

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



La incidencia que tiene la coordinación de las organizaciones comunitarias en los programas de salud pública promovidos por el SILAIS en el reparto William Fonseca, de la ciudad de León

Monografía para optar al título de Licenciadas en Trabajo Social

Autora:

Bra. María Celeste Matute Pichardo.

Tutor: Msc. Roger García González

León, Noviembre 2015.

¡A la Libertad para la Universidad!

AGRADECIMIENTO

A Dios, padre glorioso y eterno por darnos persistencia y el hecho de lograr los objetivos planteados para la culminación de nuestros estudios superiores.

A nuestras familias, por los días que debíamos pasar juntos y los tuvimos que aplazar por nuestras responsabilidades educativas y académicas universitarias.

A nuestros profesores que con sus enseñanzas y consejos nos ayudaron a culminar de manera veraz y comprometida para con la sociedad en general.

La Autora.

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la sabiduría, fortaleza, entendimiento y perseverancia, para alcanzar mis mayores éxitos en mi vida, como es ser una profesional en Trabajo Social.

A mi madre Nigdalia Irela Pichardo Valverde por su gran apoyo incondicional durante el periodo de mis años de estudios universitarios, además de ser, la inspiración para llegar a este triunfo.

Bra. María Celeste Matute Pichardo

INDICE

No.	Contenidos	No. Paginas
	Introducción	1
I	Marco Teórico	4
II	Hipótesis	34
III	Operacionalización de Variables	35
IV	Diseño Metodológico	39
V	Análisis	51
VI	Conclusiones	56
VII	Recomendaciones	58
	Bibliografía	59
	Anexos	60

RESUMEN

La presente investigación monográfica, ha sido motivada por la experiencia que la comunidad del reparto William Fonseca, en forma organizada a realizado junto a su centro de salud, sus casas bases, las organizaciones comunitarias y en coordinación con el SILAIS-MINSA de la ciudad de León, en la faena de enfrentar las diferentes enfermedades que aqueja a esta comunidad.

1. En tal sentido estructuramos una problemática que se titula: ¿Cuál es la incidencia de la Participación comunitaria en los programas de salud pública promovidos por el SILAIS en el reparto William Fonseca, de la ciudad de León en el segundo semestre del año 2015? A partir del cual nos planteamos como objetivo general Determinar la incidencia que tiene la coordinación de las organizaciones comunitarias en los programas de salud pública promovidos por el SILAIS en el reparto, para ello desarrollamos tres objetivos específicos a saber: Caracterizo la situación socio demográfica que vive la comunidad, Identifico las estrategias de coordinación institucionales impulsadas por el SILAIS, en coordinación con la comunidad y valorar la participación de la red comunitaria del reparto William Fonseca en los diferentes programas de salud pública.

Se fundamentó con información relacionada con la hipótesis que se define como “La adecuada coordinación de las organizaciones comunitarias con el SILAIS, garantizan la participación eficaz de la red comunitaria en los programas de salud pública”, Ambas variables fueron estudiadas a través de la aplicación de encuestas aplicada a los miembros de los Gabinetes del Poder Ciudadano GPC y entrevistas aplicadas a los miembros de cada una de las casas base y los funcionarios de las instituciones involucradas.

Palabras Claves: Salud Pública, Organización Comunitaria, jornadas de salud, programas de salud, participación comunitaria, líderes comunitarios.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud (MINSA), a través de los SILAIS en cada uno de los municipios del país, ha venido implementando diferentes políticas o medidas para el combate a las enfermedades infecto contagiosas o epidemias que afectan a la comunidad en general.

Una medida que se ha desarrollado, es la participación de las organizaciones Comunitarias que constituyen el conjunto de pobladores en cada reparto que participan en forma coordinada en la toma de decisiones y jornadas de trabajo en pro de la salud de la comunidad, quienes proporcionan información para la captación de personas infectadas por diferentes enfermedades que eventualmente atacan a la comunidad, principalmente a los sectores más vulnerables, tal es el caso de los niños y niñas y los adultos mayores.

Son estos esfuerzos los que han motivado a realizar esta investigación monográfica la que está ubicada en el **área** de investigación de Participación Ciudadana por cuanto, si bien es un estudio que involucra directamente al SILAIS – MINSA, no se refiere a ningún tipo de epidemia en lo particular sino, como se expresa en el **tema** de investigación, “La incidencia que tiene la coordinación de las organizaciones comunitarias en los programas de salud pública promovidos por el SILAIS en el reparto William Fonseca, de la ciudad de León

El estudio se enfoca en la solución del **problema** que se titula: ¿Cuál es la incidencia que tiene la coordinación de las organizaciones comunitarias en los programas de salud pública promovidos por el SILAIS en el reparto William Fonseca, de la ciudad de León en el segundo semestre del año 2015?, tomando en cuenta que, según datos del SILAIS-MINSA, este reparto ha experimentado importantes logros en materia de participación y organización ciudadana alrededor de las jornadas de salud impulsadas por el SILAIS a través del centro de salud que atiende esta comunidad.

Se presenta en la investigación, el grado de desarrollo organizativo que esta comunidad ha alcanzado, los mecanismos de coordinación con el centro de salud del reparto, como con el SILAIS de la ciudad de León, la capacitación y acciones

que han permitido una adecuada intervención en la detección, atención y prevención de enfermedades.

Es por esta razón, que es importante tener conocimientos sobre el mecanismo de participación, organización y comunicación comunitaria, que implementa el centro de salud del reparto William Fonseca, de la ciudad de León, dada **la utilidad y trascendencia** que esta investigación posee, la cual reside en lo que pueda representar y servir a los actores involucrados tales como:

A la Comunidad del Reparto William Fonseca ya que al conocer los resultados de esta investigación, esta se empodera de la necesidad de participar más y organizarse mejor a fin de obtener una mejor salud para todos los pobladores.

Al Personal del Centro de Salud del Reparto ya que las valoraciones sobre el impacto de los programas y la participación ciudadana, revelaran importantes conocimientos sobre las debilidades y fortalezas del que hacer del centro en materia de salud pública.

Al ministerio de salud MINSA de la ciudad de León, por cuanto este estudio, pese a que solo representa un tiempo específico, servirá como un indicador de cómo están marchando los programas de salud.

En lo personal a nosotras como futuras Trabajadoras Sociales, por cuanto esta investigación permite comprender, en forma más clara, las bondades e importancia de la participación y organización ciudadana en torno a las políticas públicas que el estado impulsa, como es el caso del MINSA.

En correspondencia con el problema de investigación planteado con anterioridad, se describe un objetivo general que a continuación se detalla: “**Determinar la incidencia que tiene la coordinación de las organizaciones comunitarias en los programas de salud pública promovidos por el SILAIS en el reparto William Fonseca, de la ciudad de León.**” A la vez redactamos tres objetivos específicos con los cuales consideramos lograr el cumplimiento del objetivo general, estos son:

1. Caracterizar la situación socio demográfica que vive la comunidad del reparto William Fonseca de la ciudad de León.

2. Identificar las estrategias de coordinación institucionales impulsadas por el SILAIS, en la lucha por controlar las enfermedades infecciosas en coordinación con la comunidad del reparto William Fonseca.
3. Valorar la participación de la red comunitaria del reparto William Fonseca en coordinación con el centro de salud del reparto en los diferentes programas de salud pública.

En base a los datos del Marco Teórico se estructuró la siguiente Hipótesis “La adecuada coordinación de las organizaciones comunitarias con el SILAIS, garantizan la participación eficaz de la red comunitaria en los programas de salud pública”, la que fue confirmada mediante la aplicación de encuestas y entrevistas aplicadas cada una de las unidades de análisis descritas en el diseño metodológico.

Cada uno de los instrumentos de recolección de la información se incorporó a la triangulación de los datos a fin de precisar más los resultados obtenidos con los cuales se elaboraron sendos gráficos tales como diagrama de barras, pasteles, polígonos de frecuencia, entre otros, los cuales fueron utilizados para realizar el análisis, las conclusiones y recomendaciones para cada una de las instituciones y organismos que formaron parte del estudio.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

La participación comunitaria en los programas de salud pública, es una estrategia que ha venido dando resultados positivos en la atención que las unidades de salud brindan a la comunidad en el tratamiento de enfermedades virales y crónicas que esta padece.

En este afán el Minsa ha elaborado un sistema llamado SICO, (sistema informativo comunitario) aquí el paciente busca ayuda a uno de los integrantes de la Red Comunitaria capacitado para el llenado y manejo de un paciente que demande la atención médica, este lo transfiere al puesto de salud con la boleta de transferencia la cual será priorizada, es así que se está promoviendo la participación y Organización comunitaria junto con el puesto de salud y la Red comunitaria del reparto William Fonseca.

A partir del año 2010, a la fecha, en el puesto de salud William Fonseca se ha elevado la cobertura en lo que refiere a darles el tratamiento completo a las personas que demandan la atención médica, ya que meses atrás era racional el medicamento que se le daba a la población o se les mandaba a comprar.

Se está promocionando, la prevención de enfermedades y no el tratamiento de la misma, a través de charlas educativas, en los colegios, puesto de salud, en los albergues; las jornadas de limpiezas se realiza de casa en casa, eliminado los criaderos. Los consejos del poder ciudadano gestionan a la alcaldía la echa de pilas sépticas, para eliminar las charcas, el personal de salud realiza constantemente capacitaciones a la red comunitaria sobre temas relacionados a los estilos de vidas saludables de las personas.¹

En los últimos dos años, el SILAIS-MINSA ha desarrollado una serie de programas en el reparto dentro de los que se destacan:

1. El programa de control de vectores, el cual consiste en la lucha sistemática contra epidemias como el control del mosquito transmisor del Dengue, el Chiquingunya y el Zika, para lo cual se han venido impulsando acciones

¹ http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=626&Itemid=235

concretas como la fumigación, la Abatización y la eliminación de criaderos. el control de roedores transmisores de la rabia y otras enfermedades infecciosas, para lo cual se ha venido impulsando jornadas de limpieza comunal como el llamado “Plan Calache”

2. El programa conocido como BPCD que significa el control de los niños menores de 5 años en cuanto a su peso, la talla, nutrición. En este afán se levanta una ficha sociodemográfica en la que el infante es registrado desde el momento del parto, si este no asiste a sus controles, los promotores del centro de salud realizan visitas a su hogar para incentivarle a asistir.
3. El programa sobre la Planificación Familiar, dado que esta comunidad presenta una alta tasa de jóvenes embarazadas, este programa se enfoca en la educación sobre salud sexual y reproductiva, para lo cual los promotores del centro de salud distribuyen volantes educativas a jóvenes en situaciones de riesgo, charlas a través de los colegios y escuelas.
4. Programas educativos que de manera transversal, el SILAIS-MINSA mantiene en forma permanente a fin de vigilar el control de enfermedades como es el caso de la tuberculosis, el SIDA e inmunizaciones contra el neumococo.

Características del reparto William Fonseca.

El Reparto William Fonseca fue fundado en los años 1970, con una extensión de unas 35 manzanas que pertenecían al Dr. Terencio Delgado quien comenzó a lotificarlo con el nombre de Reparo Estrella.

El reparto limita al norte: con las tierras del productor Mauricio Terrería, al sur: con la propiedad del señor Sergio Delgado finca “El Chingaste”, al este: Huerta de Luis Soto, y al oeste: Huerta de la familia Morales.

Organización, extensión territorial y distancia a la cabecera municipal.

El Reparto cuenta con 49 manzanas, de las cuales 4 no tienen casas de habitación (MZ del Proyecto, cancha, cuadro de beisbol, donde está ubicado el puesto de salud y preescolar los Periquitos, parcialmente con casas de habitación donde está ubicada escuela Miguel Larreynaga, la capilla. Está ubicado a 5 km del Centro de

Salud Mantica Berrio y a más de 6 km del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello.

Organización comunitaria y actores en la comunidad.

El Reparto William Fonseca está organizado en dos etapas. La primera atendida por el Poder Ciudadano con 18 miembros y la segunda etapa atendida por el Poder Ciudadano con 18 miembros. Cada uno de ellos con pleno dominio y conocimiento de las funciones de cada una de las carteras.

Organizaciones Comunitarias con presencia en la comunidad.

Gabinete del Poder Ciudadano primera y segunda etapa. Brigadistas de Salud.

Gabinete de Educación y Consejo Escolar. Comité de alimentación escolar.

Congregación Evangélica. Comunidad Católica.

Responsables de Casas Bases de salud.²

Caracterización de la población y las familias.

Según datos de las casas base, se muestrearon 31 manzanas del total de 49, para un 76%, 4 manzanas no habitadas y 2 parcialmente habitadas, (faltaron 12 manzanas) que están pendiente analizar. **La población** del reparto es de 3651 habitantes: masculinos (1748) para un 48% y femeninos (1903) para un 52%. **Población muestreada** de visitas domiciliarias: 1650. **Número de hombres:** 781 (47%), **Numero de mujeres:** 869 (53%) **Población urbana:** 1650. **Familias:** número de familias: 403. Número de familias mujeres jefas de hogar: 147

Escolaridad: Número de personas con la primaria terminada: 112 (7%); primaria sin terminar: 481 (29%); secundaria terminada: 144 (9%); secundaria sin terminar: 361(5%); universidad terminada: 85(5%); universidad sin terminar: 101(6%); no saben leer ni escribir: 104 (6%). **Profesiones:** técnicos: 66 (4%); profesionales: 83 (5%); otras: 363 (22%), ninguna: 908(55%).

Ocupación: número de personas amas de casa: 363 (22%); obreros: 155 (9%); agricultores: 12 (0.7%); empresarios: 0; jubilados: 23 (1%); desempleados: 88 (5%);

² Características del reparto William Fonseca/Movimiento Comunal Nicaragüense/2014.

otras: 627 (38%), entre estos están: comerciantes, CPF, mecánicos, maestros, albañiles, costureras, carpinteros, choferes, secretarias, jardineros, etc.

Factores socio económicos

Número de viviendas: según las historias de salud familiar son: 341. (Según datos que se tienen de registro de la alcaldía son 510).

No hay viviendas con paredes de adobe. Viviendas de plástico o cartón: 1. Es una familia que se tomó un terreno y es área verde, no tiene las condiciones adecuadas para vivir, están en proceso de reubicarla. Viviendas con piso de tierra: 48 (14%). Viviendas que utilizan el carbón o leña como combustible para cocinar: 144 (42%). Viviendas sin energía eléctrica: 1.

Situación de la Salud: El MINSA a través del SILAIS ha venido desarrollando una serie de programas de atención a la comunidad no sólo en el campo epidemiológico emergente u ocasional sino, en enfermedades crónicas y de asistencia especializada. Esta superación del servicio de la salud en el reparto ha sido posible por la cooperación internacional que se ha logrado y los altos índices de organización comunitaria logrados que han permitido el incremento de la participación ciudadana en las tareas coordinadas con las casas bases del SILAIS.³

³Historias de salud familiar/MINSA/2010.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC)

El Ministerio de Salud como ente rector del sector salud, en cumplimiento con lo establecido en la Constitución Política de la República de Nicaragua, facultado por la Ley General de Salud, presenta a Ustedes, el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), el cual recopila la experiencia de muchos años de trabajo en salud al servicio del pueblo nicaragüense.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario constituye una ruta para lograr la Equidad en el sector, un reto que obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención a los grupos más excluidos socialmente. Este Modelo debe responder a las necesidades y expectativas de la población a fin de que obtengan una atención de salud integral con calidad, calidez y respeto, donde se garantiza el derecho a la salud, pilar fundamental de las Políticas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, caracterizada por los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad.

Este Modelo de Salud esta enfocado a la atención en salud a la comunidad, donde se privilegia a cada familia nicaragüense, principalmente las más vulnerables. Asimismo, aborda a las personas en todos los ciclos de vida como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y prevención de su salud, atención al daño y rehabilitación con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas al control del medio ambiente. Este Modelo, se sustenta en la Estrategia de Atención Primaria en Salud, que consiste en establecer el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, mediante su plena participación, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyéndose en primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, función central del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Así mismo, orienta la organización de los establecimientos de salud en redes articuladas para brindar los servicios integralmente. El modelo de gestión esta dirigido a descentralizar la atención de Salud. El Modelo de Salud Familiar y

Comunitario tiene un enfoque holístico que trasciende la Atención a la familia hasta la comunidad cuya base de actuaciones es el sector. El Modelo de Salud Familiar y Comunitario contribuirá, sin duda alguna, a profundizar la Reforma del Sector orientada principalmente a la consecución de una mejor salud de nuestra población con Equidad, Accesibilidad, Universalidad, Calidad Técnica y Atención humanizada en cada uno los servicios de salud. Ministerio de Salud

Introducción

El Pueblo de Nicaragua se encuentra nuevamente ante la oportunidad histórica de hacer efectivo su Derecho a la Salud, para ello se requiere de transformaciones que parten desde la acción individual hasta la dimensión global del Sistema de Salud, lo que significa romper con la relación desigual entre proveedores y usuarios de la salud orientada por el Modelo Neoliberal gestado en los últimos 16 años, concebido como "tanto tienes (o pagas), tanto obtienes", subordinando los principios básicos de la salud a formas organizativas perpetuadas de racionalidades económicas.

Para poder restituir de forma digna a las familias Nicaragüenses el derecho a la salud, se necesita trabajar desde la comunidad de manera conjunta y organizada con principios de humanidad, hermandad que se afiancen desde la acción de las personas, las familias, las organizaciones sociales, los actores sectoriales e intersectoriales públicos y privados para asegurar la salud en la comunidad de todas y todos los nicaragüenses.

Por tanto, los esfuerzos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional están orientados a mejorar la calidad de los beneficios del sector social y especialmente en educación y salud, donde se reconoce los problemas de salud y se asume el compromiso de soluciones integrales, resolviendo los problemas de exclusión social, haciendo coherente la acción con las políticas de mejorar la universalidad, accesibilidad, equidad en la prestación de los servicios, eficiencia y calidad.

El análisis de situación de salud 2007, indica problemas en la equidad del acceso a los servicios de salud y en la calidad de los mismos. En un entorno en donde las necesidades son crecientes y los recursos limitados, le corresponde al Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional a través del Ministerio de Salud, la formulación de

una propuesta de Modelo de Salud Integral más humano, solidario, equitativo, eficaz y efectivo.

Justificación

Los establecimientos de salud en el país históricamente se han enfocado en la atención curativa con tendencia a la especialización Médica. El MINSA en 1995 inició la implantación de un modelo de atención integral que destacó las acciones para el binomio madre-niño incidiendo en la morbi-mortalidad de este grupo poblacional, generando desarticulación de los servicios de salud, y por lo tanto descuido a los otros segmentos poblacionales.

El gasto en salud⁵ de Nicaragua representa un 7.8% respecto al Producto Interno Bruto (PIB) del año 2004, relación que es similar con respecto a los países del área centroamericana, sin embargo, a nivel nacional el per cápita es de U\$ 66 dólares, lo que hace que el presupuesto asignado sea menor al resto de países del área. Las principales fuentes de financiamiento del sector salud del año 2004 fueron los hogares (49.4%) y los fondos del tesoro (18.5%).

Según la última encuesta de nivel de vida del 2005 la población que vive en pobreza representa el 48.3%, de los cuales la población en extrema pobreza es el 17.2%. La extrema pobreza rural supera en 5 veces a la de las zonas urbanas. La cobertura de atención en salud materna ha mejorado en los años recientes, tanto en la Atención Prenatal como en la Atención del Parto por personal calificado, según los resultados que ha encontrado la ENDESA 2006/076 , a pesar de ello el indicador de daño –la mortalidad materna- ha variado muy poco.

Aunque los indicadores de proceso sobre la salud de niños y niñas han mejorado en los últimos años, la mortalidad infantil ha cambiado muy poco, según ENDESA 2006/07 en el quintil de ingresos más alto es de 19/1000 nacidos vivos y se triplica para el quintil de ingresos más bajo, 35/1000, expresión muy importante de la inequidad para los más pobres. Desde el punto de vista geográfico, un factor crítico que interfiere en el acceso de la población a los establecimientos de salud es la densidad poblacional la cual tiene un rango entre 7 y 530 habitantes por kilómetro cuadrado, esto se complica aún más con el crecimiento no ordenado de la red de servicios, sin criterios de accesibilidad.

Esto ha propiciado que en algunos lugares la población utilice únicamente los recursos comunitarios para cubrir sus 5 Nicaragua. Ministerio de Salud. Informe preliminar de Cuentas Nacionales de Salud. Managua, 2004. 6 Nicaragua. Ministerio de Salud e Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos. Encuesta nicaragüense de Demografía y Salud. Managua. 2006-2007. 9 necesidades.

Con respecto a la iniquidad los resultados según ENDESA2006/07, en comparación con el quintil de mayor bienestar los más desfavorecidos tienen las siguientes características: *f*

Probabilidad de mortalidad infantil dos veces mayor *f*

Tasa global de fecundidad tres veces más alta *f*

Desnutrición crónica total seis veces más alta *f*

Embarazo en adolescentes 3 veces mayor *f*

La utilización de los establecimientos de salud para la atención del parto es dos veces menor; *f*

El cumplimiento de los esquemas de vacunación es 10 puntos porcentuales más bajo *f*

La prevalencia de EDA es tres veces más frecuente; *f*

El uso de métodos anticonceptivos modernos es diez puntos porcentuales menor;

Esta situación requiere de cambios innovadores para mejorar la equidad, calidad, y eficiencia en la prestación de servicios de salud, generar espacios de participación de la comunidad para enfocar los gastos en salud y optimizar los recursos financieros, tecnológicos y humanos disponibles en los niveles locales, generando procesos participativos que modulen el prototipo de un modelo de atención en el sector salud.

Política Nacional de Salud

La Política Nacional de Salud actual está encaminada a armonizar la actuación de las instituciones y organizaciones públicas y privadas que inciden en la salud, creando mecanismos efectivos de articulación para el desarrollo de acciones que resuelvan los problemas de salud más sentidos de la población, bajo el liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud (MINSA). Los lineamientos generales de la política nacional de salud están dirigidos a lograr el cambio de la situación de salud de las personas, familias, comunidad y su entorno, haciendo énfasis en la promoción y prevención, así como en el trato respetuoso y humano en los servicios de salud en condiciones de equidad, solidaridad, participación social y acceso a la atención en salud.

Orienta al fortalecimiento de un nuevo modelo de atención que parte de una concepción integral y moderna de la atención en salud. En este contexto, la Política Nacional de Salud del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional señala los siguientes lineamientos:

1. Lograr que las personas no se enfermen, un pueblo sano es feliz: Desarrollar acciones de promoción y prevención con calidad, equidad y enfoque de género involucrando a la población en acciones de información, educación y comunicación.
2. Atención de salud de calidad y medicina gratuita: Garantizar la gratuidad de la atención de salud a la población con trato humanizado y digno, disponiendo de medicamentos genéricos de calidad en redes de farmacias, públicas, privadas y comunitarias.
3. Disminución de las listas de espera quirúrgica y de listas de espera para consulta externa especializada: Responder a las demandas quirúrgicas y de atención especializada a la población, implementando nuevas 13 modalidades de atención alternativa, mejorando la articulación entre las instituciones del sector salud, la infraestructura y equipamiento de las unidades.
4. Llevar los servicios de salud a las poblaciones pobres o en extrema pobreza, así como las que tienen mayores dificultad de acceso: Implementar un Modelo de Salud Familiar y Comunitario dirigido a las personas, familia y comunidad para superar los problemas de accesibilidad geográficas, económicas, funcionales y culturales.

Aumentar la cobertura de la seguridad social y la universalización de su canasta básica.

5. Implementación de estrategias innovadoras en salud en las regiones autónomas de la costa Caribe: Fortalecer el desarrollo de modelos de atención innovadores en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe con el fin de establecer la máxima correspondencia posible entre la actuación local del sector salud y las características de desarrollo político, demográfico, étnico y cultural de sus poblaciones.

6. Rescate de la medicina popular y tradicional, y otras formas de medicina no occidental: Promover las diferentes expresiones de la medicina popular tradicional con derecho a participar en la prestación de los servicios.

7. Gobernabilidad ciudadana y participación activa y consciente de la ciudadanía en el quehacer del sector salud: Estimular el desarrollo de la participación ciudadana en el control social del sector salud en sus distintas formas de organización, Incorporando a la población en la construcción de una nueva cultura sanitaria y solidaria con un mayor compromiso, articulando sus acciones con las instituciones, organizaciones del territorio en la definición de un modelo de desarrollo humano como objetivo común.

8. Desarrollo Integral de los Recursos Humanos del Sector Salud: La política de recursos humanos se concertará en el sector con el fin de encontrar los mecanismos que incentiven al trabajador a comprometerse con la calidad de la atención. Al mismo tiempo que se le retribuya de manera justa en el marco de las condiciones económicas del país.

9. Alineamiento, armonización y apropiación de la cooperación externa en el sector salud: Se hace necesario redefinir la cooperación en función de la nueva política y estrategias del sector social.

La materialización de estas políticas permitirá crear nuevas condiciones de atención a la población con mayor eficiencia de forma tal que el impacto en el estado de salud de los nicaragüenses contribuya al desarrollo del país.

Definición:

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario como se establece en la Ley 423, es el instrumento sanitario que recoge la visión política y económica del Estado dentro del campo 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.

Dicho Modelo, es el conjunto de normas, procedimientos, instrumentos, manuales y disposiciones que dan las líneas de acción para su implementación. Enfoca la atención a las familias, personas y comunidad como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y protección de su salud, recuperación y rehabilitación cuando la población o la persona enferman o sufren discapacidades, todo ello con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y al medio ambiente que le rodea.

Este Modelo genera iniciativas de cambio en la cultura y estructura del sector salud para satisfacer las necesidades y el ejercicio de los derechos humanos, contribuyendo a mejorar su calidad de vida durante todo el ciclo vital.

Objetivos del modelo

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

1. Mejorar las condiciones de salud de la población, generando actividades oportunas, eficaces, de calidad y con calidez, capaces de generar cambios (Nicaragua, Reglamento, Ley General de Salud. op. cit. Arto. 39, Año 2002. 15 personales, familiares y comunales, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud.)
2. Satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población.
3. Proteger de epidemias a la población
4. Mejorar la calidad de los servicios, respondiendo a las expectativas de la población en recibir servicios de salud de calidad, con calidez humana.

5. Fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial.

La Gestión por Competencias

La búsqueda de estrategias para conseguir que los trabajadores hagan suyos los objetivos institucionales y comprometan en su logro sus capacidades y esfuerzos, constituye la gran –e inacabada- “aventura” de las organizaciones a lo largo de su historia.

Desde que Taylor “inventó” la Dirección Científica del Trabajo, múltiples modelos y teorías han servido de “brújula” en esa aventura, facilitando avances y, sobre todo, conocimiento acumulado sobre las formas de gestionar a las personas y equipos de trabajo en las organizaciones. La llamada *GESTIÓN POR COMPETENCIAS* es fruto de ese conocimiento acumulado y se reconoce como un enfoque prometedor en el entorno actual, en el cual el acceso a la información y al conocimiento marca la diferencia entre las empresas y organizaciones.⁴

Así mismo, la *Gestión por Competencias* parece un enfoque especialmente adecuado para la gestión de los recursos humanos en el sector salud ya que el manejo de los problemas de salud de la población depende en buena medida del “talento” de los profesionales para estudiarlos, prevenirlos y mejorarlos.

¿Cómo diseñar planes de desarrollo de los recursos humanos basados en competencias?

La bibliografía sobre el tema muestra una amplia variabilidad en la metodología utilizada tanto para diseñar el mapa de competencias como para utilizarlo posteriormente en el diagnóstico de necesidades y planificación del desarrollo de los recursos humanos.⁵ Según el contexto se han empleado diferentes tipos de técnicas, desde las más abiertas como los grupos de discusión, pasando por la observación o las entrevistas sobre incidentes críticos, hasta los cuestionarios muy estructurados.

⁴ (Jiménez A y Carrión M. Creando valor a través de la Gestión por Competencias. *Capital Humano*, julio/agosto 2000 (135), 116-119.)

⁵ (Claude Levy-Levoyer. *Gestión de las Competencias: cómo analizarlas, cómo evaluarlas y cómo desarrollarlas*. Barcelona: Ed Gestión 2000, 1997.)

En el ambiente sanitario es frecuente recurrir a los paneles de expertos constituidos por buenos conocedores de los perfiles a analizar. Entre los métodos más conocidos destacan el DACUM –desarrollo curricular- que define las competencias como listado de tareas, y el método de análisis funcional, que a partir de la identificación de la misión de la empresa o unidad, va desagregando el trabajo en diferentes niveles de funciones hasta llegar a las competencias. En todo caso, la única regla de oro a destacar respecto al método es que debe facilitar la aplicación del modelo en su contexto y ser lo suficientemente flexible para adaptarse a los cambios por los que atraviese la organización.⁶

Competencias, son “las capacidades humanas, susceptibles de ser medidas, que se necesitan para satisfacer con eficacia los niveles de rendimiento exigidos en el trabajo”.⁷El término “competencia” se aplica a tres tipos de capacidades humanas que pueden ser desarrolladas o mejoradas, en diferente medida:

Conocimientos, lo que una persona “sabe”. Este grupo de competencias incluye los conocimientos teórico- práctico y la experiencia adquirida en el ejercicio de la profesión, necesarias para el desempeño del puesto. Son el tipo de competencias que mejor responden a la formación. **Por ejemplo:** conocimientos sobre farmacología y uso racional de medicamentos

Habilidades, lo que una persona “sabe hacer”. Son capacidades y destrezas que se desarrollan con la experiencia y que, aunque pueden ser mejoradas con el entrenamiento, dependen de rasgos personales básicos. Con frecuencia influyen en el éxito en el desempeño del puesto más aún que los conocimientos. **Por ejemplo:** manejo de equipos informáticos a nivel de usuario

Actitudes, lo que una persona “es o desea ser”. Son competencias íntimamente relacionadas con características de personalidad y, por lo tanto, más difíciles de desarrollar al depender de la motivación personal, del “querer ser”. Tienen una

⁶ (Gonzalo Jiménez E. Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos del SILAIS. Informe de la Asistencia Técnica Europea. FORSIMA. Delegación Europea. 2003.)

⁷ (Marelli Anne F. Introducción, análisis y desarrollo de modelos de competencias. Cuadernos de mejora del rendimiento profesional, mayo-junio 1998. 36-40.)

trascendencia clave en el desempeño del puesto **Por ejemplo**, Disposición a la cooperación o colaboración.

Este modelo de capacitación del personal que promueve el Minsa a través de los Silais, no solo está enfocado en el personal clínico de las unidades médicas, que es donde se realiza la atención hacia la comunidad sino, va más allá de esto, pues el éxito de cada programa y jornada que se impulsa se logra articulando la participación comunitaria desde la planificación misma de las jornadas de salud.

Este modelo comunitario permite el involucramiento de la población usuaria en el proceso de detección, captación y atención de la misma ante cualquier amenaza o brote epidemiológico que se pueda presentar en el territorio. Quienes están aptos para una u otra cosa en este proceso participativo es lo que importa en esta estrategia de capacitación por competencias que impulsa el Minsa, ya no solo para el personal profesional o funcionarios del Ministerio sino también para los comunitarios que en forma organizada participan.

Esto es posible dado que la capacitación por competencias exige el conocimiento de las características que identifica a cada colaborador determinando sus niveles de preparación, sus conocimientos y debilidades a fin de focalizarlo en actividades que sean más idóneas y acordes con su experiencia, en la búsqueda de obtener mejores rendimientos y positivos impactos de las jornadas de salud.⁸

Principios básicos para una buena organización comunitaria.

Voluntariedad: Significa que la persona forma parte del grupo de trabajo por su propia voluntad, nadie debe ser obligado. La persona debe estar convencida que el estar organizado tiene muchas ventajas para el desarrollo de su comunidad.

Flexibilidad: Se refiere a que el proceso organizativo no debe ser impuesto, se debe de fomentar la organización. Este elemento junto con la voluntariedad son los pilares de un buen grupo organizativo. No condiciona las formas de participación ni de organización y se adapta a las diferentes situaciones.

⁸(Barajas Sebastián, Gallardo Virgilio. De la gestión de competencias a la gestión del conocimiento. Función de recursos humanos. 2001. 12-18.)

Auto gestión participativa: Acción de organización y dirección a través de la cual las comunidades buscan la resolución de los problemas de salud, vivienda, producción u otros, promueve que las comunidades busquen con sus propios medios, las oportunidades para la solución de los problemas.

Cooperación- colaboración: Es apoyarse mutuamente para lograr las metas propuestas.

Coordinación: se refiere a la participación conjunta en forma ordenada de las diferentes actividades para que de una u otra forma se realicen de manera sistemática, ello implica negociar y decidir en conjunto las acciones o actividades a realizar.

Liderazgo: Conjunto de cualidades y capacidades de las personas o comunidades que les permiten desarrollarse, fortalecerse y mantenerse unidos para llevar a cabo las tareas para las cuales el grupo fue creado y también desarrollar a los demás miembros del grupo.

Formas básicas de organización comunitaria- Red comunitaria.

Comité comunitario: Es un grupo de hombres y mujeres que organizados promueven la participación de la comunidad para reconocer y solucionar los problemas, para organizarlo es necesario que sus miembros sean electos por la misma comunidad de acuerdo con sus propias creencias. Realización de Asambleas comunitarias. Identificación y captación de Líderes. Identificar las necesidades y problemas comunes de la comunidad. Reuniones con líderes para establecer la estructura del comité, a la vez asignar responsabilidades y funciones a cada miembro del comité. Esta estará estructurada por; por un coordinador, vice coordinador, tesorero, fiscal o secretario.

Funciones de la Red comunitaria. Coordinar con el puesto de Salud. Reunirse con la comunidad para identificar y priorizar problemas. Elaborar plan de trabajo y ejecutar actividades programadas. Fortalecer la organización y desarrollo de la comunidad. Sectorizar la comunidad. La participación de todas las personas es el principal factor para fortalecer la cooperación para el desarrollo, es el elemento esencial del desarrollo humano.

La Participación da Resultados, según la experiencia concreta, proponer y poner en marcha modelos participativos genuinos, significa en definitiva gerencia con excelencia. La Participación da resultados muy superiores en el campo social a otros modelos organizacionales de corte tradicional como los burocráticos y los paternalistas.

Comité comunitario.

Es una forma de organización de la comunidad integrada por hombres y mujeres que promueven la participación de la comunidad para la identificación u solución de los problemas. El mecanismo más representativo para la conformación de un Comité comunitario es que los miembros sean electos por la misma comunidad de acuerdo a sus propios criterios. La organización local en el ámbito comunitario, comarcal, micro regional o sectorial y municipal es un proceso que conlleva una serie de pasos a implementar.

Funciones del Comité.

Reunirse con la comunidad. Elaborar Plan de Trabajo. Ejecutar actividades programadas. Establecer coordinación intersectorial. Identificar y priorizar problemas. Determinar factores que influyen en la comunidad. Fortalecer la organización y el desarrollo de la comunidad.

Características que debe reunir un Comité.

Claridad en su Misión y Visión. Participación de los miembros en la toma de decisiones. Participación en el trabajo en equipo. Claridad de sus funciones. Buena comunicación. Manejo de las diferencias. Organización. Liderazgo.

La comunicación en salud.

La comunicación en salud, es un proceso de elaboración e intercambio de mensajes entre dos o más personas, con palabras claras, adecuadas y oportunas que promueven la salud. Para que un grupo funcione bien se requiere de una buena comunicación entre sus miembros. En muchos grupos surgen problemas debido a que hay personas con dificultad para comunicarse. La comunicación humana, a diferencia de otras especies acumula conocimientos, los conserva y los transmite,

para ello es necesario la comunicación. De hecho dedicamos buena parte de la vida aprender cosas que los demás comunican.

Vigilancia Epidemiológica comunitaria:

Es la observación sistemática de lo que está pasando con la salud de nuestra comunidad, avisando tan pronto como sea posible, a la unidad de salud más cercana y colaborando con las medidas de prevención y control de enfermedades.

Funciones e importancia de la vigilancia Epidemiológica.

Vigilar: Observación sistemática y registro de las condiciones en la comunidad que favorecen la aparición de enfermedades sujetas a vigilancia Epidemiológica comunitaria. Prevenir: Orientar e informar a la población sobre el origen, síntomas y formas de transmisión de las enfermedades sujetas a vigilancia comunitaria. Promover: El apoyo comunitario entre las acciones de prevención de enfermedades sujetas a vigilancia comunitaria. Coordinar con las unidades de salud los mecanismos de trabajo. Actuar: Notificar y alertar a la unidad de salud correspondiente sobre los casos de enfermedades sujetas a vigilancia comunitaria, brotes epidémicos y desastres naturales. Promover el apoyo comunitario en la aplicación de medidas de control epidémico.

Mecanismos o instrumentos de envío de información a la unidad de salud

La red comunitaria habitualmente envía información a la unidad de salud sobre el número de enfermos en la comunidad, el número de mujeres embarazadas, el número de muestras de gota gruesa que se han tomado en la comunidad. Sin embargo enfrentan la dificultad de no contar con instrumento o formato uniforme que facilite la comunicación y coordinación con la unidad de salud.

Los instrumentos de vigilancia Epidemiológica comunitaria son los formatos que se utilizan para identificar y localizar en cada comunidad, los factores de riesgos para la salud, así como para notificar los casos sospechosos de enfermedades sujetas a vigilancia comunitaria. Estos instrumentos se dividen en dos grupos, según su finalidad, los utilizados para cumplir la función de vigilar, y los utilizados para cumplir la función de actuar.

Instrumentos para vigilar

El censo de habitantes, el cual consiste en un formato utilizado para obtener información sobre el total de personas que viven en la comunidad, por edad y sexo.

El censo de riesgo para la salud, este consiste en un formato utilizado para contar e identificar el número de personas y viviendas que enfrentan factores de riesgos para contraer una enfermedad sujeta a vigilancia Epidemiológica comunitaria. El análisis de la información obtenida permite planificar, en coordinación con la unidad de salud, las actividades de prevención a realizarse para eliminar los factores de riesgos.

Instrumentos para actuar:

La boleta de Referencia y contra referencia, formato utilizado para enviar a la unidad de salud los casos sospechosos de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica. En la unidad de salud recibirán atención medica que registrara el sistema de vigilancia Epidemiológica municipal, una vez confirmado el diagnostico. En estos casos notifican a la unidad de salud los casos de mortalidad materna o mortalidad infantil, sobre la sospecha o presencia de brote epidémico en la comunidad.

Este mecanismo de notificación permite que las autoridades de salud de la localidad, dispongan de información sobre que enfermedades están afectando a la población, en qué lugares están sucediendo, que lo está ocasionando y de esta forma, decidir las acciones que se van a implementar para su control. En los casos de brotes epidémicos facilita una rápida actuación, para evitar que produzca un contagio masivo, que pueda afectar a toda la comunidad. El municipio o incluso a todo el país, con la hoja de transferencia se pretende mantener retroalimentada la red comunitaria, orientando los pasos que debe continuar la persona que hizo la referencia.

Enfermedades y eventos sujetos a Vigilancia Epidemiológica Comunitaria

Para el trabajo que desarrollan las Unidades de Salud y la Red Comunitaria en la atención a la población, necesitan información sobre el riesgo al que está expuesta y las enfermedades que la están afectando. Con la vigilancia comunitaria se

pretende mejorar el registro de las enfermedades más frecuente, con la información de casos sospechosos que notifique la Red Comunitaria sobre Infecciones Respiratorias Agudas, Infecciones de nariz, oído, garganta, tráquea, bronquios y pulmones. Diarrea Aguda, Dengue, Malaria, enfermedad infecciosa que destruye los glóbulos rojos de la sangre y causa anemia, producida por parasito plasmodium, a través de la picadura del mosquito Anofeles.⁹

La Coordinación Inter Institucional frente a los problemas de Salud Pública en la comunidad.

La promoción de la salud en la población

La producción social de la salud, es un concepto que supera el enfoque limitado y tradicional de la salud como ausencia de enfermedad. En este sentido, atender la salud implica conocer los determinantes sociales y biológicos que afectan a la buena salud en las personas y grupos sociales. Una de las intervenciones efectivas es la promoción de la salud.

Algunos determinantes sociales son controlados por el individuo, como las conductas orientadas a proteger la salud y el uso de servicios de salud. Otros se relacionan con las condiciones de vida de los grupos sociales en lo ecológico, cultural y biológico. La promoción de la salud involucra a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar a dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.

Alcances de la promoción de la salud

La Promoción de la Salud, como modelo de intervención, nos ofrece muchas posibilidades, en el nivel local, regional y nacional. Es una estrategia centrada en la intervención y no en el diagnóstico de la situación. (Colomer, 2000.) Otro alcance de la promoción de la salud consiste en, capacitar al individuo, sujeto de sus acciones, para trabajar con los grupos sociales en la identificación y el análisis de los determinantes sociales de las necesidades en salud.

⁹ Informe del Programas de salud pública y asistencia social promovidos por el SILAIS en el reparto William Fonseca con el apoyo de la red comunitaria.2007.

Cuando hablamos de los alcances de promoción significa, que ésta no se reduce solamente a un cambio de los estilos de vida, sino a la revisión de los determinantes de estos, y al conocimiento de los factores que tienen que ver con las desigualdades sociales. Estilos de vida, concepto: “La manera general de vivir, basada en la interacción entre condiciones de vida, en su sentido más completo, y las pautas individuales de conducta determinadas por factores socioculturales y características personales.”¹⁰

Las regiones en donde existe una alta tasa de embarazo en adolescentes, desarrollan iniciativas en las que se integran las iniciativas locales, regionales y nacionales. Esto permite fortalecer los recursos y dar una respuesta, más adecuada. En algunas regiones se integran grupos culturales, deportivos y de autoayuda, que permiten a los jóvenes, conocer alternativas que orienten su proyecto de vida.

MARCO JURÍDICO SOBRE LA SALUD EN NICARAGUA

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD

DECRETO No. 001-2003. Aprobado el 09 de Enero del 2003.

Publicado en Las Gacetas Nos. 7 y 8 del 10 y 13 de Enero del 2003.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE NICARAGUA,

En uso de las facultades que le confiere la Constitución Política,

HA DICTADO:

El siguiente:

“REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD”

TITULO I

Capítulo Único

Disposiciones Generales

Artículo 1.- El presente Reglamento tiene por objeto regular la aplicación de la Ley No. 423, Ley General de Salud, publicada en La Gaceta, Diario Oficial, No. 91 del 17 de Mayo del 2002.

¹⁰ Nutbeam citado por Restrepo 2001

Artículo 2.- Al Ministerio de Salud, como órgano Rector, le corresponde la aplicación de este Reglamento en los términos que establece la Ley General de Salud, sin perjuicio de los acuerdos de delegación que se suscriban y las normas técnicas aprobadas de conformidad con la Ley de Normalización Técnica y Calidad, Ley No. 219, publicada en La Gaceta, Diario Oficial No. 123, del 2 de Julio de 1996 y su Reglamento; además de los manuales y otras disposiciones administrativas aplicables.

Artículo 3.- Cuando este Reglamento se haga referencia a la Ley, se entenderá que se trata de la Ley General de Salud, y cuando se refiera al MINSA, al Ministerio de Salud.

Artículo 4.- Cuando en la Ley se lee: Código Sanitario se refiere al Decreto No. 394, Disposiciones Sanitarias, publicado en La Gaceta, Diario Oficial, No. 200 del 21 de Octubre de 1988; el Decreto 33-95 “Disposiciones para el Control de la Contaminación Proveniente de las Descargas de Aguas Residuales Domésticas, Industriales y Agropecuarias” publicado en La Gaceta, Diario Oficial, No. 118 del 26 de Junio de 1995.

Artículo 5.- El MINSA, definirá los mecanismos para los procesos de evaluación y control de todas las acciones relacionadas de manera directa o indirecta con la salud de la población, promoviendo la participación de las organizaciones sociales relacionadas al sector...

TÍTULO II

PRINCIPIOS, DERECHOS Y OBLIGACIONES

Capítulo I

De los Principios y de la Aplicación de los Derechos de los Usuarios.

Artículo 6.- De acuerdo a los principios establecidos en la Ley, la provisión pública de servicios de salud estará dirigida a los sectores vulnerables de la población, entre los cuales se dará prioridad a la población materno infantil, tercera edad y discapacitados....

Capítulo III

Participación Social

Artículo 10.- Los establecimientos proveedores de servicios de salud, impulsarán la participación social tomando en cuenta los aportes, garantizando la comunicación permanente del personal de salud con líderes comunitarios, apoyarán a los grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar

organizadamente en los programas de mejoramiento de salud individual y colectiva, así como en los de prevención de enfermedades, accidentes y rehabilitación.

Artículo 11.- La comunidad podrá participar por medio de sus representantes desde los consejos establecidos en la Ley; a través de las siguientes acciones:

1. Informar y presentar sugerencias a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la provisión de los servicios de salud.
2. Informar la existencia de personas que requieran de los servicios de salud, cuando aquellas se encuentren impedidas de solicitar auxilio.
3. Incorporarse, como promotores voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social y participación en determinadas actividades de atención en salud, bajo la dirección y control de los funcionarios correspondientes.
4. Impulsar actividades dirigidas a la consecución de recursos para fortalecer la provisión de servicios de salud.
5. Colaborar en la prevención o tratamiento en problemas ambientales que representen riesgos a la salud.
6. Promover hábitos de conducta, que contribuyan a proteger y solucionar problemas de salud e intervención en programas de promoción y mejoramiento de ésta, así como de la prevención de enfermedades y accidentes.
7. Participar en consultas para el diseño, monitoreo, supervisión social y evaluación de políticas, planes y programas de salud mediante metodologías facilitadas por el MINSA.¹¹

Estrategias fundamentales para aplicar en la promoción de la salud

La acción intersectorial e interinstitucional

Los problemas y necesidades en salud de una población son el resultado de una serie de condicionantes, que no pueden ser resueltos desde el sector salud. Por esta razón, es necesario el esfuerzo coordinado de los diferentes sectores, relacionados con el desarrollo social y, por ende, con el bienestar de los diferentes colectivos sociales.

11 Reglamento de la Ley General de Salud, Decreto Ejecutivo, Enero 2003.

La investigación epidemiológica y social, evidencia los múltiples determinantes de la salud. Esto nos plantea la necesidad de identificar recursos personales y sociales en los diferentes sectores que tienen que ver con el bienestar de la salud; la acción intersectorial es fundamental en el trabajo por la salud y se define como la participación de los distintos sectores sociales, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar bienestar y calidad. Por ejemplo en sector salud, educación y económico, desarrollando programas de salud ocupacional en los centros educativos.

Ámbitos de participación en salud

Entre los implicados en esta acción intersectorial, están los gobiernos, el sector salud y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria, los medios de comunicación y la comunidad. Conocer las principales estrategias de la promoción de la salud. Es la participación de los distintos sectores sociales, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar bienestar y calidad.

Acción intersectorial

Concepto: La necesidad de un enfoque intersectorial e interinstitucional en el abordaje de la realidad de la niñez y la adolescencia, que es víctima de abuso. Los esfuerzos que se emprendan por cambiar la vida de estas personas, se verán concretados solo con la participación activa de todos los actores de la sociedad, de modo que todas las instituciones y personas se sientan responsables y comprometidas con el presente y futuro de la niñez y la adolescencia del país. (Viquez 2002).

Por ejemplo, En el nivel local de la salud, los recursos técnicos o materiales para atender esta problemática son limitados; el personal carece de preparación necesaria, de acción intersectorial y apoyo oportuno de otras instituciones que consolidaría las acciones del sector salud en este campo.

En conclusión la acción intersectorial como estrategia, plantea algo muy importante: dar una identidad a las tareas que está proponiendo la promoción de la salud y

reafirmar que el sistema de salud por sí solo no puede alcanzar las metas. Con el abordaje multisectorial y la coordinación interinstitucional, se facilita la coordinación dentro del sector salud y con otros servicios sociales. Así aumenta la eficiencia en la utilización de los recursos, se reduce el predominio de los profesionales de salud en las decisiones y se contribuye a la des medicalización de la atención de la salud.

Participación social y promoción de la salud

Análisis conceptual:

En la concepción de la promoción de la salud se destaca la participación de los individuos capaces de identificar sus necesidades y satisfacerlas adecuadamente.

Por otro lado, también deben ser sujetos de participación en nuestro que hacer cada uno de los recursos humanos (los líderes grupos organizados etc.), y materiales (la riqueza de la tierra, infraestructura etc.) que existentes en el territorio, de una u otra forma, actúan en el ámbito del bienestar social con efectos sobre la calidad de vida de la población.

Tendencias de la participación social

En la participación social se observan orientaciones entre las cuales se pueden señalar (OPS 1999) las siguientes: El convocar a la comunidad a actividades puntuales relativas al cuidado de la salud o a la extensión de cobertura. Aquí se incluye por ejemplo la formación de promotores de salud, para trabajar con grupos específicos de la población. En el primer caso, se considera la formación de promotores en salud, para trabajar en grupos específicos de la población. En el segundo, tal participación se produce en programas de salud ambiental, desarrollo urbano, etc.

“Es un proceso social en el que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de actividad social y de las instituciones sociales, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, con el fin de lograr la transformación de su realidad, en un superior al presente” (OPS, 1999.)

La participación social no solo obedece al derecho de las personas a participar en el marco de la democracia, sino que también es una necesidad del sector salud desde

la perspectiva de la promoción de la salud porque La participación social es el motor que conduce al desarrollo de la salud, pues pone énfasis en la intervención de diferentes actores y sectores sociales. Entre ellos grupos comunitarios, instituciones, organizaciones, etc.

La participación social es una acción fundamental que compete a los gobiernos, y a la vez es una responsabilidad de las comunidades, que participan a través de grupos, agentes y personas de la comunidad, que deben involucrarse en acciones que contribuyan en la mejora de aquellos aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política relacionados con la salud.

Principales objetivos de la participación comunitaria

Promocionar y consolidar la red social de sostén, las organizaciones e instituciones comunitarias, que estimulen los modos de vida sanos como norma social, y fomenten las iniciativas comunitarias en pro de la salud. Orientar los servicios de salud con una infraestructura adecuada para responder a la participación social y a la acción intersectorial. Las opciones individuales y colectivas saludables, dependen de que exista un entorno físico, social y económico propicio, así como servicios e instalaciones accesibles.

Un proceso de desarrollo comunitario de carácter participativo, implica a los trabajadores del campo de la salud, así como la familia, miembros de los centros educativos, la participación de las personas desde el ámbito laboral, la comunidad, de modo que promuevan tanto la toma de decisiones como la aplicación y la responsabilidad conjunta.

Características de la participación comunitaria

La participación comunitaria, como componente esencial de la promoción de la salud, se expresa como el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidad en cuanto a su salud y el bienestar propios y de la colectividad. Mediante este proceso mejora la capacidad de contribuir al propio desarrollo económico y comunitario; facilitan conocer mejor las situaciones y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. En conclusión, mediante la participación los miembros de la comunidad pasan a ser agentes de su propio

desarrollo en vez de beneficiarios pasivos. Sin la participación de las personas, es imposible enfrentarse a los nuevos retos de salud colectiva.

Modelo comunitario de salud

Es la implementación de un conjunto de estrategias de Salud Comunitaria debidamente articuladas, enfocadas a la promoción, gestión y acceso a la Salud para la población nicaragüense con la participación activa de las Comunidades debidamente organizadas, capacitadas y en coordinación con las instancias públicas de salud, gobiernos locales, organizaciones y demás actores del sector, que potencializan resultados de mayor impacto y beneficios en la salud y en la mitigación de la pobreza de las comunidades beneficiadas, en el marco de los derechos constitucionalmente establecidos en el país”.

Este Modelo Comunitario de Salud, toma los compromisos del país y de la sociedad nicaragüense para alcanzar las metas propuestas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio teniendo como grandes ejes transversales la promoción de la salud, los derechos ciudadanos, la equidad de género, la protección del medio ambiente y la participación comunitaria, entre otros, contribuyendo así en la mejora de las condiciones de salud y calidad de vida de la población.

CONCEPTOS

1. ACS. (Agentes Comunitarios de Salud) provienen de la mayoría de Localidades del Municipio donde replican los conocimientos adquiridos, desarrollan acciones preventivas y promueven mejores prácticas sanitarias de sus Comunidades Históricamente han apoyado al MINSA voluntariamente.

2. Auto gestión participativa: Acción de organización y dirección a través de la cual las comunidades buscan la resolución de los problemas de salud, vivienda, producción u otros, promueve que las comunidades busquen con sus propios medios, las oportunidades para la solución de los problemas.

3. CDSC. (Comité Departamental de Salud Comunitaria) de cada Departamento de incidencia de APD conforman una sola Red Comunitaria que se integra a la Red Nicaragüense de Salud Comunitaria “RNSC”

4. Comité comunitario. Es una forma de organización de la comunidad integrada por hombres y mujeres que promueven la participación de la comunidad para la identificación u solución de los problemas.

5. Comunidad. Es un grupo de personas que viven juntas en un lugar o área geográfica determinada, que se relacionan entre sí constantemente, que comparten intereses y problemas comunes en beneficio del desarrollo de su comunidad. La mayoría de las definiciones de comunidad comprende cuatro elementos básicos: La Gente, El Lugar, Los Recursos y servicios y La relación entre las personas.

6. Comunicación. Es la permanente acción de manifestar y dar a conocer de forma oral o por escrito las opiniones, sugerencias o mensajes que permitan el desarrollo

de las actividades de organización. Son las formas que la comunidad utiliza para expresarse e informarse en función de desarrollar el trabajo comunitario.

7. Comunicación en salud. La comunicación en salud, es un proceso de elaboración e intercambio de mensajes entre dos o más personas, con palabras claras, adecuadas y oportunas que promueven la salud.

8. Factores de Riesgos. Son todas aquellas situaciones que hacen más fácil o favorecen la aparición de enfermedades tal es el caso de los criaderos de zancudo, las viviendas ubicadas cerca de las quebradas propensas a un desastre natural, etc.

9. Instrumentos de vigilancia Epidemiológica comunitaria. Son los formatos que se utilizan para identificar y localizar en cada comunidad, los factores de riesgos para la salud, así como para notificar los casos sospechosos de enfermedades sujetas a vigilancia comunitaria.

10. Mapa de riesgo para la salud. Dibujo o croquis de la comunidad en donde se localiza mediante símbolos, las situaciones identificadas por el censo de riesgo y por la observación del entorno comunitario, así como las zonas de riesgo de desastre y de seguridad, presente en la comunidad.

11. Modelo de Salud Familiar y Comunitario: Como se establece en la Ley 423, es el instrumento sanitario que recoge la visión política y económica del Estado dentro del campo 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.

12. Modelo comunitario de salud. Es la implementación de un conjunto de estrategias de Salud Comunitaria debidamente articuladas, enfocadas a la promoción, gestión y acceso a la Salud para la población nicaragüense con la participación activa de las Comunidades debidamente organizadas, capacitadas y en coordinación con las instancias públicas de salud, gobiernos locales, organizaciones y demás actores.

13. Organización. Es un ente colectivo que presupone un conjunto de actividades a seguir para el desarrollo de una comunidad. La Organización (religiosa, cooperativas, educativas, deportivas, agrícolas) que en la práctica responden a objetivos comunes.

14. Organización comunitaria. Es un conjunto de personas que trabajan unidas armónicamente de forma permanente para el desarrollo de objetivos comunes en su comunidad.

15. Participación comunitaria. Es un proceso mediante el cual todos los miembros de una comunidad o parte de ella tienen la oportunidad de aportar ideas para la toma de decisiones y participar en la solución de problemas comunes de la comunidad en que viven.

16. Proceso de organización comunitaria. La organización a nivel comunitario se inicia cuando se forma una asociación voluntaria de personas que están dispuestas a realizar una serie de actividades y acciones orientadas a alcanzar uno o más objetivos para el bien de la comunidad donde habitan. Se inicia a partir de que las personas se dan cuenta que, aisladamente, carecen de capacidad suficiente para encontrar soluciones a sus problemas.

17. RNSC. (Red Nicaragüense de Salud Comunitaria) es un espacio de coordinación nacional integrada por diversas organizaciones nacionales que promueven la salud comunitaria y los derechos a la Salud y a la Vida. En la RNSC están integradas diversas organizaciones del ámbito nacional

18. Sector territorial. Se entiende como la unidad territorial epidemiológica, social y de producción de la salud donde se desarrollan acciones de promoción y prevención en coordinación con la red de agentes comunitarios. Facilita la organización para la acción y control de las actividades que se desarrollan en el sector en estrecha coordinación con la red comunitaria y el Equipo Básico de Atención en Salud.

19. Sectorización. Es la delimitación del espacio-población, donde se agrupan comunidades, barrios o zonas entre 600^a 1000 familias, equivalente a 3000 a 5000 habitantes, según sea el caso rural o urbano y que se denomina Sector, en el se desarrollaran acciones de promoción y prevención por la red de agentes comunitarios y estará articulado a la red de servicios de salud la que en su nivel primario contara con el Equipo Básico de Atención.

20. Voluntariedad: Significa que la persona forma parte del grupo de trabajo por su propia voluntad, nadie debe ser obligado. La persona debe estar convencida que el estar organizado tiene muchas ventajas para el desarrollo de su comunidad.

Hipótesis

La adecuada coordinación de las organizaciones comunitarias con el SILAIS, garantizan la eficacia de los programas de salud pública en el reparto.

Variable Independiente: La adecuada coordinación de las organizaciones comunitarias con el SILAIS.

Variable Dependiente: Garantizan la eficacia de los programas de Salud Pública en el reparto.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TIPO DE VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES/DESCRIPTORES	INDICES			
Variable Independiente: La adecuada coordinación de las organizaciones comunitarias con el SILAIS.	Mecanismos a través de los cuales se hace efectiva la participación e información de la comunidad en los procesos de desarrollo social.	Institucional	Coordinación interinstitucional	Tipos de coordinación sostenidas. a) Verticales b) Horizontales c) Mixtos.	a) Alto b) Medio c) Bajo			
				Instancias con las que se relaciona el SILAIS: a) Con los CLS b) Con el Movimiento comunitario c) Con el Centro de Salud del reparto.	a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Deficiente			
				Frecuencia de las reuniones de coordinación interinstitucionales	a) Alto b) Medio c) Bajo			
						Ejecución de programas	Nivel de cobertura de los programas de atención pública por los organismos	a) Alto b) Medio c) Bajo
							Financiamiento de los programas de salud: a) Estatal (central) b) ONG c) Estatal (Municipal)	a) Total b) Parcial c) Ninguno
							Programas impulsados por el SILAIS a través del centro de salud: a) Abatización b) Fumigación c) Vacunación d) Control prenatal	a) Muy efectivo b) Efectivo c) Medio efectivo d) Inefectivo

TIPO DE VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES/DESCRIPTORES	INDICES
Variable Independiente: La adecuada coordinación de las organizaciones comunitarias con el SILAIS.	Mecanismos a través de los cuales se hace efectiva la participación e información de la comunidad en los procesos de desarrollo social.	Social	Socio Familiar	Porcentajes de de Familias: a) Nucleares b) Extensas c) Mono parentales	a) Altos b) Medios c) Bajos
			Socioeconómica	No. de miembros que en la familia trabajan	a) Un miembro b) dos miembros c) tres miembros
				Promedio de ingresos semanales en la familia a) Tres mil b) Cuatro mil c) Cinco mil d) Seis mil a más.	a) Muchas b) Pocas c) Ninguna.
				Régimen de propiedad de la vivienda familiar a) Propia b) Alquilada c) En comodato d) Otras.	a) Alta b) Media c) Baja
				Otros ingresos económicos (Remesas familiares)	a) Muchas b) Pocas c) Ninguna
Socioeducativo	Escolaridad de: a) Los padres de familia b) los niños(as)	a) Alta b) Media c) Baja			

TIPO DE VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES/DESCRIPTORES	INDICES			
Variable Dependiente: Garantizan la participación eficaz de la red comunitaria en los programas de Salud Pública.	Resultado óptimo generado por el involucramiento de la población organizada en cada una de las acciones impulsadas por el SILAIS en pro de la salud comunitaria.	Participación ciudadana.	Grado de Participación de las organizaciones Comunitarias en los programas de Salud Pública en el reparto	Gabinete del Poder Ciudadano. (CLS)	a) Alta b) Media c) Baja			
				Brigadistas de Salud.				
				Gabinete de Educación y Consejo Escolar.				
				Comité de alimentación escolar.				
						Grado de involucramiento de los pobladores en cada una de las organizaciones comunitarias del reparto.	Responsables de Casas Bases de salud.	a)Mucho b) Poco c) Ninguno
				En los CLS				
				En las Brigadas de Salud				
				Gabinete de Educación y Consejo Escolar				
				Comité de alimentación escolar.				

TIPO DE VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES/DESCRIPTORES	INDICES
Variable Dependiente: Garantizan la participación eficaz de la red comunitaria en los programas de Salud Pública.	Resultado óptimo generado por el involucramiento de la población organizada en cada una de las acciones impulsadas por el SILAIS en pro de la salud comunitaria.	Participación ciudadana	Eficacia de la participación de la red comunitaria	a) Calidad de la participación. b) Beneficios obtenidos	a) Muy buena b) Buena c) Deficiente
				a) Obstáculos de laparticipación ciudadana	a) Muchos b) Pocos c) Ninguno
			Formas de participación ciudadana	Percepción social e institucional sobre la eficacia de la participación comunitaria en los programas de SP del SILAIS	Favorable Desfavorable Ninguna
				a) Directa b) Indirecta c) Mixta	a) Alta b) Media c) Baja
			Cobertura de la red comunitaria en los programas de salud pública.	a) En la salud preventiva b) En jornadas eventuales	a) Alta b) Media c) Baja

Diseño Metodológico.

Tipo de estudio.

Según el enfoque de la investigación: Pertenece al paradigma cualitativo - cuantitativo, o sea mixto, ya que con estos dos enfoques se obtuvo una mayor profundidad y comprensión del fenómeno estudiado al incorporar datos tanto numéricos como valoraciones cualitativas de los aspectos que están relacionados con el grado de participación comunitaria en los programas de salud pública promovidas por el SILAIS en el reparto William Fonseca en la ciudad de León.

Es Cualitativo: porque “la esencia de la investigación cualitativa no está dada por el uso de técnicas cualitativas sino por la naturaleza de su objeto de estudio, el cual corresponde a cualidades, atributos o características del ser humano que se expresan en su cotidianidad. Por lo que una investigación cualitativa se orienta a la comprensión de la vida cotidiana” (Piura 2006, p.118).

En este caso se trata de arribar a la comprensión de cuáles son los grados de Participación comunitaria en los programas de salud pública promovidos por el Silais en el reparto William Fonseca, de la ciudad de León. Cómo ha incidido la participación organizada de la comunidad en la mejora de la salud comunitaria

Cuantitativo: Porque se logró mayor alcance investigativo al procesar los datos numéricos de la encuesta y los otros instrumentos de recolección de información, de tal forma que se obtuvo una mejor interpretación del problema, logrando así la validez científica y por ende mayor fiabilidad de los resultados del estudio mencionado.

Según el análisis y alcance de los resultados: Es Analítico, porque este estudio está orientado a determinar la incidencia de la Participación comunitaria en los programas de salud pública promovidos por el Silais en el reparto William Fonseca, del municipio de León

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:

El estudio es **prospectivo**, ya que se retomaron datos de hechos ocurridos en un período anterior pero que se mantienen vigentes al momento de la investigación y son contrastados con las causas del problema en estudio, para tener una visión más amplia y capacidad de estudio del fenómeno social.

Según el período o secuencia del estudio: Este es de corte transversal, porque para su realización se determinó el segundo semestre del año 2014, sin que esto implique que antes o después de esta fecha el problema no existiera, esto obedece estrictamente a la necesidad de delimitar la problemática que hemos seleccionado.

. Área de estudio

El área de estudio está delimitada en el reparto William Fonseca que se encuentra al norte de la ciudad de León, sector sub urbano, pero específicamente en el centro de salud del reparto, sede en donde se coordinan las actividades comunitarias en pro de la salud pública.

Universo

El universo está definido por los 36 miembros de los GPC (Gabinetes del Poder Ciudadano), más los 4 miembros de cada una de las dos casas bases de salud y 4 funcionarios públicos del SILAIS – MINSA y de la Alcaldía Municipal de la ciudad de León. Para un total de 44 personas.

Muestra

Por el carácter reducido de nuestro universo en estudio decidimos no trabajar con muestra ya que se van a tomar en cuenta a cada uno de los miembros del universo declarado en un 100%, grupo de personas que fueron seleccionadas por conveniencia.

Descripción de las unidades de análisis:

Nuestras unidades de análisis las constituyen las(os) 36 miembros de los GPC, 18 en cada etapa del reparto; Los 4 miembros de cada una de las casas bases de salud, 2 en cada etapa; Los 4 funcionarios públicos, 2 del SILAIS – MINSA y 2 de la Alcaldía Municipal.

Método de obtención de la información.

Para obtener la información se utilizó el método de la encuesta y las entrevistas.

La Encuesta se aplicó a cada una de las personas que constituyen las(os) 36 miembros de los GPC que trabajan en coordinación con las autoridades del SILAIS – MINSA. La entrevista a profundidad se realizó con cada uno de los 4 miembros que laboran en las casas bases de cada etapa del reparto y; Finalmente hicimos una entrevista con informantes claves que son los cuatro funcionarios públicos del MINSA y la Alcaldía Municipal de la ciudad de León.

Plan de tabulación y análisis:

Concluida la recolección de la información obtenida de las encuestas a los miembros de los GPC, las entrevistas aplicadas a los informantes claves, entiéndase a los funcionarios públicos del MINSA y la Alcaldía Municipal y a los miembros de las casas bases de salud, procedimos a la introducción de datos con el auxilio técnico del programa EXCEL con el propósito de procesar la información a manera de gráficos que nos demuestran las diferentes respuestas agrupadas por el programa mencionado, el que nos permitió realizar una serie de operaciones digitales, con los resultados obtenidos, dentro de los que podemos señalar, porcentajes, triangulación de resultados, gráficos y otras valoraciones relacionadas.

Todas estas operaciones, habiéndose concluido, nos facilitaron plantear las conclusiones del trabajo de investigación, atendiendo directamente al objetivo general y relacionando las recomendaciones con la justificación del estudio de investigación monográfica.

Con el propósito de lograr la objetividad y validez de la información obtenida, realizamos **la triangulación** por instrumento aplicado a cada sujeto de la investigación, esto quiere decir que analizamos los criterios vertidos por cada una de las unidades de análisis que hemos declarado en este diseño metodológico.

TRIANGULACIÓN



TRIANGULACIÓN

Objetivos específicos	Preguntas.	Resultados de encuestas a miembros de los GPC	Resultados de entrevista estructurada a miembros de las casas bases de salud.	Resultados de entrevista a informantes claves (Funcionarios públicos)
<p>No.1. Caracterizar la situación socio demográfica que vive la comunidad del reparto William Fonseca de la ciudad de León.</p>	<p>No.1. Edad de los y las Encuestadas</p>	<p>8 de los miembros encuestados de los gabinetes del poder ciudadano, que equivalen al 22.22%, dicen que tienen 25 años de edad, 12 que son el 33.33% dicen tener 22 años, 6 que son el 16.66% dicen tener 20 años y 10 que son el 27.77% dicen que tienen 19 años.</p>	<p>Los miembros de las casas bases Confirman los resultados que brindaron los miembros de los gabinetes del poder ciudadano.</p>	<p>Los funcionarios públicos declaran no saber al respecto información alguna.</p>
	<p>No.2. Sexo de los miembros que conforman los gabinetes del poder ciudadano</p>	<p>27 miembros de los GPC, que son el 75%, dicen que son mujeres y 9 de ellos, que son el 25% dicen que solo el 25% son varones.</p>	<p>3 que son el 75% dijeron que estos son mujeres y 1 que conforma el 25% dijo que son varones.</p>	<p>2 que forman el 25% dijeron que son mujeres y 2 que también conforman el 25% menciona que son varones.</p>
	<p>No. 3 Estado civil</p>	<p>Siete de los miembros de los GPC, que son el 19.44% dicen ser casados, 17 que son el 47.22% dicen ser solteros y 12 que son el 33.33% dicen vivir en unión de hecho estable.</p>	<p>Un miembro de las casas bases, que es el 25% de los entrevistados, dijo que el 25% de los miembros de los GPC son casados, un miembro que es el 25% de los entrevistados opinó que un 25% son solteros y 2 miembros de las casa base que son el 50% de los entrevistados opinaron que el 50% de los miembros de los GPC viven en unión de hecho estable.</p>	<p>Los funcionarios de las instituciones u organismos declaran no manejar esta información.</p>

Objetivos específicos	Preguntas.	Resultados de encuestas a miembros de los GPC	Resultados de entrevista estructurada a miembros de las casas bases de salud.	Resultados de entrevista a informantes claves (Funcionarios públicos)
No.1. Caracterizar la situación socio demográfica que vive la comunidad del reparto William Fonseca de la ciudad de León.	No. 4 Nivel de escolaridad de los miembros de los gabinetes del poder ciudadano.	28 de ellos(as), que son el 77.77%, dicen estar cursando la secundaria, 3 miembros que son el 8.33% cursan el Técnico Medio y 5 de los mismos que son el 13.88% dicen haber aprobado los estudios universitarios.	Por su parte 2 miembros de las casas bases dicen que el 50% de los GPC estudian secundaria y los otros 2 miembros dicen que el 50% estudia Técnico Medio.	uno de ellos que es el 25% de los entrevistados opinan que el 25% estudia secundaria, dos de ellos opina que el 50% de los GPC estudia Técnico Medio, y el otro funcionario opina que un 25% de los GPC tiene estudios universitarios.
	No.5 Tipos de familia que habitan en el reparto	10 miembros de los GPC encuestados que son el 27.77%, dicen que las familias que habitan en el reparto son nucleares, 20 miembros que son el 55.55%, dicen que son familias medias y 6 miembros que son el 16.66% dicen que son extensas.	Por otra parte un miembro de las casa base opina que el 25% de los GPC es de familia nuclear, dos miembros que son el 50% dicen que son familias medias y el otro miembro que es el 25% dice que son familias de tipo extensa.	Los funcionarios, uno de ellos que equivale al 25% dicen que las familias en un 25% son de tipo extensa, dos de ellos que equivalen al 50% dicen que el 50% son de tipo media y uno opina que el 25% de las familias son de tipo nuclear.
	No.6 Cantidad de miembros que forman las familias del reparto	10 miembros de los GPC que constituyen el 27.77% de los encuestados opinan que las familias están conformadas por 4 miembros, 20, que son el 55.55% dicen que estas familias están compuestas por 6 miembros y 6, que son el 16.66% dicen que tienen 8 miembros.	En cambio los miembros de las casas base que fueron entrevistados, 1 de ellos que representa el 25% consideró que las familias las constituían 4 miembros, otro de ellos (ellas) que es el 25% opina que son conformados por 6 miembros y 2, que son el 50% dicen que 8 miembros.	En el caso de los funcionarios 2 de ellos que son el 50% opinan que son familias de 4 miembros, 1, que es el 25% de ellos dicen que son de 6 miembros y en el mismo porcentaje otro de ellos opina que son de 8 miembros.

Objetivos específicos	Preguntas.	Resultados de encuestas a miembros de los GPC	Resultados de entrevista estructurada a miembros de las casas bases de salud.	Resultados a entrevista a informantes claves (Funcionarios públicos)
2. Distinguir las características socioeconómicas en las que viven los pobladores del reparto "William Fonseca".	No.7. Cantidad promedio de miembros que trabajan en las familias del reparto	5 miembros de los GPC encuestados, que constituyen el 13.88% opinan que solo trabaja un miembro, 5 de ellos(as) que son el 13.88% opinan que trabajan 2 miembros y 26 de los encuestados que son el 72.22% opinan que son 3 o más miembros trabajadores.	En el caso de los miembros de las casas base, 2 de ellos, que son el 50% opinan que en estas familias trabajan 2 miembros y los otros 2 miembros que son el 50% restante opinan que laboran tres o más miembros.	Por su parte los funcionarios en cantidad de 1 que es el 25% dice que solo trabaja 1 miembro, otro de ellos que es el 25% dice que son dos miembros y 2 funcionarios que son el 50%, opinaron que son 3 personas las que en promedio laboran en estos hogares.
	No.8 Ocupación laboral más observadas en el reparto	10 miembros de los GPC encuestados que representan el 27.77% dicen que trabajan como amas de casa, 13, que son el 36.11% dicen que trabajan por cuenta propia, y 13 de ellos o ellas, que son el 36.11% dicen que son asalariadas permanentes.	Por su parte los miembros de las casas base 1 de ellos que es el 25% opinó que laboran como amas de casa, 2 de estos(as) que son el 50% dijeron que por cuenta propia y 1 de estos(as) que son el 25% dijeron que el asalariado permanente.	En el caso de los funcionarios 1, que es el 25% dijo que la más observada eran los oficios de amas de casa, en cambio 3 de ellos que son el 75% opinaron que la labor más observada es el trabajo por cuenta propia.
	No.9 Ingresos económicos que perciben semanalmente estas familias.	2 de los miembros encuestados que son 5.55% dicen obtener un ingreso de 2000 córdobas, 5 de ellos(as) que son el 13.88% dicen que estas ganan unos 2500 córdobas, 15 de ellos(as) que son el 41.66% dicen que unos 3000 córdobas y 14, que corresponden a un 38.88% dicen adquirir 4000 córdobas semanales.	En el caso de los miembros de las casas base, 1 de ellos que conforma el 25% de los entrevistados dijo 2500 córdobas, 2 que constituyen el 50% dicen que 3000 y el otro miembro de las casas base, que constituyen el 25% dijo 4000 córdobas.	Respecto a los funcionarios públicos todos ellos opinan igual, tanto en el No. de ellos como en el porcentaje, que los miembros de las casas base.

Objetivos específicos	Preguntas.	Resultados de encuestas a miembros de los GPC	Resultados de entrevista estructurada a miembros de las casas bases de salud.	Resultados a entrevista a informantes claves (Funcionarios públicos)
2. Distinguir las características socioeconómicas en las que viven los pobladores del reparto "William Fonseca".	No.10 Régimen de propiedad de la vivienda en la que viven las familias del reparto.	25 miembros de los GPC encuestados que conforman el 69.44% dicen que la vivienda es propia, 5 que son el 13.88 dicen que es alquilada y 6 miembros, que son el 16% dicen que es de algún familiar.	Por su parte los miembros entrevistados de las casas base, 2 de ellos(as) que son el 50% dijeron que eran propias, 1de ellos(as) que es el 25% dijeron que eran alquiladas y el otro miembro (1) que es el 25% dijo que son de algún familiar.	Los mismos resultados de los miembros de las casas base fueron expresados por los funcionarios entrevistados.
No.3 Identificar las estrategias de coordinación institucionales impulsadas por el SILAIS, en la lucha por controlar las enfermedades infecciosas en coordinación con la comunidad del reparto William Fonseca.	No.11 Tipos de coordinación observadas entre el SILAIS – MINSA y las organizaciones comunitarias	13 miembro que son el 36.11% dicen que son de tipo verticales, 15 de ellos que forman el 41.66% dice que son de tipo horizontales, y 8 de ellos que forman el 22% opinaron que mixtos.	2 de ellos que forman un 50% opinaron que estos tipos de coordinación son verticales, 1 que forma el 25% opino que son de tipo horizontales y 1 que forma el 25 % dijo de tipo mixtos.	Los funcionarios fueron expresados de la siguiente manera; 1 que forma el 25% dijo que verticales, 2 de ellos que forma el 50% afirmo que horizontales y uno que también forma el 25% dijo que mixtos.
	No.12 Instancias con las que se relaciona el SILAIS – MINSA en el Reparto.	7 De los miembros de los GPC que son un 19.44% opinaron que CLS, 6 que forman un 16.66% dijo que se relacionan mas con el movimiento comunitario, 8 que son el 22.22% opinaron que con el centro de salud y 15 que conforman el 41.66% sostuvo que se relacionan con todos. Los funcionarios entrevistados.	1 de ellos que forma el 25% sostuvo que con los que mejor se relacionan es con los miembros de los CLS, 1 que también forma el 25% afirmo que con el centro de salud y los otros dos miembros que forman el 50% dijeron que con la que mejor se relacionaban es con todos.	Por otra parte 2 miembros de las casas base que forman el 50% opinaron que con los CLS, 1 que forma el 25% dijo que con el movimiento comunitario y 1 que también forma el 25% opino que con todos.

Objetivos específicos	Preguntas.	Resultados de encuestas a miembros de los GPC	Resultados de entrevista estructurada a miembros de las casas bases de salud.	Resultados de entrevista a informantes claves (Funcionarios públicos)
<p>No.3</p> <p>Identificar las estrategias de coordinación de instituciones impulsadas por el SILAIS, en la lucha por controlar las enfermedades infecciosas en coordinación con la comunidad del reparto William Fonseca.</p>	<p>No. 13</p> <p>Frecuencia con la que el SILAIS – MINSA efectúa estas reuniones con la red comunitaria</p>	<p>6 de los miembros GPC encuestados que forman un 16.66% dijo que la frecuencia con la que el SILAIS efectúa las reuniones es semanal, 8 que son el 22.22% dijo que las efectúan quincenal y 22 que son el 61.11% mencionaron que estas se efectúan mensuales.</p>	<p>Por su parte los funcionarios opinaron: 1 que forma el 25% dijo que estas se efectúan diariamente, 1 que también forma el 25% dijo que se efectúan semanales, 1 que también forma el 25% dijo que se efectúan de manera quincenal y el último que también forma el 25% mencionó que se efectúan mensualmente.</p>	<p>Por otra parte los mismos resultados de los miembros de las casas base fueron expresados por los funcionarios entrevistados.</p>
	<p>No.14</p> <p>Nivel de cobertura de los programas de atención de Salud Pública logrado por los diversos organismos</p>	<p>9 de los miembros encuestados de los GPC que forman un 25% opinan que el nivel de cobertura de los programas logrado por los diversos organismos es alto, 23 que forman un 63.88% dijeron que medio y 4 que son el 11.11% afirmaron que bajo.</p>	<p>Por otra parte 1 los funcionarios afirmo en su entrevista que este a su vez conforma el 25% dijo que el nivel es alto, 2 que son el 50% dijeron que medio y 1 que es el 25% dijo que bajo.</p>	<p>Los miembros de las casas bases, 2 que son el 50% aseveraron que el nivel es alto, y los 2 que también forman parte del 50% afirmaron que medio.</p>

Objetivos específicos	Preguntas.	Resultados de encuestas a miembros de los GPC	Resultados entrevista estructurada a miembros de las casas bases de salud.	Resultados a entrevista a informantes claves (Funcionarios públicos)
<p>No.3</p> <p>Identificar las estrategias de coordinación institucionales impulsadas por el SILAIS, en la lucha por controlar las enfermedades infecciosas en coordinación con la comunidad del reparto William Fonseca.</p>	<p>Pregunta No. 15</p> <p>Procedencia del financiamiento de los programas de Salud Pública implementados en el Reparto.</p>	<p>13 De los miembros de los GPC que forman el 36%, es por parte del Estado central, 13 que forman el 36% dijeron que dicho financiamiento provenía por parte de las ONG, 10 que son el 28% dijeron que por parte de la alcaldía municipal.</p>	<p>Por otra parte los funcionarios 3 de ellos que son el 75% dijeron que el Estatal central, 1 que es el 25% dijo que el mayor financiamiento es porta de las ONG.</p>	<p>Por otra parte los mismos resultados de los funcionarios fueron expresados por los miembros de las casas bases.</p>
	<p>Pregunta No. 16</p> <p>Efectividad de los programas impulsados por el SILAIS en el reparto.</p>	<p>12 de los miembros de los GPC que forman parte de un 33.33% mencionaron que son muy efectivos, 16 que son el 44.44% afirmaron que estos son efectivos y 8 que son el 22% aseguraron que estos son medio efectivos.</p>	<p>Por su parte los miembros de las casas bases 1 que forma parte del 25% dijo que muy efectivo, 2 que conforman el 50% dijo que estos son efectivos, 1 que forma el 25% dijo que medio efectivo.</p>	<p>En tanto a los funcionarios 1 que forma el 25% dijo que los programas impulsados son muy efectivos, 2 que conforman el 50% dijo que efectivo y 1 que forma el 25% dijo que son medios efectivo.</p>
<p>No.4</p> <p>Valorar la participación de la red comunitaria del reparto William Fonseca en coordinación con el centro de salud del reparto en los diferentes programas de salud pública.</p>	<p>Pregunta No. 17</p> <p>Grado de participación de las organizaciones comunitarias en los programas de Salud Pública en el reparto.</p>	<p>15 de los miembros GPC encuestados que forman el 42% dijeron que es alta, 17 miembros que son el 47% dijo que media, 4 que son el 11% dijo que baja.</p>	<p>Por otra parte los miembros de las casas base, 1 que forma el 25% dijo que dicho grado de participación es alto, 2 que son el 50% dijeron que medio y 1 que es el 25% dijo que bajo.</p>	<p>Por su parte los funcionarios entrevistados dieron la misma respuestas que los miembros de las casas bases.</p>

Objetivos específicos	Preguntas.	Resultados de encuestas a miembros de los GPC	Resultados entrevista estructurada a miembros de las casas bases de salud.	Resultados a entrevista informantes claves (Funcionarios públicos)
No.4 Valorar la eficacia de la participación de la red comunitaria del reparto William Fonseca en coordinación con el centro de salud del reparto en los diferentes programas de salud pública.	Pregunta No. 18 Grado de involucramiento de los pobladores en las organizaciones comunitarias del reparto.	13 de los miembros de los GPC que forman el 36.11% dijo que es alto, 21 de ellos que forma un 58.33% dijo que medio, 3 que son el 8.33% aseguro que bajo.	Por otro lado los funcionarios 1 que forma el 25% dijo que alto, 2 que conforma el 50% aseguro que medio, 1 que es el 25% dijo que bajo.	Por su parte lo miembros de las casas bases 2 que son el 50% dijeron que el grado de involucramiento es alto, 2 que también son el 50% aseguraron que medio.
	Pregunta No. 19 Eficacia de la participación de la red comunitaria en los programas	5 de los miembros GPC encuestados que constituyen el 13.88% dio como respuesta que la eficacia de la participación de la red comunitaria es excelente, 12 que son el 33.33% aseguran que es muy buena, 17 que son el 47.22% dicen que es buena y 2 que son el 5.55% que deficiente.	Por su parte los funcionarios uno de ellos que forma el 25% aseguro que excelente, 1 que también es el 25% dice ser muy buena y 2 que constituyen el 50% asegura que buena.	Los miembros de las casas bases dos de ellos que conforma el 50% dice que dicha eficacia es muy buena, en cuanto a los otros dos que también conforman el 50% dicen que es buena.
	Pregunta No. 20 Percepción social e institucional sobre la eficacia de la participación comunitaria en los programas de Salud Pública.	30 de los miembros de los GPC encuestados que forman el 83.33% afirmo que la percepción es favorable, y 6 de estos que forma el 16.66% menciono que desfavorable.	Por otra parte los miembros de las casas bases 3 que forman el 75% dijo que dicha percepción es favorable, y 1 que conforma el 25% dijo que desfavorable	En cuanto a dos de los funcionarios entrevistados, que forma el 50% dijo que favorable, y los otros 2 que también forma el 50% menciono que desfavorable.

Objetivos específicos	Preguntas.	Resultados de encuestas a miembros de los GPC	Resultados entrevista estructurada a miembros de las casas bases de salud.	Resultados a entrevista a informantes claves (Funcionarios públicos)
<p>No.4</p> <p>Valorar la eficacia de la participación de la red comunitaria del reparto William Fonseca en coordinación con el centro de salud del reparto en los diferentes programas de salud pública.</p>	<p>Pregunta No. 21</p> <p>¿Cuáles son las formas de participación ciudadana</p>	<p>23 de los miembros GPC encuestados que forman el 63.88% aseveraron que las formas de participación ciudadana son directa, 13 que son el 36.11% dijo que estas son indirecta.</p>	<p>En cuanto a los miembros de las casas bases dieron la misma respuesta de los funcionarios.</p>	<p>Por otra parte los funcionarios opinaron; 2 de ellos que son el 50% dijo que dicha forma de participación es directa y 2 que también forman el 50% dijo que indirecta.</p>
	<p>Pregunta No. 22</p> <p>¿Cómo es la cobertura de la red comunitaria en los programas de salud pública?</p>	<p>15 de los miembros GPC que forman el 42% aseguro que la cobertura de la red comunitaria en los programas de salud pública es alta, 18 que forman el 50% aseguraron que dicha cobertura es media, 3 que forman un 8% dijo que baja.</p>	<p>De igual manera que los funcionarios respondieron los miembros de las casa bases.</p>	<p>Por su parte los funcionarios 2 que forman un 50% dijo alta y los otros dos que también forman el 50% aseguro que media.</p>

Análisis

Procesados la información y los datos que hemos obtenido de la aplicación de cada uno de los diferentes instrumentos de recolección de información como fueron la encuesta y las dos entrevistas, aplicados a las unidades de análisis detalladas en el diseño metodológico y habiendo realizado con ellos la triangulación de los mismos datos, procedimos a realizar el presente análisis.

Con el propósito de caracterizar la situación sociodemográfica del reparto William Fonseca logramos establecer que en la unidad de análisis organizada en los Gabinetes del Poder Ciudadano GPC existe una marcada tendencia a reafirmar una edad joven, por cuanto los más adultos apenas cumplen los 25 años y los menores 19 años. La mayoría de estos Jóvenes pertenecen al sexo femenino, presentan un estado civil mayoritariamente soltero (as), estudian secundaria, técnico medio o carreras universitarias y pertenecen a familias tipo medias integradas por 6 o más miembros.

Este hecho probablemente incida positivamente en los resultados del trabajo comunitario del reparto en materia de Salud Pública dado que el SILAIS de León cuenta con una red de colaboradores eficientes. Otro valor agregado que tienen los miembros de los GPC es que todos son estudiantes.

En lo que respecta a las características socioeconómicas que en general se observan en el reparto, nos encontramos con familias que como promedio mayoritario, más del 70%, poseen 3 miembros trabajando en empleos por cuenta propia o como trabajadores asalariados permanentes de tiempo completo, con ingresos que oscilan entre los 3.000 a 4.000 córdobas semanales, esto es unos 12 a 16 mil córdobas al mes.

Si partimos que estamos hablando de familias de 6 o más miembros, estos ingresos son relativamente modestos pues apenas logran comprar una canasta básica que está calculada para cinco miembros, que por tanto poseen pocos márgenes de adquirir productos electrodomésticos ni de realizar mejoras en sus viviendas,

características típicas de las familias pobres. No obstante de ello, la mayoría de estas familias poseen casas propias por ser fundadores del reparto.

Otro de los aspectos que se incorporan en esta investigación fueron las estrategias de coordinación institucionales impulsadas por el SILAIS, en la lucha por controlar las enfermedades infecciosas en coordinación con la comunidad del reparto William Fonseca. Por una parte, y en atención a lo expresado por los líderes comunitarios, se identifican tanto tipos de coordinación verticales (cuando nos referimos a que las orientaciones se bajan desde el SILAIS a la red comunitaria a través del Centro de Salud) como horizontales (cuando las disposiciones son consensuadas con la red comunitaria), no obstante atendiendo a la normativa jurídica existente, establecida en el reglamento a la Ley General de Salud, el tipo de coordinación que se contempla es de tipo vertical, veamos:

“Artículo 5.- El MINSA, definirá los mecanismos para los procesos de evaluación y control de todas las acciones relacionadas de manera directa o indirecta con la salud de la población, promoviendo la participación de las organizaciones sociales relacionadas al sector”...

“**Artículo 10.-** Los establecimientos proveedores de servicios de salud, impulsarán la participación social tomando en cuenta los aportes, garantizando la comunicación permanente del personal de salud con líderes comunitarios, apoyarán a los grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de mejoramiento de salud individual y colectiva, así como en los de prevención de enfermedades, accidentes y rehabilitación.

Artículo 11.- La comunidad podrá participar por medio de sus representantes desde los consejos establecidos en la Ley; a través de las siguientes acciones:

1. Informar y presentar sugerencias a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la provisión de los servicios de salud.”

Como podremos notar las disposiciones jurídicas que aquí estamos citando otorgan en su totalidad la dirección del sistema de salud por sobre cualquier otro organismo e institución que en el mejor de los casos es tomado como colaborador en las campañas de salud pública comunitarias.

Al indagar sobre las instancias con las que más se relaciona el SILAIS-MINSA en el reparto son los CLS, el movimiento comunitario y las casas bases adscritas al centro de salud, los que más se mencionan mayoritariamente como las instancias de coordinación con las que cuenta el SILAIS-MINSA a la hora de impulsar una directriz. Que para tales efectos el SILAIS-MINSA impulsaba una serie de reuniones con toda la red comunitaria mayoritariamente mensuales logrando así entre un alto y un medio nivel de cobertura en toda la población de atenciones individualizadas como campañas masivas para atacar vectores o virus como el Dengue, la Malaria así como jornadas de vacunación.

En relación con el financiamiento que reciben estos programas de salud que son implementados en este reparto, en su mayoría, un 75%, es cubierto por parte del estado a través del SILAIS-MINSA, como se establece en la normativa jurídica reglamentaria antes citada. No obstante de ello organismos cooperantes internacionales que tienen acto de presencia en el territorio, en ocasiones cooperan para el desarrollo de campañas preventivas de salud pública que canalizan a través del centro de salud y en coordinación con el SILAIS-MINSA.

Sobre la efectividad de los programas que el SILAIS-MINSA desarrolla en este reparto, un 78% de la muestra encuestada y entrevistada relativamente, confirman sobre una muy alta y alta efectividad de los mismos. Tal y como se expresa en una de las partes de los antecedentes compilados por en historial de la salud comunitaria que contempla el MINSA, veamos:

“Situación de la Salud: El MINSA a través del SILAIS ha venido desarrollando una serie de programas de atención a la comunidad no sólo en el campo

epidemiológico emergente u ocasional sino, en enfermedades crónicas y de asistencia especializada. Esta superación del servicio de la salud en el reparto ha sido posible por la cooperación internacional que se ha logrado y los altos índices de organización comunitaria logrados que han permitido el incremento de la participación ciudadana en las tareas coordinadas con las casas bases del SILAIS.”¹²

De lo antes expresado se deja entre ver que el servicio de salud prestado por el SILAIS-MINSA ha alcanzado, de conformidad con lo expresado por las unidades de análisis, un nivel de superación sobre las enfermedades crónicas y epidemiológicas que se han presentado en el territorio del reparto. También se menciona sobre la cooperación internacional que la comunidad y los programas de cooperación ha recibido en los diferentes programas y jornadas de salud.

En cuanto al grado de participación de las organizaciones comunitarias que forman parte de la red comunitaria del reparto, en los programas de salud pública que orienta el SILAIS-MINSA, este es considerado por los informantes encuestados y entrevistados en un 89% opinaron que este era entre alto y medio, solamente un 11% consideró que este era bajo. Es importante destacar que la naturaleza de estas organizaciones participantes responde a las actividades propias de salud y son promovidas e impulsadas por el SILAIS-MINSA propiamente dichas y otras son creadas por la comunidad respondiendo orientaciones del movimiento comunal nicaragüense o del partido sandinista, como es el caso de los Gabinetes del Poder Ciudadano.

Respecto al grado de involucramiento de los pobladores en las organizaciones comunitarias del reparto, en atención a lo expresado por las unidades de análisis, estos en un 95% la califican como alta y media respectivamente, calificación que es relativa con la participación de estas organizaciones comunitarias. Este alto grado de participación señalado obedece por una parte a la naturaleza de los programas y jornadas de salud pública ya que esta es en beneficio directo a la

¹²Historias de salud familiar/MINSA/2010.

población, principalmente más vulnerable de la comunidad y por otra parte este alto grado de participación, redundando en la efectividad de esta, en beneficio del servicio de salud que presta el SILAIS-MINSA a la comunidad.

Las formas de participación ciudadana observadas por la comunidad, en cada una de las jornadas o programas impulsados por el SILAIS-MINSA, son mayoritariamente directas, un 64% así lo expresó, frente a una minoría que las calificó como indirectas. Estas formas directas o indirectas se miden en función del protagonismo de los pobladores en las jornadas o programas de salud impulsadas, lo que demuestra que existe una alta cobertura de la red comunitaria.

Conclusiones

Primero: El reparto William Fonseca cuenta con una red de organizaciones comunitarias integradas por un segmento de la población joven entre los 19 y 25 años de edad, la mayoría de los cuales pertenecen al sexo femenino, son estudiantes de secundaria, técnicos medios y cursan estudios universitarios respectivamente.

Segundo: Estas calidades demográficas descritas anteriormente constituyen valores agregados al exitoso desempeño que estos tienen en la participación ciudadana de las jornadas y campañas de salud pública que impulsa el SILAIS-MINSA en la comunidad a través del centro de salud y las casas base de cada sector, ya que estamos ablando de jóvenes que tienen entusiasmo y creatividad para asumir el efectivo cumplimiento de las labores asignadas.

Tercero: Nos encontramos con familias pobres que como promedio mayoritario, más del 70%, poseen 3 miembros trabajando en empleos por cuenta propia o como trabajadores asalariados permanentes de tiempo completo, con ingresos que oscilan entre los 3.000 a 4.000 córdobas semanales, esto es unos 12 a 16 mil córdobas al mes.

Cuarto: Se identifican tanto tipos de coordinación verticales (cuando nos referimos a que las orientaciones se bajan desde el SILAIS a la red comunitaria a través del Centro de Salud) como horizontales (cuando las disposiciones son consensuadas con la red comunitaria), no obstante atendiendo a la normativa jurídica existente, establecida en el reglamento a la Ley General de Salud, el tipo de coordinación que prevalece es de tipo vertical.

Quinto: Las instancias con las que más se relaciona el SILAIS-MINSA en el reparto son los CLS, el movimiento comunitario y las casas bases adscritas al centro de salud, como las instancias de coordinación con las que cuenta el SILAIS-MINSA a la hora de impulsar una directriz.

Sexto: El SILAIS-MINSA impulsaba una serie de reuniones con toda la red comunitaria mayoritariamente mensuales logrando así entre un alto y un medio nivel de cobertura en toda la población de atenciones individualizadas como campañas masivas para atacar vectores o virus como el Dengue, la Malaria así como jornadas de vacunación.

Séptimo: No obstante que en su mayoría, un 75% de los fondos con los que se cubren estas jornadas y campañas de salud, los asume el estado a través del SILAIS-MINSA, existen organismos cooperantes internacionales que tienen acto de presencia en el territorio, que en ocasiones cooperan para el desarrollo de campañas preventivas de salud pública.

Octavo: La efectividad de los programas que el SILAIS-MINSA desarrolla en este reparto, un 78% de la muestra encuestada y entrevistada relativamente, confirman sobre una muy alta y alta efectividad de los mismos.

Noveno: La naturaleza de las organizaciones participantes es diversa, unas responden a las actividades propias de salud y son promovidas e impulsadas por el SILAIS-MINSA propiamente dichas y otras son creadas por la comunidad respondiendo orientaciones del movimiento comunal nicaragüense o del partido sandinista, como es el caso de los Gabinetes del Poder Ciudadano.

Décimo: El grado de participación de la población es alto ya que estos son motivados por la naturaleza de los programas y jornadas de salud pública ya que esta es en beneficio directo a la población.

Onceavo: De lo antes expresado podemos deducir que nuestra hipótesis planteada en cuanto a que “La adecuada coordinación de las organizaciones comunitarias con el SILAIS, garantizan la participación eficaz de la red comunitaria en los programas de salud pública.” Se logra confirmar.

Recomendaciones

A la Comunidad del Reparto William Fonseca Apoyar con más energía cada una de las organizaciones e instituciones comunitarias a fin de obtener una mejor salud para todos los pobladores.

Mejorar los niveles de participación ciudadana en las jornadas y programas que el SILAIS-MINSA, a través del centro de salud, impulsan en el reparto.

Al Personal del Centro de Salud del Reparto, perfeccionar los mecanismos de participación y coordinación con los pobladores del reparto como las diferentes organizaciones e instituciones comunitarias a fin de lograr un mejor impacto de los programas y jornadas de salud implementadas por el SILAIS-MINSA en el reparto.

Al ministerio de salud MINSA, promover mecanismos más ágiles de coordinación interinstitucionales a fin de obtener una pronta respuesta a las epidemias y enfermedades infectas contagiosas, con campañas y jornadas de salud pública.

Al gobierno municipal, participar más efectivamente no solo a través de sus instancias de gobierno, sino con el uso de su técnica, caso de los camiones para el “plan chatarra” y recursos financieros para estimular a los promotores de salud que trabajan con cada una de las casas bases.

En lo personal a nosotras como futuras Trabajadoras Sociales, darle seguimiento a los logros obtenidos en esta comunidad a fin de poder reproducir esta experiencia en otras comunidades, por cuanto esta investigación permite comprender, en forma más clara, las bondades e importancia de la participación y organización ciudadana en torno a las políticas públicas que el estado impulsa.

Bibliografía

- 1. Características del reparto William Fonseca/Movimiento Comunal Nicaragüense/2014.**

- 2. http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=626&Itemid=235**

- 3. Historias de salud familiar/MINSA/2010.**

- 4. Creando valor a través de la Gestión por Competencias. Capital Humano, Jiménez A y Carrión M. julio/agosto 2000 (135), 116-119.)**

- 5. De la gestión de competencias a la gestión del conocimiento. Función de recursos humanos Barajas Sebastián, Gallardo Virgilio. 2001. 12-18.**

- 6. Gestión de las Competencias: cómo analizarlas, cómo evaluarlas y cómo desarrollarlas. Claude Levy-Levoyer. Barcelona: Ed Gestión 2000, 1997.)**

- 7. Informe del Programas de salud pública y asistencia social promovidos por el SILAIS en el reparto William Fonseca con el apoyo de la red comunitaria.2007.**

- 8. Nutbeam citado por Restrepo 2001**

- 9. Reglamento de la Ley General de Salud, Decreto Ejecutivo, Enero 2003.**

ANEXOS

Anexo No. 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, UNAN - LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y HUMANIDADES.
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.
ENCUESTA**

El presente instrumento de Recolección de información está dirigido a una muestra de 36 miembros de los GPC (Gabinetes del Poder Ciudadano) que están organizados en el reparto "William Fonseca" y coordinan trabajo con el SILAIS - MINSA, a fin de poder determinar el grado de participación de la Red Comunitaria en los programas de Salud Pública.

I- DATOS GENERALES DEL (LA) ENCUESTADO(A):

- 1. Edad** ____ **2. Sexo** ____ **3. Estado civil** a) Casada, b) Soltera c) Unión de hecho estable. **4. Nivel de escolaridad:** Iltrado ____ Primaria ____ Secundaria ____ Técnico medio ____ Técnico Superior ____ Universitario ____

II. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

5. Tipos de familias que habitan en el reparto, datos promedios:

- a) Nuclear
- b) Media
- c) Extensa

6. Número de miembros que conforman las familias en el reparto _____

III. DATOS INSTITUCIONALES:

7. Tipos de coordinación observadas entre el SILAIS – MINSA con otras instituciones.

- a) Verticales
- b) Horizontales
- c) Mixtos.

8. Instancias con las que se relaciona el SILAIS – MINSA en el reparto:

- a) Con los CLS
- b) Con el Movimiento comunitario
- c) Con el Centro de Salud del reparto.
- d) Con todos

9. Frecuencia con la que el SILAIS – MINSA efectúa estas reuniones con la red comunitaria.

- a) Diarias
- b) Semanal
- c) Quincenal
- d) Mensual

10. Nivel de cobertura de los programas de atención de Salud Pública logrado por los diversos organismos:

- a) Alto
- b) Medio
- c) Bajo

11. Financiamiento de los programas de Salud Pública implementados en el reparto:

- a) Estatal (central)
- b) ONG
- c) Estatal (Municipal)

12. Efectividad de los programas impulsados por el SILAIS a través del centro de salud son:

- a) Muy efectivo
- b) Efectivo
- c) Medio efectivo
- d) Inefectivo

IV. DATOS SOBRE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

13. Grado de Participación de las organizaciones Comunitarias en los programas de Salud Pública en el reparto

- a) Alta
- b) Media
- c) Baja

14. Grado de involucramiento de los pobladores en cada una de las organizaciones comunitarias del reparto.

- a) Alto
- b) Medio
- c) Bajo

15. Eficacia de la participación de la red comunitaria

- a) Excelente
- b) Muy buena
- c) Buena
- d) Deficiente

16. Percepción social e institucional sobre la eficacia de la participación comunitaria en los programas de SP del SILAIS

- a) Favorable
- b) Desfavorable
- c) Ninguna

17. Formas de participación ciudadana (Respecto al protagonismo de la población en los programas y jornadas de salud)

- a) Directa
- b) Indirecta
- c) Ninguna

18. ¿Cómo es la cobertura de la red comunitaria en los programas de salud pública?

- a) Alta
- b) Media
- c) Baja.

Muchas Gracias por su tiempo brindado.

Anexo No. 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, UNAN - LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y HUMANIDADES.
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.
ENTREVISTA A PROFUNDIDAD**

El presente instrumento de Recolección de información está dirigido, a cada uno de los miembros que laboran en las casas bases de cada etapa del reparto y que coordinan trabajo con el SILAIS - MINSA a fin de poder determinar el grado de participación de la Red Comunitaria en los programas de Salud Pública.

I- DATOS GENERALES DEL (LA) ENTREVISTADO(A):

1. **Edad** ____ 2. **Sexo** ____ 3. **Estado civil** a) Casada, b) Soltera c) Unión de hecho estable. 4. **Nivel de escolaridad:** Iltrado ____ Primaria ____ Secundaria ____ Técnico medio ____ Técnico Superior ____ Universitario ____

II- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

5. **Tipos de familias que habitan en el reparto, datos promedios (Nuclear, Media, Extensa)**

6. **Número de miembros que conforman la familia en el reparto** _____

III. DATOS INSTITUCIONALES

7. **Tipos de coordinación observadas entre el SILAIS – MINSA con otras instituciones (Verticales, Horizontales, Mixtos.)** _____

8. **Instancias, organizaciones comunitarias o instituciones, con las que se relaciona el SILAIS – MINSA en el reparto** _____

9. **Frecuencia con la que el SILAIS – MINSA efectúa estas reuniones con la red comunitaria. (Diarias, Semanal, Quincenal, Mensual)** _____

10. **Nivel de cobertura de los programas de atención de Salud Pública logrado por los diversos organismos (Alto, Medio, Bajo)** _____

11. **¿De dónde se obtiene o proviene el financiamiento de los programas de Salud Pública implementados en el reparto?** _____

12. **¿Qué efectividad considera usted que han tenido en la comunidad, los programas impulsados por el SILAIS a través del centro de salud?** _____

IV. DATOS SOBRE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

13. Grado de Participación de las organizaciones Comunitarias en los programas de Salud Pública en el reparto (Alto, Medio, Bajo) _____

14. Grado de involucramiento de los pobladores en cada una de las organizaciones comunitarias del reparto. (Alto, Medio, Bajo) _____

15. ¿Cómo considera usted que es la eficacia de la participación de la red comunitaria en los programas de Salud Pública? _____

16. Percepción social e institucional sobre la eficacia de la participación comunitaria en los programas de SP del SILAIS (Favorable, Desfavorable, Ninguna) _____

17. Formas de participación ciudadana observadas en el reparto “William Fonseca” (Directa, Indirecta, Ninguna) _____

18. Cobertura de la red comunitaria en los programas de salud pública. (Alta, Media, Baja) _____

Muchas Gracias por su tiempo brindado.

Anexo No. 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, UNAN - LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y HUMANIDADES.
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES

El presente instrumento de Recolección de información está dirigido, a nuestros informantes claves que representan los cuatro funcionarios públicos del MINSA y la Alcaldía Municipal de la ciudad de León. a fin de recopilar información para determinar el grado de participación de la Red Comunitaria en los programas de Salud Pública.

I- DATOS GENERALES DEL (LA) ENREVISTADO(A):

1. **Edad** ____ 2. **Sexo** ____ 3. **Estado civil** a) Casada, b) Soltera c) Unión de hecho estable. 4. **Nivel de escolaridad:** Iltrado ____ Primaria ____ Secundaria ____ Técnico medio ____ Técnico Superior ____ Universitario ____

II- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

5. **Tipos de familias que habitan en el reparto, datos promedios (Nuclear, Media, Extensa)**

6. **Número de miembros que conforman las familias en el reparto** _____

III. DATOS INSTITUCIONALES

7. **Tipos de coordinación observadas entre el SILAIS – MINSA con otras instituciones (Verticales, Horizontales, Mixtos.)** _____

8. **Instancias, organizaciones comunitarias o instituciones, con las que se relaciona el SILAIS – MINSA en el reparto** _____

9. **Frecuencia con la que el SILAIS – MINSA efectúa estas reuniones con la red comunitaria. (Diarias, Semanal, Quincenal, Mensual)** _____

10. **Nivel de cobertura de los programas de atención de Salud Pública logrado por los diversos organismos (Alto, Medio, Bajo)** _____

11. **¿De dónde se obtiene o proviene el financiamiento de los programas de Salud Pública implementados en el reparto?** _____

12. **¿Qué efectividad considera usted que han tenido en la comunidad, los programas impulsados por el SILAIS a través del centro de salud?** _____

IV. DATOS SOBRE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

13. Grado de Participación de las organizaciones Comunitarias en los programas de Salud Pública en el reparto (Alto, Medio, Bajo) _____

14. Grado de involucramiento de los pobladores en cada una de las organizaciones comunitarias del reparto. (Alto, Medio, Bajo) _____

15. ¿Cómo considera usted que es la eficacia de la participación de la red comunitaria en los programas de Salud Pública? _____

16. Percepción social e institucional sobre la eficacia de la participación comunitaria en los programas de SP del SILAIS (Favorable, Desfavorable, Ninguna) _____

17. Formas de participación ciudadana observadas en el reparto “William Fonseca” (Directa, Indirecta, Ninguna) _____

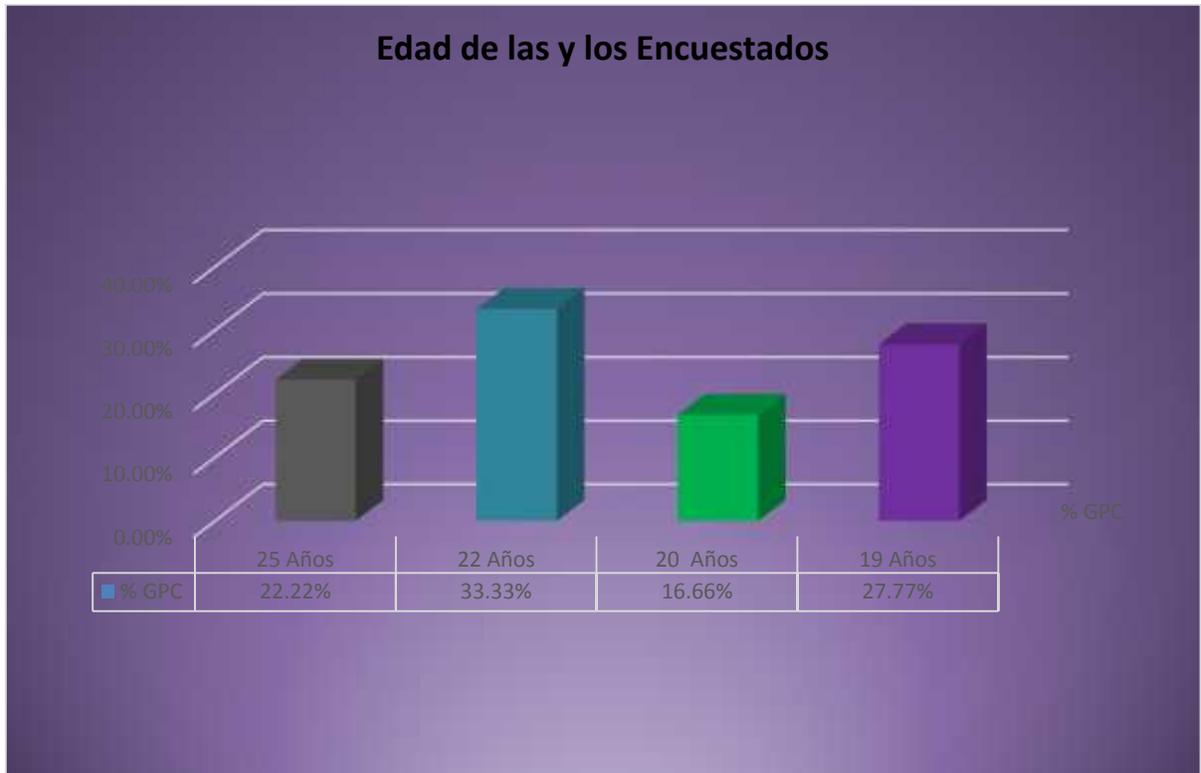
18. Cobertura de la red comunitaria en los programas de salud pública. (Alta, Media, Baja) _____

Muchas Gracias por su tiempo brindado.

Anexo No.4: GRÁFICOS

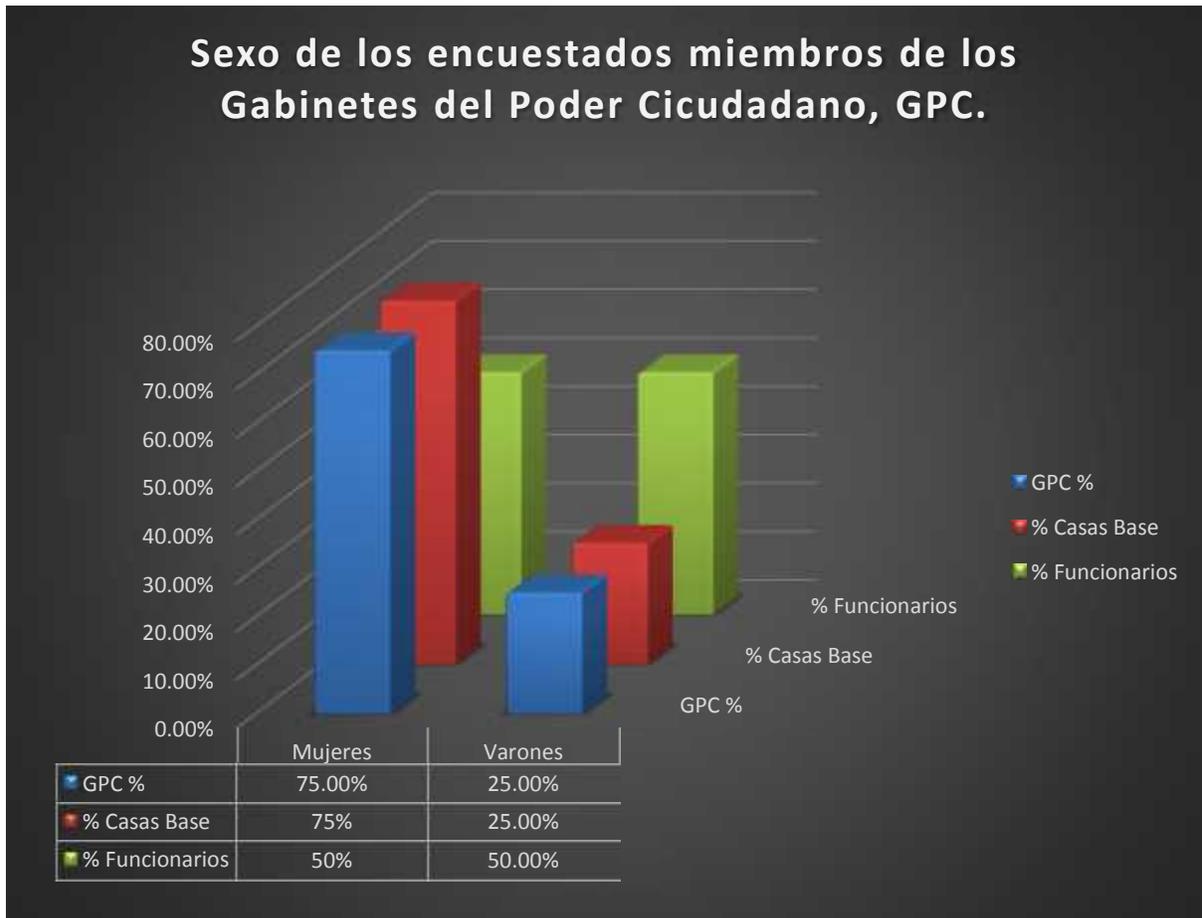
Objetivo Específico No.1 “Caracterizar la situación socio demográfica que vive la comunidad del reparto William Fonseca de la ciudad de León.”

Gráfico No.1



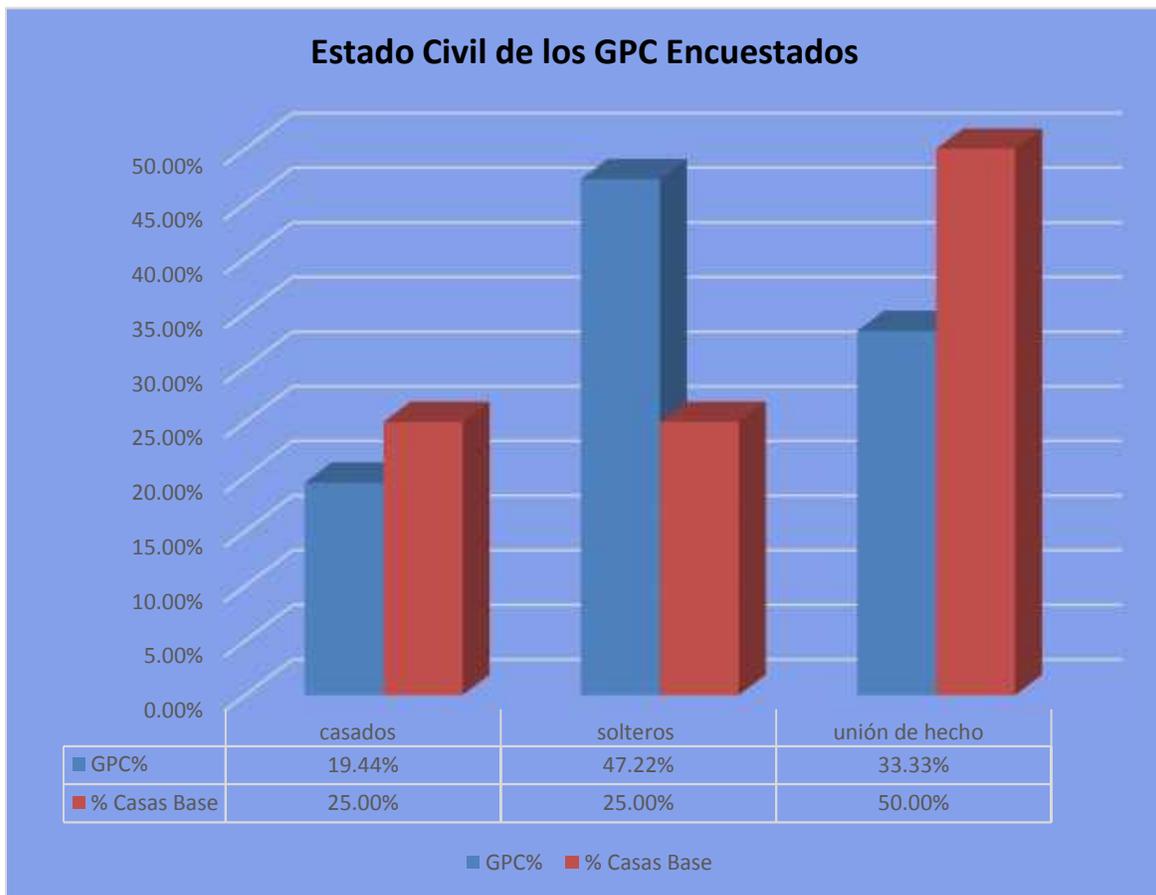
8 de los miembros encuestados de los gabinetes del poder ciudadano, que equivalen al 22.22%, dicen que tienen 25 años de edad, 12 que son el 33.33% dicen tener 22 años, 6 que son el 16.66% dicen tener 20 años y 10 que son el 27.77% dicen que tienen 19 años.

Gráfico No.2



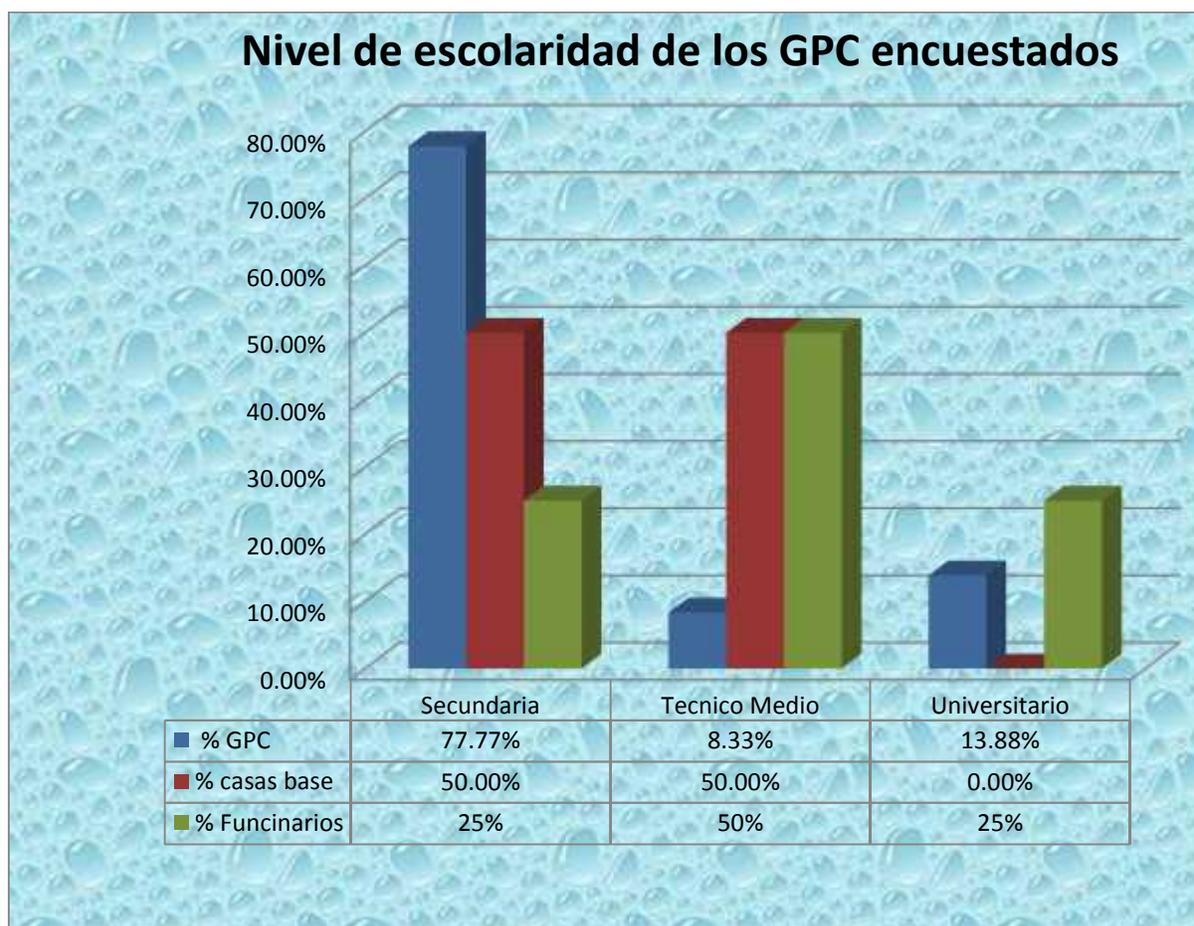
27 miembros de los GPC del reparto que son el 75% de los encuestados dicen que el 75% de estos miembros son mujeres y 9 de ellos, que son el 25% dicen que solo el 25% son varones. Por otra parte los miembros de las casas bases opinaron lo siguiente, 3 que son el 75% dijeron que estos son mujeres y 1 que conforma el 25% dijo que son varones. En cambio los funcionarios opinaron de la siguiente manera, 2 que forman el 25% dijeron que son mujeres y 2 que también conforman el 25% menciono que son varones.

Gráfico No.3



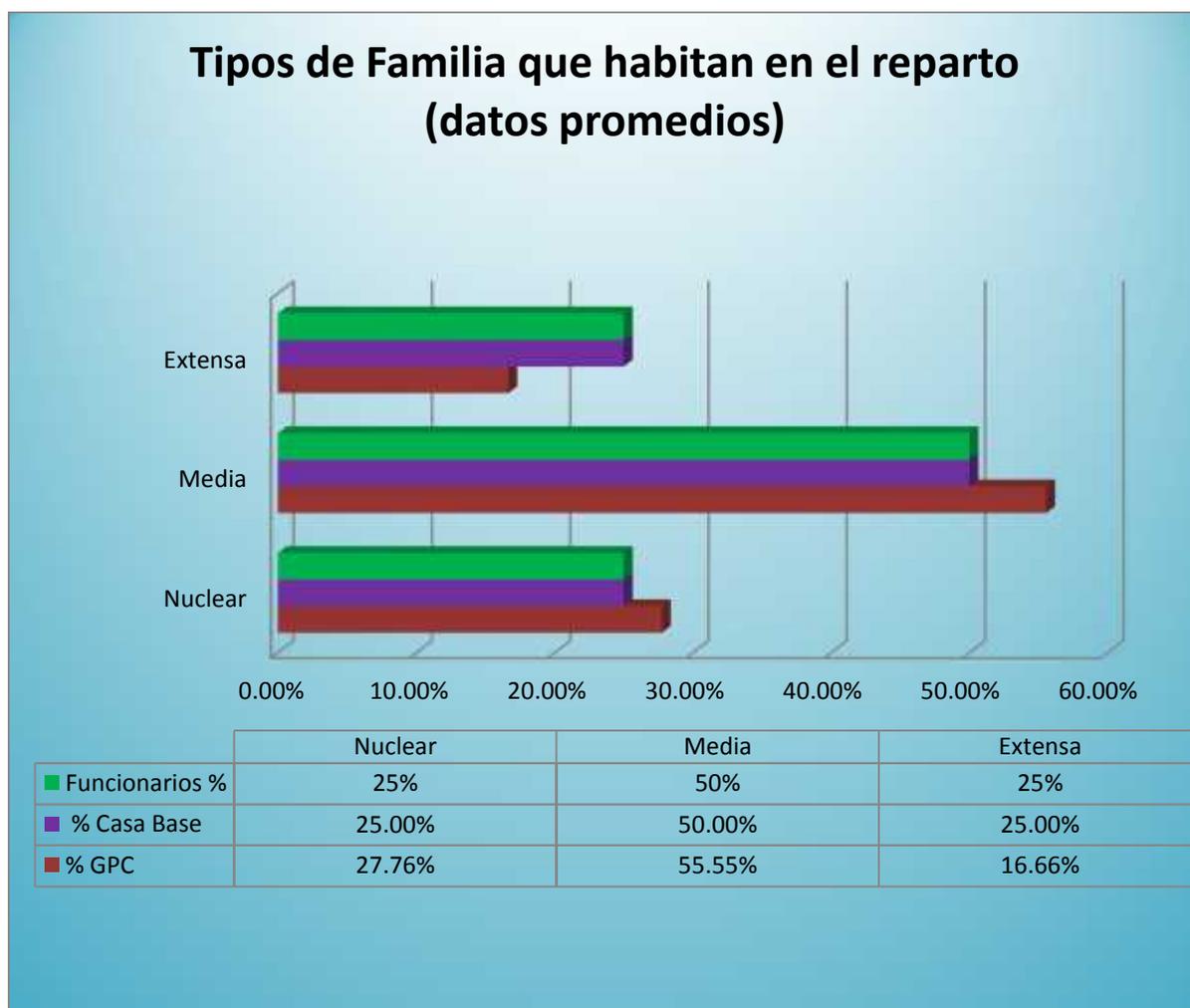
Siete de los miembros de los GPC, que son el 19.44% dicen ser casados, 17 que son el 47.22% dicen ser solteros y 12 que son el 33.33% dicen vivir en unión de hecho estable. Por su parte un miembro de las casas bases, que es el 25% de los entrevistados, dijo que el 25% de los miembros de los GPC son casados, de igual manera un miembro que es el 25% de los entrevistados opinó que un 25% de los miembros de los GPC son solteros y 2 miembros de las casa base que son el 50% de los entrevistados opinaron que el 50% de los miembros de los GPC viven en unión de hecho estable.

Grafico No.4



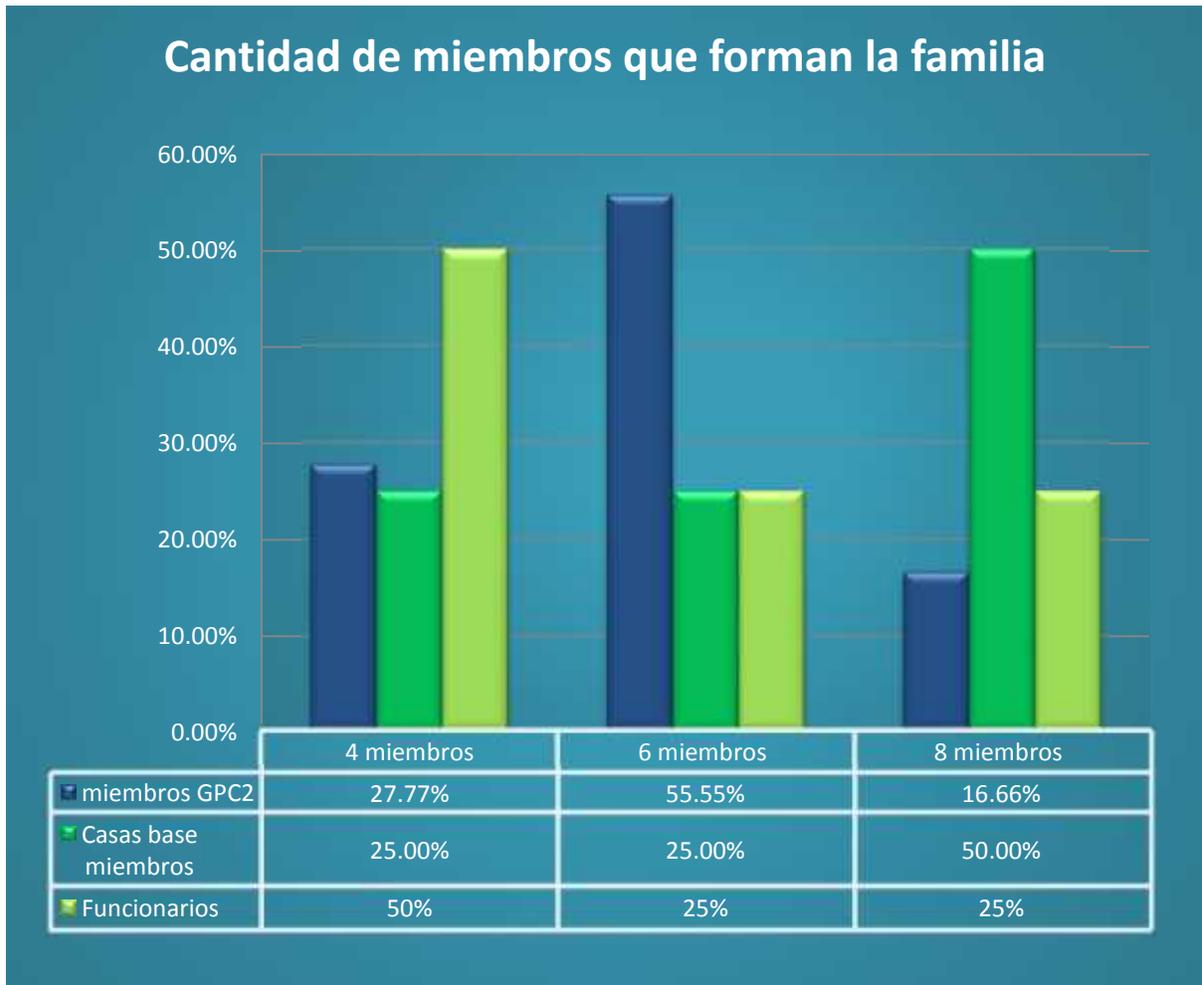
28 de los miembros encuestados, que son el 77.77%, dicen estar cursando la secundaria, 3 miembros que son el 8.33% cursan el Técnico Medio y 5 de los mismos que son el 13.88% dicen haber aprobado los estudios universitarios. Por su parte 2 miembros de las casas bases dicen que el 50% de los GPC estudian secundaria y los otros 2 miembros dicen que el 50% estudia Técnico Medio. Los funcionarios, uno de ellos que es el 25% de los entrevistados opinan que el 25% estudia secundaria, dos de ellos opina que el 50% de los GPC estudia Técnico Medio, y el otro funcionario opina que un 25% de los GPC tiene estudios universitarios.

Grafica No.5



10 miembros de los GPC encuestados que son el 27.77%, dicen que las familias que habitan en el reparto son nucleares, 20 miembros que son el 55.55%, dicen que son familias medias y 6 miembros que son el 16.66% dicen que son extensas. Por otra parte un miembro de las casa base opina que el 25% de los GPC es de familia nuclear, dos miembros que son el 50% dicen que son familias medias y el otro miembro que es el 25% dice que son familias de tipo extensa. Los funcionarios, uno de ellos que equivale al 25% dicen que las familias en un 25% son de tipo extensa, dos de ellos que equivalen al 50% dicen que el 50% son de tipo media y uno opina que el 25% de las familias son de tipo nuclear.

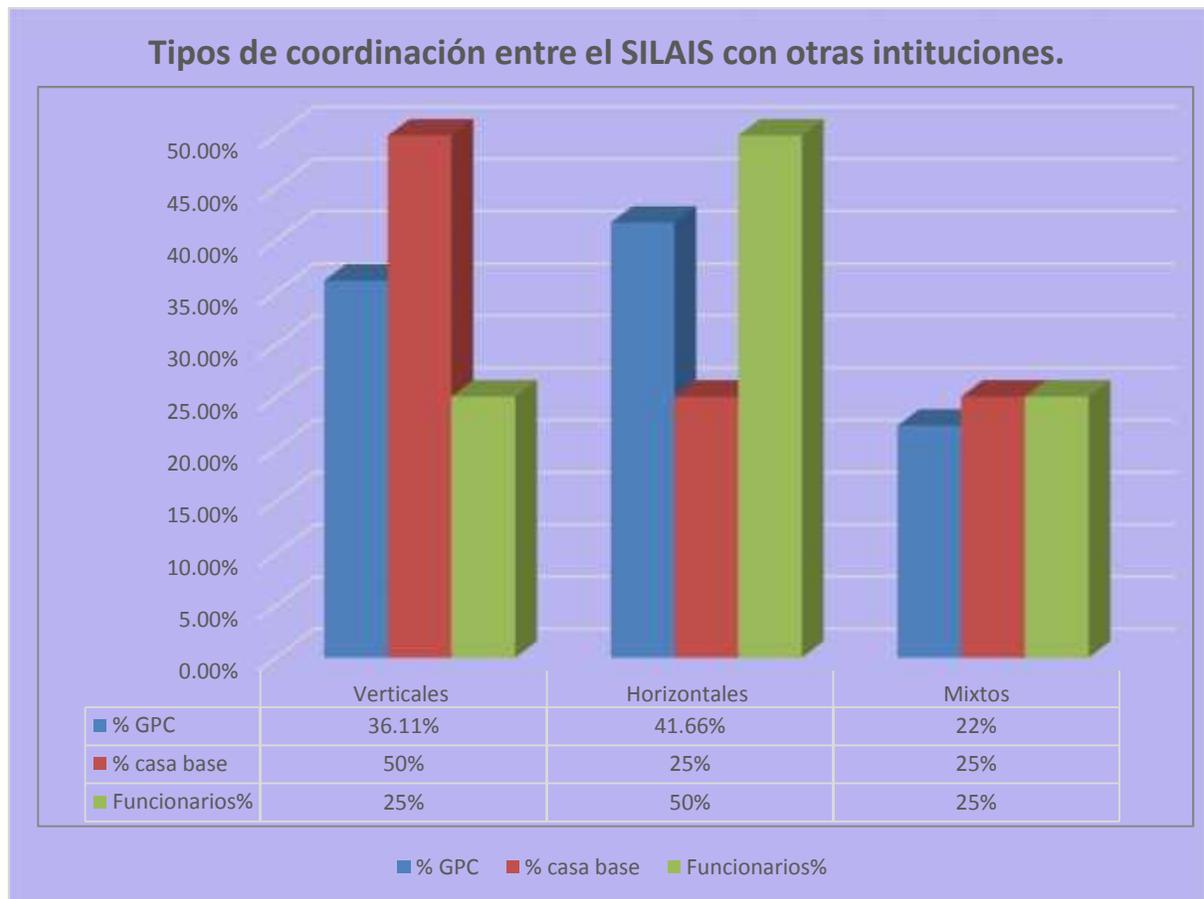
Grafico No.6



10 miembros de los GPC que constituyen el 27.77% de los encuestados opinan que las familias están conformadas por 4 miembros, 20, que son el 55.55% dicen que estas familias están compuestas por 6 miembros y 6, que son el 16.66% dicen que tienen 8 miembros. En cambio los miembros de las casas base que fueron entrevistados, 1 de ellos que representa el 25% consideró que las familias las constituían 4 miembros, otro de ellos (ellas) que es el 25% opina que son conformados por 6 miembros y 2, que son el 50% dicen que 8 miembros. En el caso de los funcionarios 2 de ellos que son el 50% opinan que son familias de 4 miembros, 1, que es el 25% de ellos dicen que son de 6 miembros y en el mismo porcentaje otro de ellos opina que son de 8 miembros.

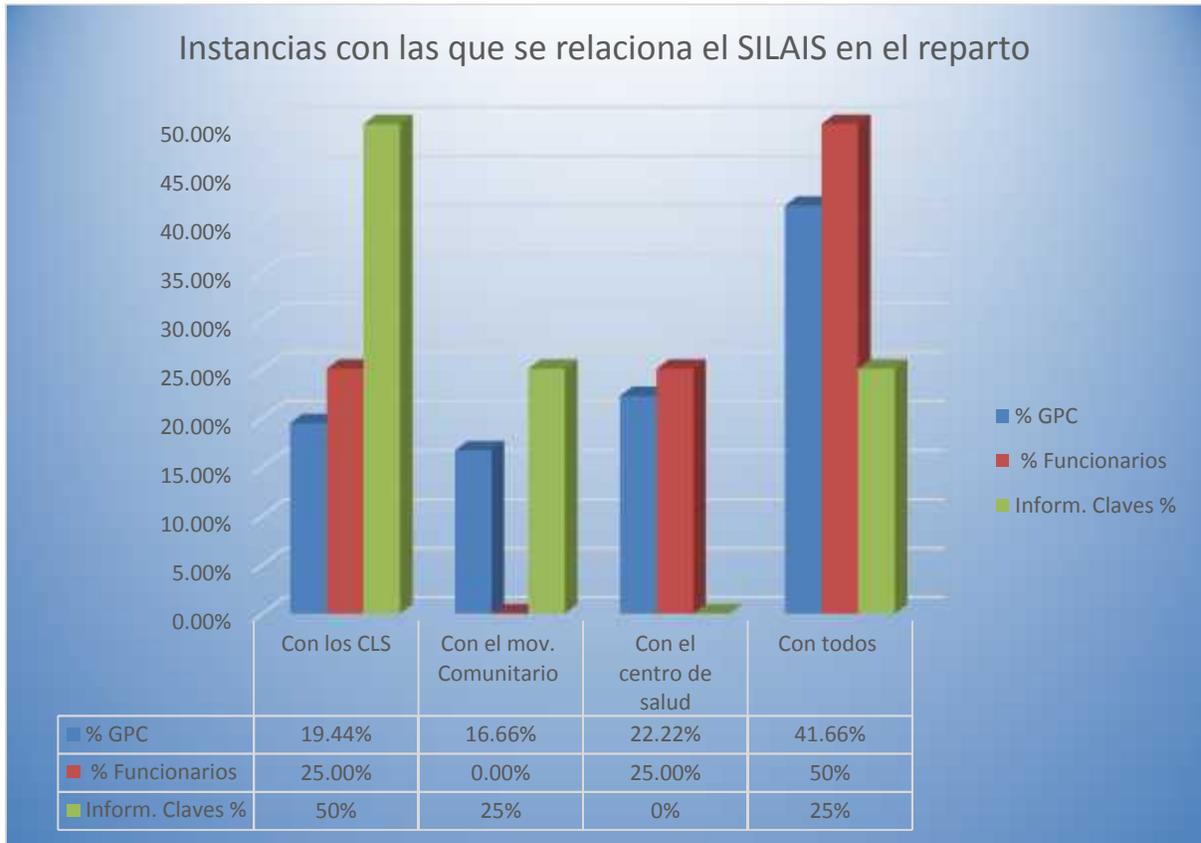
Objetivo No.2 “Identificar las estrategias de coordinación institucionales impulsadas por el SILAIS, en la lucha por controlar las enfermedades infecciosas en coordinación con la comunidad del reparto William Fonseca.”

Gráfico No. 7



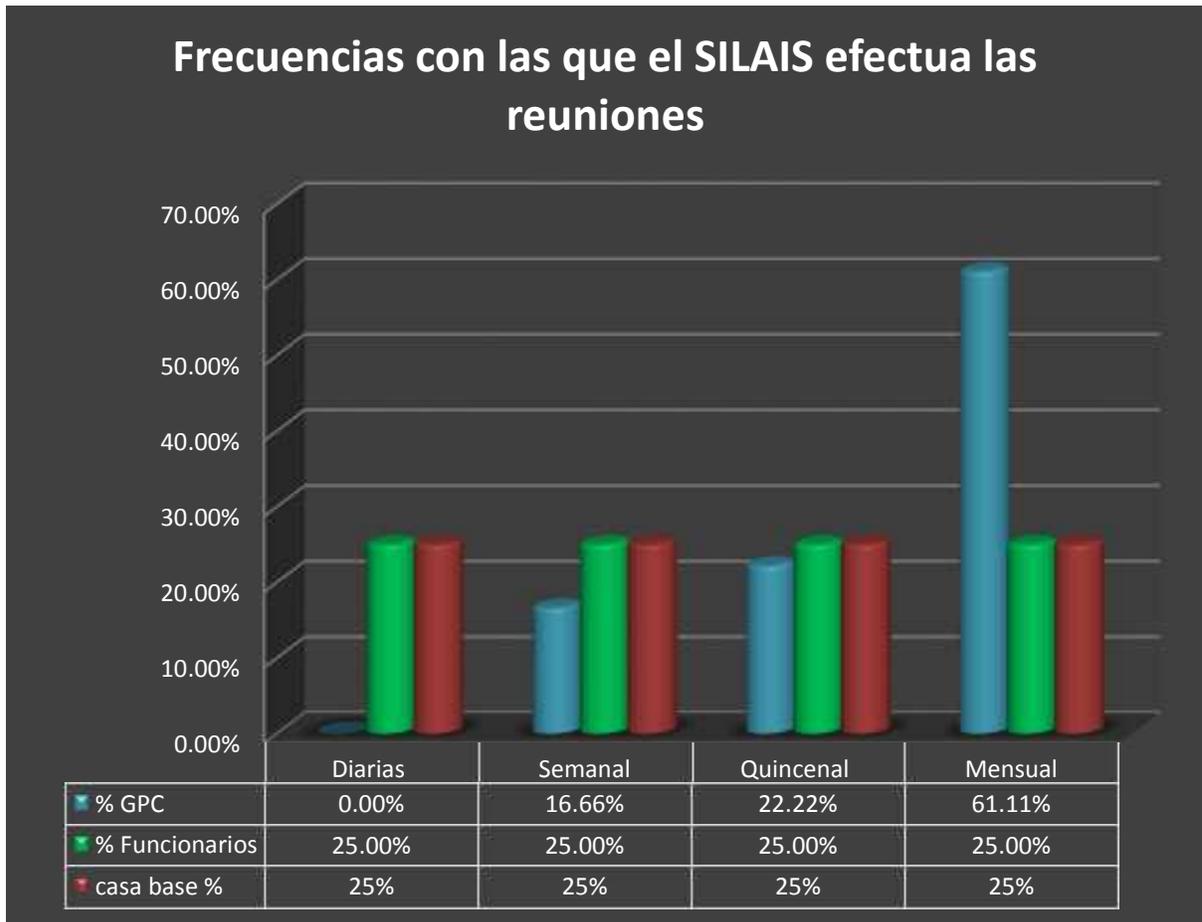
13 miembro de los GPC encuestados que conforman el 36.11% dicen que los tipos de coordinación entre el SILAIS con otras instituciones son de tipo verticales, 15 de ellos que forman el 41.66% dice que los tipos de coordinación entre estas son de tipo horizontales, y 8 de ellos que forman el 22% opinaron que mixtos. Por su parte los miembros entrevistados de las casas bases, 2 de ellos que forman un 50% opinaron que estos tipos de coordinación son verticales, 1 que forma el 25% opino que son de tipo horizontales y 1 que también forma el 25% dijo por su parte que estas son de tipo mixtos. Por otra parte los resultados de los funcionarios fueron expresados de la siguiente manera; 1 que forma el 25% dijo que verticales, 2 de ellos que forma el 50% afirmo que horizontales y uno que también forma el 25% dijo que mixtos.

Grafico No.8



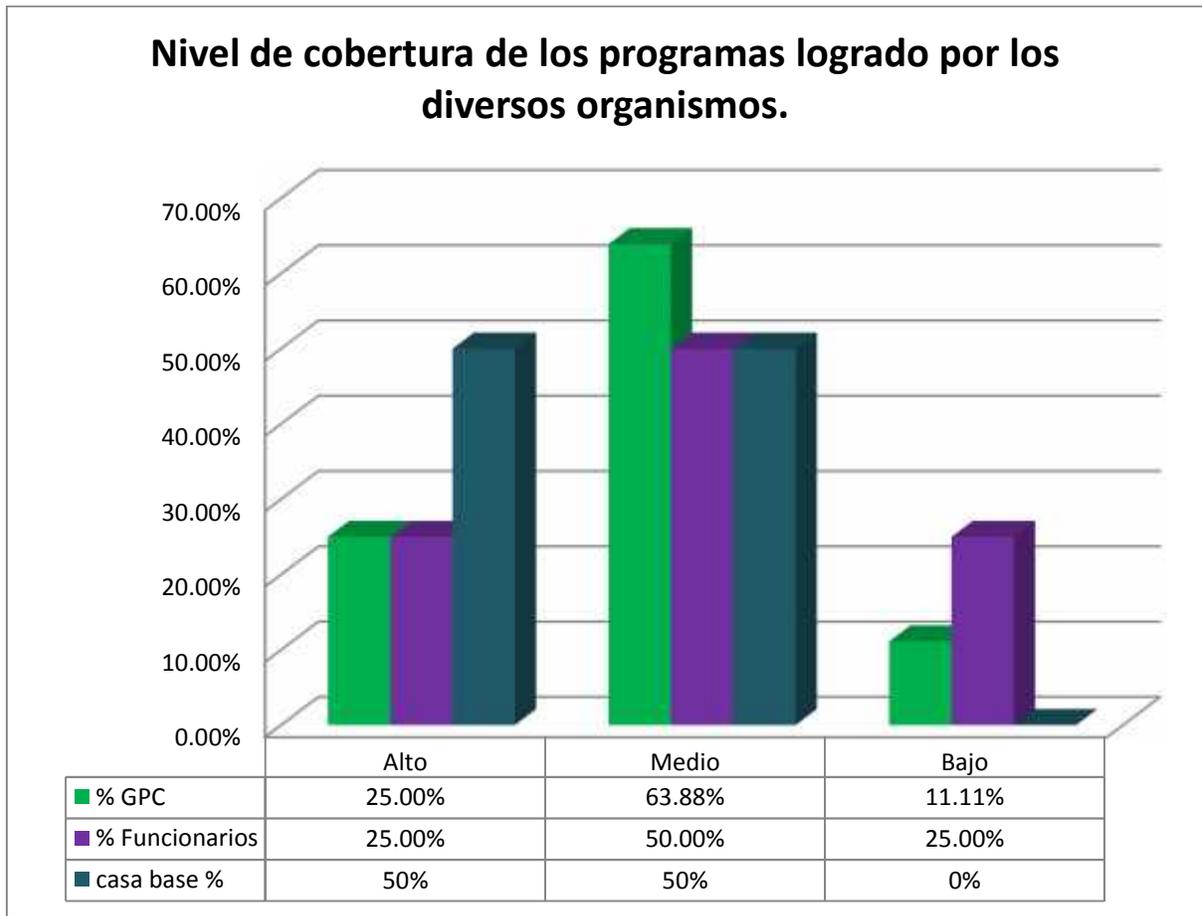
7 De los miembros de los GPC encuestados que forman un 19.44% opinaron que una de las instancias con la que el reparto se relaciona mas es con los CLS, 6 que forman un 16.66% dijo que se relacionan mas con el movimiento comunitario, 8 que son el 22.22% opinaron que con el centro de salud y 15 que conforman el 41.66% sostuvo que se relacionan con todos. Los funcionarios entrevistados por su parte opinaron; 1 de ellos que forma el 25% sostuvo que con los que mejor se relacionan es con los miembros de los CLS, 1 que también forma el 25% afirmo que con el centro de salud y los otros dos miembros que forman el 50% dijeron que con la que mejor se relacionaban es con todos. Por otra parte 2 miembros de las casas base que forman el 50% opinaron que con los CLS, 1 que forma el 25% dijo que con el movimiento comunitario y 1 que también forma el 25% opino que con todos.

Grafica No. 9



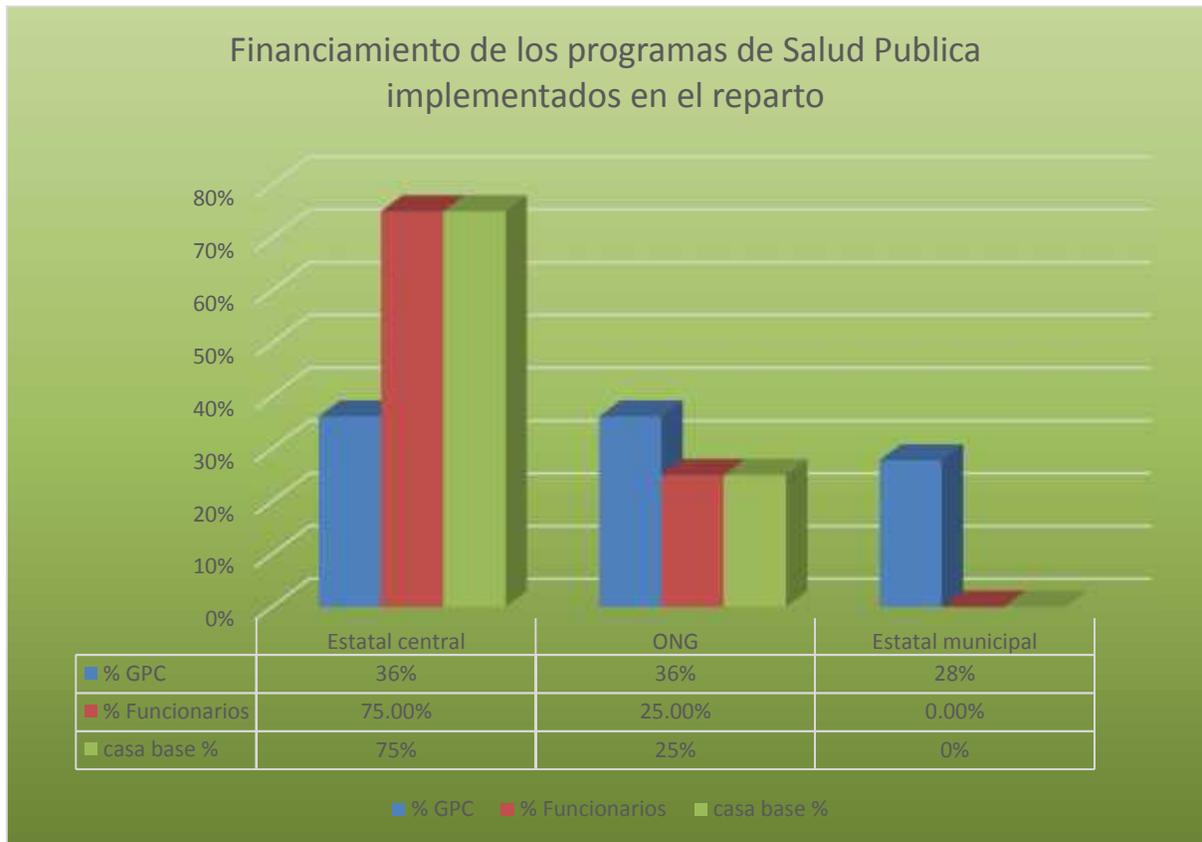
6 de los miembros GPC encuestados que forman un 16.66% dijo que la frecuencia con la que el SILAIS efectúa las reuniones es semanal, 8 que son el 22.22% dijo que las efectúan quincenal y 22 que son el 61.11% mencionaron que estas se efectúan mensual. Por su parte los funcionarios opinaron: 1 que forma el 25% dijo que estas se efectúan diariamente, 1 que también forma el 25% dijo que se efectúan semanal, 1 que también forma el 25% dijo que se efectúan de manera quincenal y el ultimo que también forma el 25% menciona que se efectúan mensualmente. Por otra parte los mismos resultados de los miembros de las casas base fueron expresados por los funcionarios entrevistados.

Grafica No.10



9 de los miembros encuestados de los GPC que forman un 25% opinan que el nivel de cobertura de los programas logrado por los diversos organismos es alto, 23 que forman un 63.88% dijeron que medio y 4 que son el 11.11% afirmaron que bajo. Por otra parte 1 los funcionarios afirmo en su entrevista que este a su vez conforma el 25% dijo que el nivel es alto, 2 que son el 50% dijeron que medio y 1 que es el 25% dijo que bajo. Los miembros de las casas bases, 2 que son el 50% aseveraron que el nivel es alto, y los 2 que también forman parte del 50% afirmaron que medio.

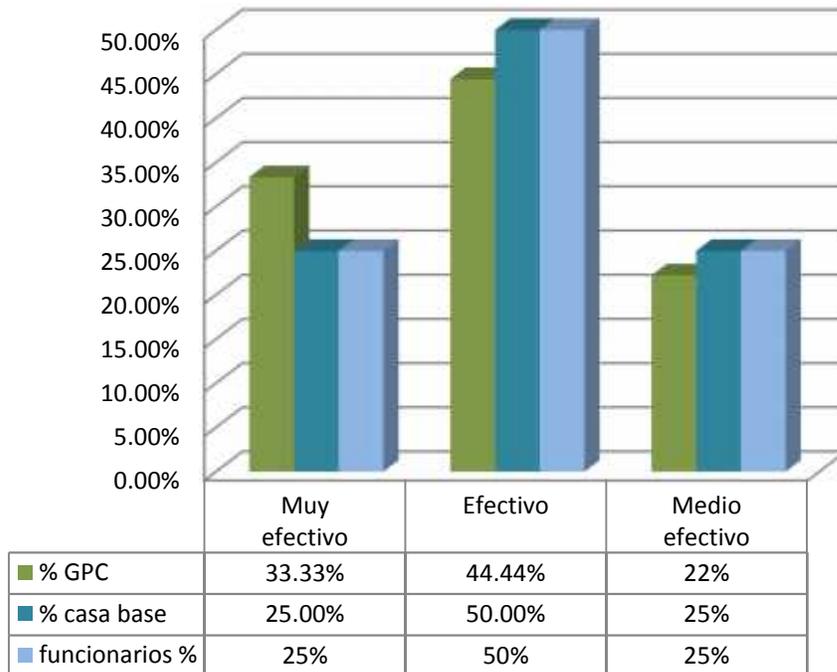
Grafico No.11



13 De los miembros de los GPC que forman el 36% de las personas encuestadas aseguraron que el financiamiento de los programas de Salud Publica implementados en el reparto es por parte del Estatal central, 13 que forman el 36% dijeron que dicho financiamiento provenía por parte de las ONG, 10 que son el 28% dijeron que por parte del Estatal municipal. Por otra parte los funcionarios 3 de ellos que son el 75% dijeron que el Estatal central, 1 que es el 25% dijo que el mayor financiamiento es porta de las ONG. Por otra parte los mismos resultados de los funcionarios fueron expresados por los miembros de las casas bases.

Grafico No.12

Programas impulsados por el SILAIS a través del centro de salud.



12 de los miembros de los GPC que forman parte de un 33.33% mencionaron que los programas impulsados por el SILAIS a través del centro de salud son muy efectivos, 16 que son el 44.44% afirmaron que estos son efectivos y 8 que son el 22% aseguraron que estos son medio efectivos. Por su parte los miembros de las casas bases 1 que forma parte del 25% dijo que muy efectivo, 2 que conforman el 50% dijo que estos son efectivos, 1 que forma el 25% dijo que medio efectivo. En tanto a los funcionarios 1 que forma el 25% dijo que los programas impulsados son muy efectivos, 2 que conforman el 50% dijo que efectivo y 1 que forma el 25% dijo que son medios efectivo.

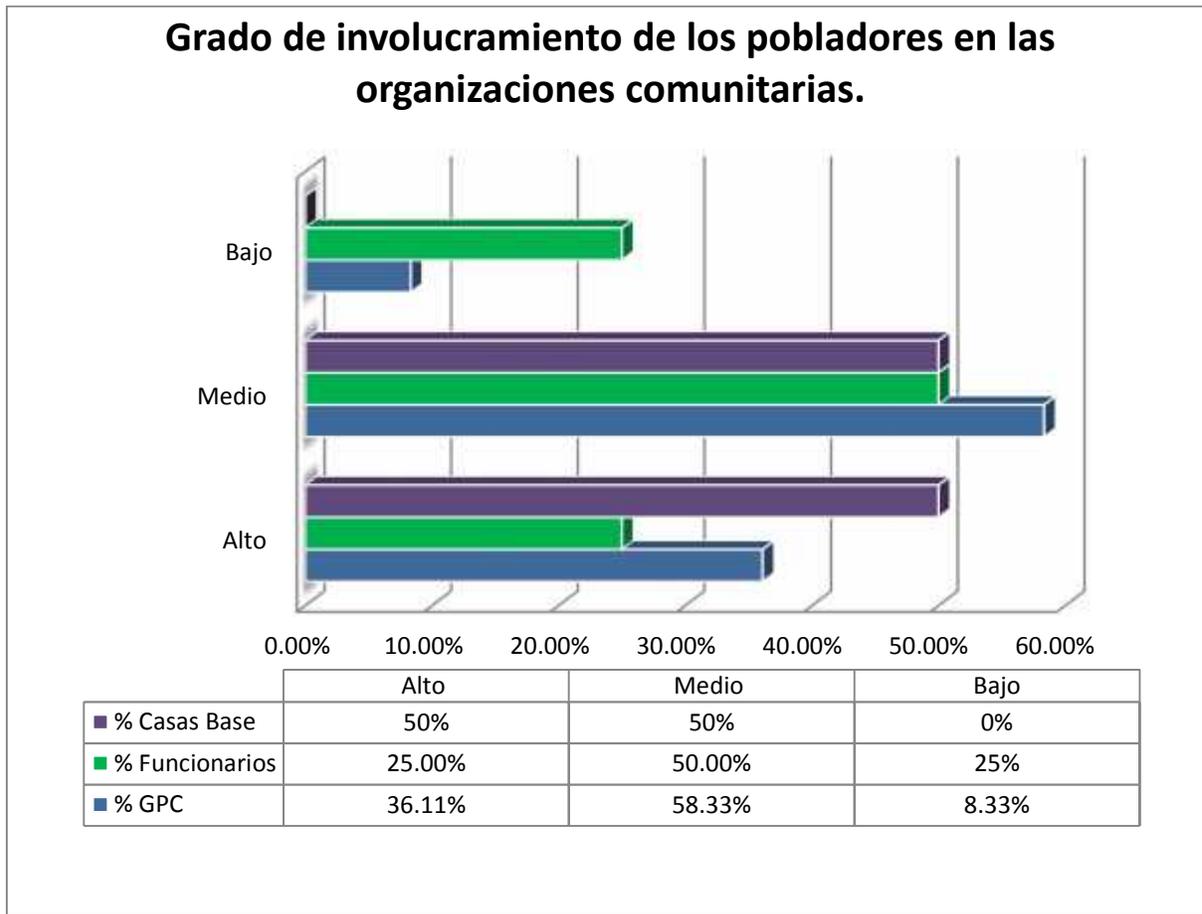
Objetivo No. 3 “Valorar la participación de la red comunitaria del reparto William Fonseca en coordinación con el centro de salud del reparto en los diferentes programas de salud pública.

Grafico No.13



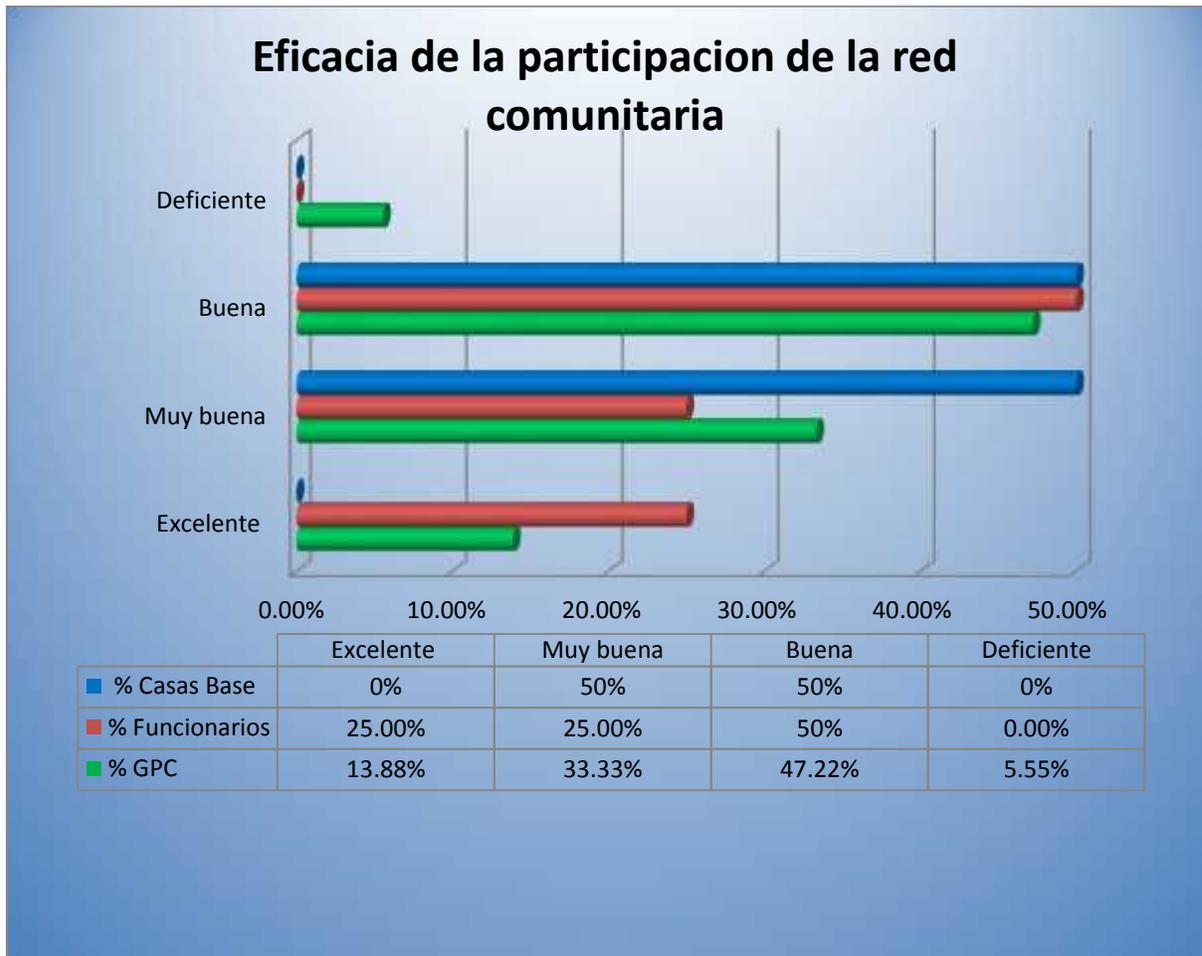
15 de los miembros GPC encuestados que forman el 42% dijeron que el grado de participación de las organizaciones comunitarias en los programas de salud pública en el reparto es alta, 17 miembros que son el 47% dijo que media, 4 que son el 11% dijo que baja. Por otra parte los miembros de las casas base, 1 que forma el 25% dijo que dicho grado de participación es alto, 2 que son el 50% dijeron que medio y 1 que es el 25% dijo que bajo. Por su parte los funcionarios entrevistados dieron la misma respuestas que los miembros de las casas bases.

GraficoNo.14



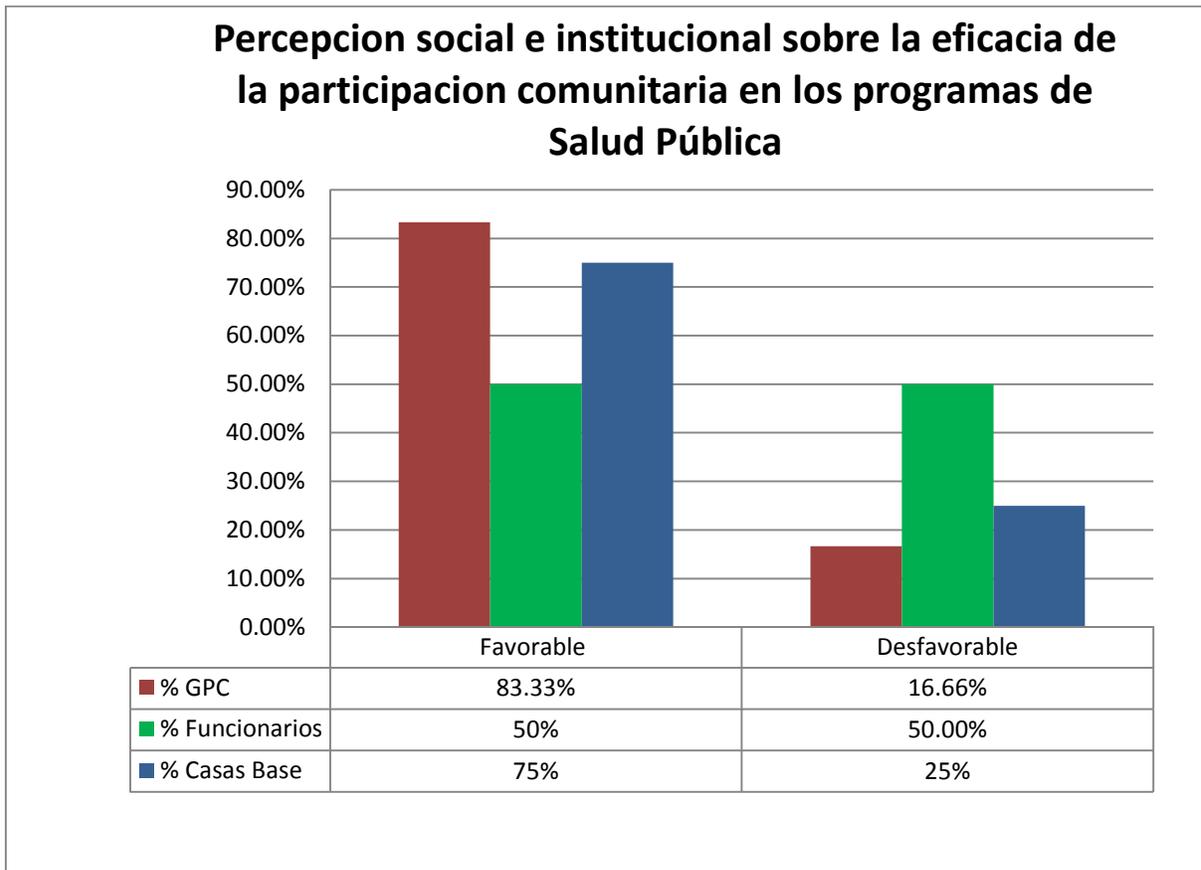
13 de los miembros de los GPC que forman el 36.11% dijo que el grado de involucramiento de los pobladores en las organizaciones comunitarias es alto, 21 de ellos que forma un 58.33% dijo que medio, 3 que son el 8.33% aseguro que bajo. Por otro lado los funcionarios 1 que forma el 25% dijo que alto, 2 que conforma el 50% aseguro que medio, 1 que es el 25% dijo que bajo. Por su parte lo miembros de las casas bases 2 que son el 50% dijeron que el grado de involucramiento es alto, 2 que también son el 50% aseguraron que medio.

Grafico No.15



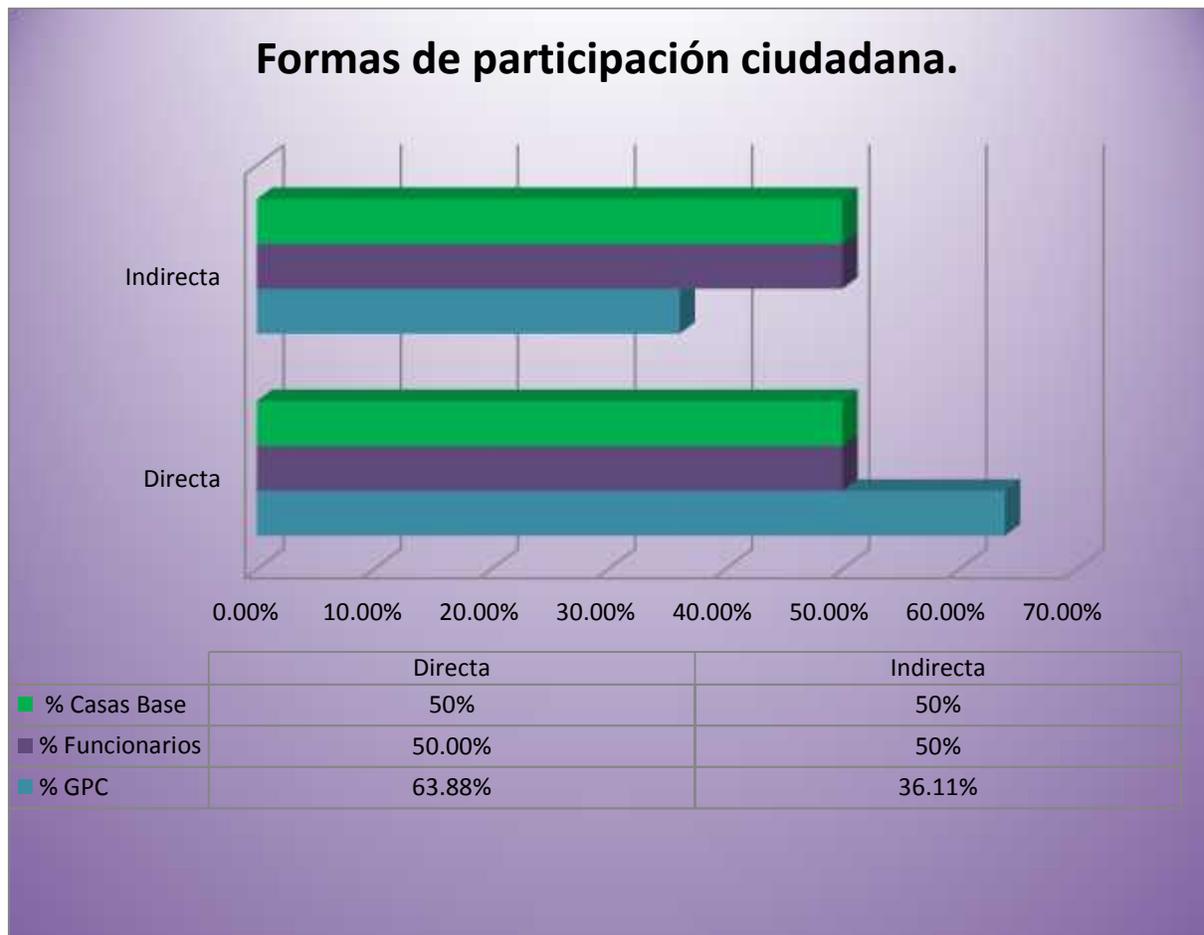
5 de los miembros GPC encuestados que constituyen el 13.88% dio como respuesta que la eficacia de la participación de la red comunitaria es excelente, 12 que son el 33.33% aseguran que es muy buena, 17 que son el 47.22% dicen que es buena y 2 que son el 5.55% que deficiente. Por su parte los funcionarios uno de ellos que forma el 25% aseguro que excelente, 1 que también es el 25% dice ser muy buena y 2 que constituyen el 50% asegura que buena. Los miembros de las casas bases dos de ellos que conforma el 50% dice que dicha eficacia es muy buena, en cuanto a los otros dos que también conforman el 50% dicen que es buena.

Grafica No.16



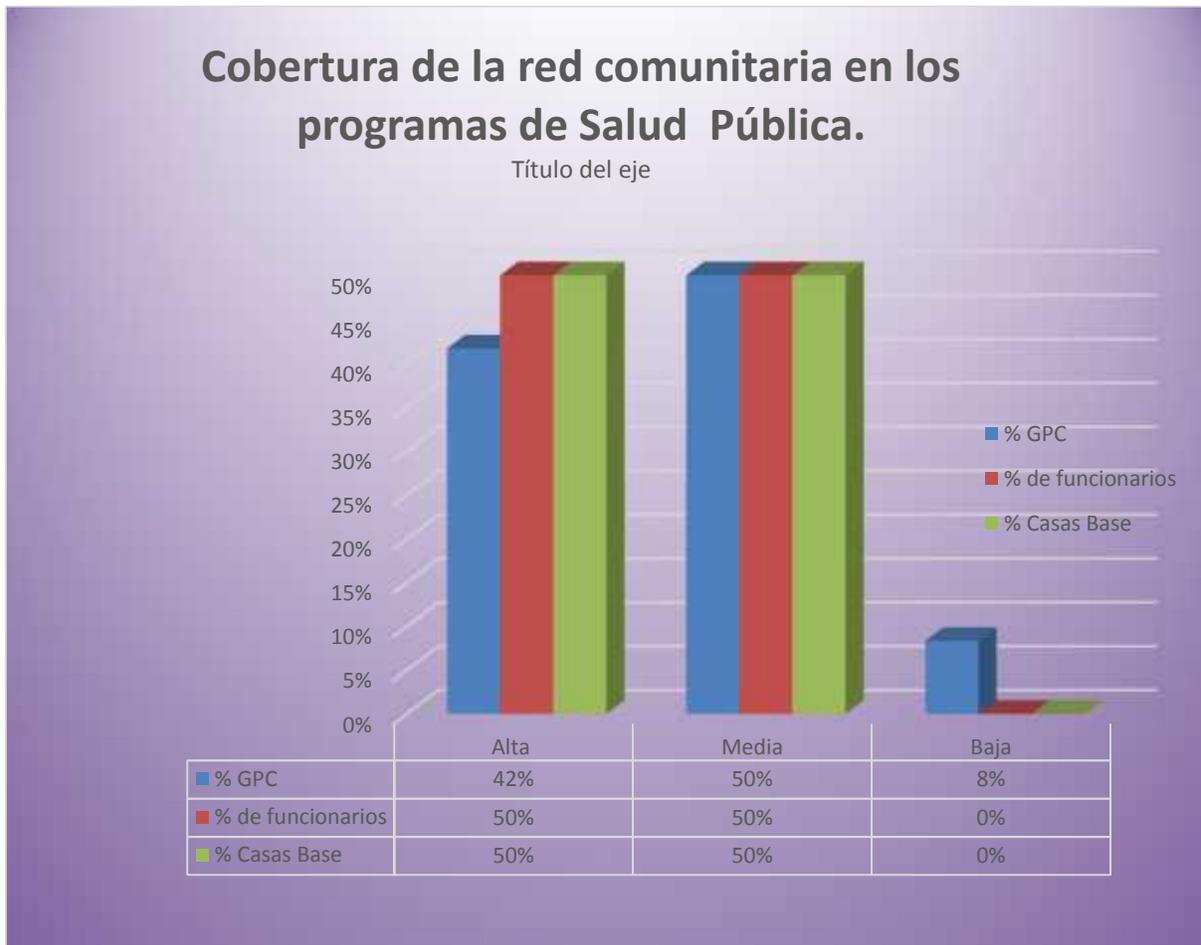
30 de los miembros de los GPC encuestados que forman el 83.33% afirmo que la percepción social e institucional sobre la eficacia de la participación comunitaria en los programas de salud pública es favorable, y 6 de estos que forma el 16.66% menciono que desfavorable. En cuanto a dos de los funcionarios entrevistados, que forma el 50% dijo que favorable, y los otros 2 que también forma el 50% menciono que desfavorable. Por otra parte los miembros de las casas bases 3 que forman el 75% dijo que dicha percepción es favorable, y 1 que conforma el 25% dijo que desfavorable.

Grafico No.17



23 de los miembros GPC encuestados que forman el 63.88% aseveraron que las formas de participación ciudadana son directa, 13 que son el 36.11% dijo que estas son indirecta. Por otra parte los funcionarios opinaron; 2 de ellos que son el 50% dijo que dicha forma de participación es directa y 2 que también forman el 50% dijo que indirecta. En cuanto a los miembros de las casas bases dieron la misma respuesta de los funcionarios.

Grafica No.18



15 de los miembros GPC que forman el 42% aseguro que la cobertura de la red comunitaria en los programas de salud pública es alta, 18 que forman el 50% aseguraron que dicha cobertura es media, 3 que forman un 8% dijo que baja.

Por su parte los funcionarios 2 que forman un 50% dijo alta y los otros dos que también forman el 50% aseguro que media. De igual manera respondieron los miembros de las casa bases.

Anexo 5. Fotografías.



La Bachillera Maria Celeste Matute Pichardo aborda a uno de los miembros de los gabinetes del poder ciudadano en el reparto Williams Fonseca de la ciudad de Leon.