-Proyectos desarrollándose en la comunidad: Nombre de proyectos y quien los realiza

-Proyectos de infraestructura se refieren a los que se encuentran mejorando la situación de los caminos, puentes, obras de agua, obras de salud, educación entre otros. Pueden ser realizados por instituciones gubernamentales por ejemplo Mi familia, FISE, MAG; no gubernamentales, ADRA, CARE, etc.; religiosos u otros

2.3.ENCUESTA DE OPINIÓN DE LA POBLACIÓN

Esta encuesta ha sido preparada para conocer la opinión sobre aspectos de salud en la comunidad.

1. ¿Cómo percibe usted que es la salud en esta comunidad?
2. ¿Qué cosas se pueden mejorar?
3. ¿Ha sido atendido alguna vez en el puesto médico San Lorenzo?, ¿Cómo se sintió?
4. ¿Le gustaría ser parte de la solución de estos problemas?

Gracias por participar

2.4.GUÍA DE PREGUNTAS DE ENTREVISTA A LÍDER COMUNITARIO

1. ¿Cómo está organizada la comunidad?
2. ¿Cuáles son las organizaciones comunitarias que trabajan en la comunidad?
3. ¿Cuántos son los integrantes de la red comunitaria?
4. ¿Cuáles son los actores que trabajan en la comunidad?
5. ¿Qué tipo de información cuenta para la organización comunitaria? Como por ejemplo de censo, el croquis o el plan comunitario, si cuentan con otra información coloque el nombre.

Gracias por la información brindada.

Anexo 3. Evidencia gráfica

Casa de líder y político de la comunidad coordinando las acciones del plan.

22 de abril del 2021. Jornada de limpieza en la comunidad.

Los estudiantes participantes

Orientaciones de la Jornada de limpieza

Abril- Donación de libros y botellas de agua en la Escuela Los Ramales en Los Ladinos

Charlas y murales en el puesto de salud de la temática del COVID

Coordinaciones con el médico del puesto de salud y política del sector.

Apoyo de los estudiantes en la tabulación de datos del diagnóstico comunitario participativo

Realización del llenado de las fichas de historia de salud y familiar

Feria de salud