

# Una Experiencia de Atención Primaria en Salud Integral en El Salvador.

Dubón Abrego, M. Argelia M.D; Menjívar López, Dagoberto M.D

Espinoza Fiallos, Eduardo M.D.; MPH, Baatz, Christa. M.D., MPH.

## INTRODUCCIÓN

Se investigó una experiencia de salud comunitaria, surgida en la década de los '80, durante la guerra civil contra la dictadura militar, en una de las zonas mayormente conflictivas en el norte de El Salvador.

El objetivo fue identificar, sistematizar y analizar los procesos de construcción de la experiencia de salud, evidenciar elementos de la *Atención Primaria en Salud Integral* y la interrelación de los procesos desarrollados por la gente y los determinantes sociales del estado de bienestar y salud de la población y de las inequidades en salud.

Consistió en un estudio cualitativo de sistematización de experiencias, aplicado a salud comunitaria, con tres ejes de sistematización: el proceso histórico de construcción, el empoderamiento comunitario y los indicadores de impacto. Se definieron preguntas enmarcadas en los objetivos de la investigación, y categorías y subcategorías de análisis. El levantamiento de los datos se realizó a través de entrevistas a profundidad a actores claves, grupos focales, acción-observación-participante, revisión bibliográfica y documental.

## OBJETIVOS

### Objetivo general.

Sistematizar la experiencia de salud Comunitaria en Guarjila, El Salvador durante el período de 1987-2007 y reflexionar sobre los procesos de construcción de la experiencia y sus lecciones para que contribuyan a revitalizar la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral.

### Objetivos Específicos.

- Conocer las características esenciales de los pobladores de la comunidad: Identidad y condiciones de vida.
- Identificar los factores facilitadores y limitantes del contexto político, económico, social y cultural que incidieron en la construcción de la experiencia de salud comunitaria de Guarjila.
- Describir los procesos de organización, participación comunitaria, toma de decisiones, lintersectorialidad, distribución de responsabilidades, equidad, sostenibilidad y la contraloría social.
- Describir los indicadores de eficacia, funcionalidad e impacto de la experiencia de salud comunitaria.
- Evidenciar los factores facilitadores y limitantes para la incidencia de la experiencia en el Sistema Nacional de Salud.
- Describir las lecciones aprendidas de la experiencia, que contribuyan a la revitalización de la Atención Primaria de salud Integral.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Tipo de Estudio.

Es un estudio cualitativo de tipo sistematización de experiencias, aplicado a Salud Comunitaria.

### Población de Estudio.

El estudio se realizó en la comunidad de Guarjila, con la participación de los habitantes de la comunidad, se reconstruyó la memoria histórica del proceso de construcción y desarrollo del sistema de salud comunitario. Guarjila, es una comunidad rural ubicada al nororiente del departamento de Chalatenango al norte del El Salvador, con una población campesina de 1760 habitantes de la cual el 52 % está compuesta por mujeres y el 48 % por hombres.

### Objeto de Estudio.

Se sistematizó la experiencia de salud de la comunidad con énfasis en el proceso histórico de construcción, en los procesos organizacionales; y en el contexto político, económico, social y cultural en el que se ha desarrollado; y se identificaron elementos relacionados con la Atención Primaria en Salud Integral.

### Marco Muestral.

Para la sistematización de la experiencia se seleccionaron actores claves comunitarios involucrados en el proceso, además se realizó revisión documental y bibliográfica de fuentes comunitarias y externas.

### Ejes de sistematización.

Se definieron tres ejes de sistematización:

1. El proceso histórico de construcción de la experiencia de salud comunitaria.
2. Los procesos comunitarios de empoderamiento.
3. Los Indicadores de impacto.

### Preguntas de investigación.

- ¿Cuál fue el contexto en el que se construyó la experiencia de salud en la comunidad de Guarjila, entre 1987 y 2007?
- ¿Cuales son las características esenciales de la comunidad, que cambios hay en sus condiciones de vida, y que cambios perciben respecto a su salud durante estos 20 años?
- ¿Cuales fueron los procesos de organización y participación social en la construcción de la experiencia de salud comunitaria?
- ¿Cuáles fueron los factores facilitadores y limitantes en los procesos desarrollados?
- ¿Qué momentos fueron decisivos y que favorecieron la experiencia de salud comunitaria para mantenerse en el tiempo?.
- ¿Qué ha facilitado o limitado a la experiencia de salud comunitaria para que incida en el Sistema Nacional de Salud?
- ¿Cuales son las evidencias que permiten demostrar que la experiencia de salud comunitaria está enmarcada dentro de la Atención Primaria de Salud Integral?.

### Técnicas de obtención de la Información.

Entrevistas a profundidad a actores claves, Grupos focales, Observación-Acción- Participante, Revisión documental y Bibliográfica, Revisión de Material audiovisual.

### Fuentes de información.

- Primarias: Líderes y lideresas de la comunidad, grupos organizados, equipo de salud, organismos de dirección comunitaria.
- Secundarias: Documentos de la experiencia de salud comunitaria, planes operativos, informes, investigaciones previas, audiovisuales y publicaciones que hacen referencia a las comunidades en la postguerra salvadoreña.

## RESULTADOS.

1. La experiencia de salud comunitaria fue construida y desarrollada por la gente de la comunidad y surgió en un contexto adverso durante el conflicto armado salvadoreño caracterizado por la militarización y la represión institucionalizada, desplazamientos y migración.
2. La propia población se organizó para mejorar progresivamente sus condiciones de vida elementales: construyeron el sistema de agua potable, viviendas y letrinas; desarrollaron su propio sistema de producción de alimentos y crearon un modelo de educación con maestros populares y un modelo de salud con agentes comunitarios de salud principalmente promotoras de salud y rehabilitación, parteras y grupos de mujeres voluntarias.
3. La organización comunitaria se evidencia a través de una directiva comunal, máxima representación organizada de la comunidad, equipos y comités locales de salud, educación, agua, agricultura, mujeres, jóvenes, lisiados de guerra, etc.
4. La organización comunitaria trabaja con un abordaje intersectorial la problemática comunitaria y para la toma de decisiones se involucra la mayoría de la comunidad a través de los grupos organizados.
5. En este contexto, la solidaridad y la búsqueda constante de la equidad son evidencias encontradas en los diferentes procesos comunitarios.
6. La toma de decisiones se realiza de forma gradual, desde los grupos organizados, luego en una instancia intersectorial y por último la asamblea comunitaria es quien toma las decisiones de mayor trascendencia para la comunidad.
7. La comunidad asumió la experiencia en salud como propia y la defendió ante los múltiples intentos de cooptación y se involucra activamente en las distintas intervenciones dirigidas por el equipo de salud.
8. El trabajo del equipo de salud se ha modificado progresivamente, partiendo de una atención medicalizada centrada en el tratamiento de la enfermedad, posteriormente incorporó la prevención y promoción de la salud, hasta llegar a un abordaje con enfoque de género, derechos humanos y determinantes.
9. Las mejoras en las condiciones de vida se evidencian en el 94% con viviendas dignas, 98% con agua potable domiciliar y letrinización, 95% con energía eléctrica.
10. Los principales resultados en salud percibidos por los grupos comunitarios, se enmarcan dentro de la prevención, la educación en salud y la adopción de conductas saludables, especialmente en saneamiento básico e higiene personal, tratamiento de agua de consumo humano, enfermedades gastrointestinales y parasitarias, infecciones respiratorias, infecciones de transmisión sexual, disminución de la automedicación, consulta temprana y continua, y mejoras en los hábitos alimenticios.
11. Los principales indicadores de impacto en la salud se reflejan en:
  - La ausencia de mortalidad infantil y materna desde 1997.
  - Control prenatal en el 100%, promedio seis controles.
  - Inscripción prenatal precoz en el 90.5 por ciento.
  - Todos los partos son atendidos en un centro hospitalario.
  - Control infantil a menores de cinco años es del 100%.
  - La tasa bruta de natalidad es de 14.4 x 1,000 habitantes.
  - No hay desnutrición moderada y severa, y el retardo del crecimiento es del 3% en niños menores de cinco años.
  - Las diarreas tienen un incidencia baja del 33.8 x 1000 habitantes.
  - No hay homicidios en los últimos ocho años.

## CONCLUSIONES

La experiencia de salud formó parte de un esfuerzo más amplio de toda la comunidad para su desarrollo donde la organización, la participación comunitaria, el trabajo intersectorial y el empoderamiento han sido los elementos principales para el avance de la experiencia de salud; es parte de un todo armónico que involucra otros determinantes para el desarrollo integral de la comunidad. Las acciones en salud partieron desde una atención centrada en el tratamiento de la enfermedad y progresivamente fueron incorporadas la prevención y promoción de la salud, hasta un abordaje integral con enfoque de género, derechos humanos y determinantes de la salud. El equipo de salud ha mantenido protagonismo y liderazgo y se convirtieron en agentes de cambio para la transformación de las causas de las injusticias que afectan a la comunidad. Los indicadores actuales de salud de la comunidad, evidencian el éxito de la experiencia y su relevancia se refleja en el actual proceso de reforma de salud en El Salvador, que ha tomado como modelo esta experiencia: «Venimos a aprender de esta población que ha hecho tanto por construir su propia salud, queremos apoyarlos para que esa salud sea mayor y de mejor calidad”. M.I. Rodríguez, Ministra de Salud.

## REFERENCIAS

1. Baatz, C. y Orellana, M. Capacidad resolutive de comunidades rurales que cuentan con promotores de salud en Chalatenango y Morazán, El Salvador 1998.
2. Barten F, Espinoza E, Pérez R, and Morales C: *Democratic Governance - Fairytale or Real Perspective? Lessons from Central America*. Environment & Urbanization Vol. 14 No 1 April 2002.
3. Cummings Andrew "Iniciativas Innovadoras de Desarrollo Económico Local en Chalatenango". Boletín *Alternativas para el Desarrollo* de la Fundación Nacional para el Desarrollo (FUNDE) No. 79, Sep-Nov. 2002. pp 3.
4. ED-UCA,CCR y PRODERE, Las escuelas populares de Chalatenango.1994.
5. Landolt, Patricia, La Construcción de Comunidades en Campos Sociales Transnacionales: El Caso de Los Refugiados, Migrantes y Repatriados de El Salvador, 2004, Toronto.
6. Lungo, Mario et al. Economía y sostenibilidad en las zonas exconflictivas en El salvador, FUNDASAL, 1ra. Edición, 1997. pp 75.
7. Martín-Baró, Ignacio. *Monseñor: una voz para un pueblo pisoteado*. La voz de los sin Voz. UCA Editores, San Salvador. 1ra. Edición 1980. pp 13.
8. Montoya, Aquiles. El Desarrollo Económico comunitario, Diagnóstico socioeconómico de cien comunidades de El Salvador. Revista ECA No. 595-596 de Mayo-Junio, 1998.

## AGRADECIMIENTOS

- Este trabajo se llevó a cabo con el apoyo de la Iniciativa de Investigación en Salud Mundial, una asociación dedicado al financiamiento de la investigación entre los Institutos Canadienses de Investigación en Salud, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, el Ministerio de Salud de Canadá, el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, y la Agencia de Salud Pública de Canadá.
- A la Comunidad de Guarjila por su contribución en la reconstrucción de su experiencia de Salud Comunitaria.
- A los agentes comunitarios de salud por su aporte y protagonismo en el desarrollo de esta experiencia.
- A la Dra. María Isabel Rodríguez por su constante motivación a la investigación.