

Alianza para *la* **Salud**



**MEMORIA Y CONCLUSIÓN
DEL SEMINARIO-TALLER
SOBRE EXPERIENCIAS
COMUNITARIAS EN SALUD**

*Quinta Ykua Satî, 14 de noviembre de
2002*

ASUNCIÓN-PARAGUAY

ORGANIZACIONES PARTICIPANTES

Plan Internacional
Proyecto AMAR
Tesãi-Reka Paraguay
XI Región Sanitaria del Ministerio de Salud
CCDA
Asociación Campesina Maracana
Facultad de Medicina
Movimiento Campesino Paraguayo
XVII Región Sanitaria del Ministerio de Salud
Pastoral Arquidiocesana
Bañado Sur
Consejo de Salud de Fernando de la Mora
Alianza para la Salud San Miguel-Misiones

Presentación

La Alianza para la Salud es la coordinación de esfuerzos de tres organizaciones no gubernamentales, que trabajan en el sector de la salud: CEPEP, PRIME II y CIRD, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) como organismo de cooperación que financia dicha experiencia, y distintas comunidades comprometidas en incrementar el acceso y la calidad de sus servicios de salud .

La idea es que mediante esta “alianza de cooperación” de estos distintos sectores se puedan complementar recursos, compartir experiencias, trabajar coordinadamente en va-rios aspectos del área de la salud como lo son: la salud comunitaria; los promotores de salud; el apoyo a los servicios de salud; a las instituciones y organizaciones locales y comunitarias; al Consejo Local de Salud y al Gobierno local y departamental.

La Alianza para la Salud tiene aún una breve experiencia en el trabajo con promotores comunitarios, que se está desarrollando en las comunidades de San Miguel, Departamento de Misiones. Estas comunidades son: San Miguel urbano, Arazapé e Itá Yurú. Estamos seguros que en este breve camino recorrido ya hemos aprendido mucho sobre las comunidades en las que estamos trabajando, sobre su forma de comunicación, sobre sus costumbres y necesidades, y algunas experiencias útiles que podemos compartir con otras organizaciones que trabajan en salud comunitaria, buscando promover un aprendizaje colectivo.

El objetivo de este Encuentro sobre Experiencias Comunitarias en Salud, es justamente el poder conocer el trabajo que realizan las distintas instituciones que trabajan en el tema de promotores de salud, desde hace muchos años en el Paraguay. Todos sabemos que existe en nuestro país un gran número de personas y familias que no acceden a los servicios de salud. En ese sentido la estrategia de formar y capacitar promotores de salud, puede ayudar a extender los servicios básicos de salud y ayudar en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades a nivel local.

Creemos que este Seminario-Taller ha contribuido en dos sentidos: el primero para reflexionar sobre las distintas experiencias presentadas por nuestros invitados, y el segundo para establecer vínculos entre las distintas instituciones a fin de seguir intercambiando experiencias y poder compartir aquellas cosas que han salido bien y motivarnos para seguir con nuestro proyectos y utopías.

A todos los que han participado de esta experiencia, gracias por su presencia y colaboración.

Agustín Carrizosa

Presidente Ejecutivo CIRD

Guía para el desarrollo del Seminario-Taller

1- Presentación de experiencias de las organizaciones invitadas

Objetivos

Estructura organizativa

Programa y contenido de la capacitación

Perfil, funciones y modalidad de trabajo; vínculo con establecimientos de salud y con la comunidad

Área geográfica y número de promotores

Monitoreo y evaluación

Principales logros y dificultades

2- Trabajos de grupos

Inserción de los promotores en la comunidad

Sostenibilidad del sistema de promotores

Conclusiones, oportunidades y desafíos



Contenido

Organizaciones participantes	2
Presentación	3
Primera mesa de exposición de experiencias de trabajo de las organizaciones Plan Internacional, Proyecto AMAR, CCDA	7-26
Experiencia del Bañado Sur en Salud Comunitaria	27-29
Segunda mesa de exposición de experiencias de trabajo de las organizaciones Tesãi-Reka Py, XVII Región Sanitaria (MSPBS) Boquerón, Chaco, Pastoral Arquidiocesana	31-48
Experiencia del Consejo Local de Salud de Fernando de la Mora	49-50
Experiencia del Consejo Local de Salud de San Miguel - Arasapé - Itá Yurú	51-55
Conclusión de los trabajos de grupos	56-63
Participantes	64-67



Primera

MESA

**EXPERIENCIAS
DE TRABAJO DE:**

- ▶ **Plan Internacional**
- ▶ **Proyecto AMAR**
- ▶ **CCDA (Centro de Capacitación de Desarrollo Agrícola)**

PLAN INTERNACIONAL. Desarrollo Comunitario con enfoque en los Derechos de los niños y las niñas

Expositora: Ninfa Álvarez

Realizamos trabajo básicamente en desarrollo comunitario con enfoque en el niño y la niña, y tenemos tres ejes fundamentales. El financiamiento proviene de fondos que padrinos europeos están dando para nuestro país. Tenemos asignado específicamente un fondo por cinco años, que garantizamos a nivel nacional a través de un Plan Estratégico.

Tenemos asistencia técnica en salud, educación, hábitat, derechos del niño/a y comunicaciones, y un área de procedimientos administrativos que se encarga de todo lo referente a la parte administrativa y las auditorías administrativas. Construyendo relaciones decimos porque básicamente queremos trabajar y trabajamos en Derechos de los niños, el eje son los niños.

Plan Internacional trabaja a través de patrocinadores, estos patrocinadores son los donantes. Luego está el **I.H.** que significa Oficina Central, en Inglaterra. Ellos son los que generalmente recaudan los fondos, pasan a las regiones. A nosotros nos corresponde la Región Latinoamérica, su sede está en Quito y a través de la Oficina Regional, contamos con una Oficina Nacional que denominamos **C.O.** Luego tenemos oficinas descentralizadas a nivel de los departamentos donde trabajamos y que son los responsables del área operativa.

En el área administrativa, Plan es como un intermediario de los fondos entre un patrocinador y la comunidad. La administración se encarga del desembolso de los fondos manejados por las comunidades, por las Comisiones de Salud, en algunas partes el Consejo Local de Salud, en otras partes son comisiones formadas y reconocidas por la comunidad. Lo que hace la administración es ver la honesti-

dad, la transparencia de los fondos, a través de auditorías muy estrictas, porque también hemos aprendido que hay que controlar.

¿Qué tipos de relaciones construimos?

Siempre centrados en los/las niños/as, a través de patrocinadores, trabajamos con la comunidad, con la escuela, la familia, con los adultos, y PLAN es como un satélite que está apoyando todo un proceso de desarrollo comunitario. Tiene un apoyo técnico, con enfoque de proceso integral. Nosotros hacemos un proceso a 30 ó 40 años, no tenemos prisa para ir realizando el cambio, no trabajamos con proyectos rápidos ni específicos.

Trabajamos actualmente en 386 comunidades de los departamentos de Cordillera, Paraguarí, Guairá, San Pedro Sur y Caaguazú. También en Repatriación, que es un distrito que estamos ampliando. Lo que se quiere es movilización de toda la capacidad local para el bien común.

Trabajamos a través de un Plan Estratégico que actualmente está siendo revisado, dura cinco años, tenemos tres programas básicos y nos guiamos por ciclos de vida:

- 1) **Programa de niños/as de 0 a 5 años** Trabajamos el desarrollo infantil óptimo; en la familia, en el fortalecimiento de la comunidad. Trabajamos a través de programas como ambiente saludable, control de enfermedades, crecimiento, afecto, estimulación temprana, etcétera.
- 2) **Programa de niños/as de 6 a 14 años**, Aquí trabajamos en lo que llamamos escuelas amigas de los/las niños/as. El objetivo es el cambio de actitudes, pero como eje la familia, el niño más como protagonista. Queremos que el niño participe. Trabajamos a través de un programa que se llama "Participación del niño, ellos deciden lo que quieren", desarrollando habilidades, potenciando sus habilidades. Tenemos algunos beneficios, tanto en el área de salud y educación, como en la construcción de escuelas, el fortalecimiento de algunos servicios de salud, la parte de IEC (información, educación, comunicación), lo que buscamos es un escolar desarrollando potencialidades.
- 3) **Programa para jóvenes de 15 a 18 años** Tenemos una experiencia de tres años trabajando con adolescentes, donde trabajamos también el cambio de actitud. Empezamos con los adolescentes y, a partir de este año, vamos a trabajar con los padres. Trabajamos en el fortalecimiento de la comunidad, pero desde la óptica de los jóvenes.

Nuestras experiencias con promotores de salud

Tuvimos una experiencia con promotores voluntarios de salud. Hace cinco años que estamos trabajando en PLAN. Hace tres años hicimos una evaluación de medio término, hicimos una capacitación y vimos realmente muchas cosas, como por ejem-

plo que hemos capacitado mucho a los voluntarios pero como que se quedan con lo que ellos saben y no replican; no visitan a las familias, entonces estuvimos viendo cual es la estrategia válida para que realmente transfieran lo aprendido.

En el primer programa que es de supervivencia y desarrollo materno infantil, de menores de 5 años, desarrollamos el programa AIEPI (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia), como una estrategia válida por la metodología que implica. Hace tres años empezamos a cambiar un poco la metodología de la capacitación y hoy vamos más hacia la parte de motivación del promotor y trabajamos ahí en el programa AIEPI apoyando la iniciativa del Ministerio de Salud Pública.

Como AIEPI tiene dos componentes: el institucional y el comunitario, empezamos a trabajar en la parte comunitaria porque nuestro plan estratégico solo nos permite desarrollar lo que es comunitario. En colaboración con el Banco Mundial, en las regiones donde estamos, se ha negociado la capacitación del personal de salud en AIEPI institucional y nosotros entramos en AIEPI comunitaria.

Trabajamos también en la provisión de medicamentos a las comunidades con dos modelos. En Atyrá estamos trabajando muy bien con el modelo de dar los medicamentos al servicio de salud (centro o puesto). Sin embargo, en el área de San Pedro, estamos dando a los promotores en las propias comunidades.

Al final del año fiscal, vamos a hacer una evaluación de todo lo que sea el componente de medicinas.

Con relación al componente comunitario, ya hemos conseguido las visitas a las casas por las voluntarias, pero con un proceso de capacitación previa de 60 horas, que estamos aumentando en la parte teórico-práctica. Estamos todavía con debilidades en el sentido de la capacidad que tiene el voluntario de absorber mucha información.

Tuvimos primero un proceso de revisión de la parte gerencial del plan. Empezamos el proceso de capacitación y sensibilización del personal gerencial, después empezamos con la parte de participación como parte de un Comité Nacional con compromiso del Ministerio de Salud, porque para nosotros es importante que haya un compromiso formal, que de repente

los profesionales no nos fallen, porque los técnicos prácticamente son del Ministerio.

En la siguiente etapa, la de planificación, hubo una capacitación de los funcionarios de las oficinas descentralizadas de PLAN. Se trabajó sobre el compromiso de las coordinadoras de salud y la capacitación de ellas a nivel departamental y prácticamente el proceso de implementación en las comunidades, porque son las propias comunidades las que hacen su planificación. Nosotros estamos desembolsando los fondos por proyectos específicos a las comunidades para la ejecución.





¿Cuál es nuestro desafío más grande?

Mejorar la atención del niño pero en la propia familia, y eso todavía no lo estamos logrando en el porcentaje deseado, que es de 80%. Estamos en un 20%, porque todavía hay una problemática con nuestros voluntarios, porque la situación económica es muy crítica, entonces están trabajando mas bien por mística y por amor a la comunidad, están caminando bajo el sol, es un poco difícil todavía, pero ellos están motivados, están haciendo su trabajo, están visitando las familias que pueden.

Anteriormente le dábamos a un voluntario toda la actividad de estimulación temprana, era voluntario de salud del niño, del escolar y del adolescente. Pero hemos aprendido que es mejor tener voluntarios por separado. Ahora, dentro de los voluntarios de AIEPI, están los que se encargan de los niños, otros que se encargan de las mujeres embarazadas y tenemos también nuestros voluntarios adolescentes, que están también en un proceso de voluntariado pero apoyando al escolar. En ese sistema estamos organizando la red de voluntarios.

Otro desafío es mejorar la atención a nivel de los servicios de salud, porque hemos desarrollado mucho el componente de capacitación de los voluntarios, el compromiso de los voluntarios, pero tenemos un problema cuando van a un servicio de salud y no tienen la respuesta necesaria. Ahí ocurre un desfase en lo que hace el voluntario y la respuesta del servicio de salud.

Estamos mejorando los procesos, en algunos servicios mucho más que en otros, pero realmente eso es un desafío muy grande porque nosotros no trabajamos hoy el componente de capacitación de AIEPI institucional, pero vamos a incorporarlo a partir del siguiente año fiscal y espero que mejoremos.

La Metodología

Nosotros dividimos la formación de los promotores en fases porque trabajamos como proceso. Primero la capacitación, que es de 60 horas con técnicos del Ministerio de Salud, nosotros somos el apoyo logístico. Tenemos un plan de capacitación ya bien estipulado por horas, con metodología participativa, eso ya está totalmente en un Manual Técnico que PLAN está desarrollando en algunos programas como la AIEPI, que es implementado conjuntamente con el Ministerio de Salud,

y el programa de estimulación temprana ejecutado en forma conjunta con el Ministerio de Educación y con otras ONGs que trabajan en el tema.

La segunda fase es la transferencia hacia la familia de lo que el voluntario aprendió. Estamos designando 10 a 12 familias por voluntarios, ellos van y aplican todo lo aprendido en la familia, el uso de la libreta de salud del niño, y trabajan en la concienciación de que los documentos del área de salud son prácticamente iguales a la cédula de identidad del niño.

Otra fase es la del monitoreo. En esta fase estamos débiles porque trabajamos en comunidades muy alejadas. Tenemos todavía una debilidad en el componente de control social porque estamos en este momento en el control comunitario. Pero vamos a avanzar en el control social en el sentido de trabajar, desde el año próximo, en el proceso de descentralización para empoderar a los municipios y a todos los componentes gerenciales locales.

Los voluntarios entran en un proceso de monitoreo de actividades, son visitados periódicamente por los técnicos en sus propias comunidades viendo su trabajo, y entran en un proceso de retroalimentación en lo que ellos están débiles o tienen algunas dudas.

En el proceso de evaluación cada año tenemos una capacitación. Contratamos a una persona, tercerizamos el servicio y hacemos una capacitación. Y vemos una metodología adecuada y ahí vamos avanzando en los procesos, y como lección aprendida vamos corrigiendo lo que realmente tenemos que corregir.

Vimos que hay un compromiso de los promotores de salud, ya no le llamamos voluntarios. Hay una motivación por parte de las familias porque ven que se las visita. Se está motivando también a las familias a participar.

Estamos en un proceso de organización de la red de voluntarios, es incipiente pero se hace una reunión de voluntarios de cada zona cada tres meses. Tenemos todo dividido por micro-zona en un mapa de intervención de PLAN por procesos y ciclos de vida. Hoy contamos con 25 comunidades en proceso de iniciar el AIEPI, tenemos 35 en seguimiento de la segunda fase y 35 en seguimiento de la tercera fase. Se está incorporando la cuarta fase que es la de motivación, es la respuesta a lo que el voluntario pide, el regalo que quiere por el trabajo que hace, generalmente son los fogones, ya que la mayoría son mujeres.

El gran desafío es el compromiso que los servicios de salud están asumiendo, pero aún es muy débil, y se siguen derivando los niños desde el interior al Hospital Nacional. Tenemos una estadística de 100 casos, porque tenemos un fondo de emergencia para los problemas de internación de los niños y los seguimos cuando tienen neumonía, diarrea, etc. y todos esos casos, patologías básicas, que realmente se podrían solucionar en un servicio de salud local, son remitidos a los hospitales de mayor nivel.

Otro desafío es el reconocimiento de los voluntarios por algunos servicios como un sistema de referencia comunitario, porque todavía no lo incorporan como parte de una red de referencia de un sistema de salud, ni siquiera hablamos de un sistema de salud del ministerio, nuestros servicios privados todavía en una emergencia en el campo no aceptan que derive un promotor, por lo menos para ponerle un suero.

Proyecto AMAR. Propuestas basadas en los valores de la comunidad

Expositora: Ángela Espínola

El Proyecto AMAR, al contrario de lo que plantea Plan Internacional, contribuye pero en forma muy corta. En este momento tiene el cuarto año de intervención y le queda un quinto año que es el 2003, con serios riesgos de no implementación porque está condicionada a la contrapartida nacional. El proyecto AMAR nace de una cooperación entre el Estado Paraguayo y la Comunidad Europea. La Comunidad Europea se comprometió con un aporte de 10 millones de euros y el Paraguay con 2 millones de euros, en este momento la Comunidad Europea ya aportó el 50% de su compromiso y el Paraguay el 15 %, y en el 2002 en el presupuesto la contrapartida es cero, entonces estamos en un momento bastante difícil, tenemos una buena propuesta pero estamos con esa inseguridad continua

Se comunicó la situación real a las comunidades donde estamos trabajando, por lo tanto varias de las cosas que se planearon hacer se están haciendo pero muchas de las que se debieran de hacer, sobre todo en este año y el año que viene, están congeladas.

Nuestro compromiso

El proyecto AMAR trabaja en base a los derechos del niño, tiene un enfoque similar al planteado por PLAN. El derecho a la salud y al desarrollo, a la educación, a la participación, a la protección, dentro de estos derechos plantea su intervención en las comunidades. Inicialmente estaba diseñado para la intervención en 15 comunidades: 11 pertenecientes a Asunción, 1 perteneciente a Limpio y 3 pertenecientes a Ciudad del Este.

En Asunción, su área de intervención son los bañados, el Sur y el Norte; en Limpio son las zonas Salesianas de Don Bosco y los alrededores; y en Ciudad del Este son Remansito, Santa Ana y 23 de Octubre.

La estrategia

La estrategia básica es contribuir con la presentación de “diseños de participación” en sus diferentes áreas de derecho; en salud el diseño de un Programa de Salud Comunitaria; en educación el diseño de Escuelas Comunitarias; en el área de protección la “Casa del Niño y la Niña”, que es similar a la guardería pero donde básicamente se enfoca el tema de la protección. El modelo plantea la participación de la comunidad, de los padres de familias y de los mismo niños. En el área de protección entra el tema de trabajo con niños trabajadores en diferentes aspectos, son lugares de protección en donde puedan asistir y facilitar el refuerzo escolar, tener un techo, tratar de que no se “callegicen”, pues hay una alta tendencia a que los niños se callegicen. Tratamos que el vinculo familiar no se rompa.

El proyecto Amar no trabaja en forma directa, sino con ONGs o instituciones que trabajan con esos niños, trabajamos con el CENADI del MSP, con Calle Escuela y con organizaciones que estén trabajando con ellos. Pero no cuenta con una propuesta directa con personal de AMAR en esa área.

Trabajamos con ONG,s que hacen ese tipo de tareas y el aspecto de difusión de los derechos, investigación sobre maltrato sobre abuso, violencia. Trabajamos con Calle Escuela, con Don Bosco, en el Mercado de Abasto, en la Terminal y en Ciudad del Este. Lo que ofrecen son lugares donde los niños pueden ir a recibir refuerzo escolar, recibir la merienda, el almuerzo o pueden ir a jugar, que es muy importante, o un lugar donde estar que no sea la calle.

Apoyamos publicaciones que tiene que ver con el Derecho de niños y niñas. AMAR organizó el Primer Congreso de “Crecer con Derechos” el año pasado y este año el Segundo Congreso.

Propuesta de Salud Comunitaria.

La propuesta es basarse en los valores de la comunidad. La propuesta estratégica es la participación comunitaria activa y responsable de la persona, de la familia y de la comunidad en el tema de su propia salud. El enfoque de salud: es una salud integral como proceso, amplio y complejo que tiene que ver con la situación socio-económica geográfica de esa población.

Las acciones son de carácter preventivo y cuidado de salud, tanto individual como colectiva, y la provisión de servicios básicos para problemas de salud más urgentes.

Objetivos

Por niveles:

Personal: Capacitación de promotores voluntarios, capacitación a los miembros de comités de salud, padres y madres.

Institucional Comunitario: La participación organizada de la demanda en salud e institucionalmente con las alianzas gubernamentales y no gubernamentales y otra organizaciones con el mismo enfoque.



Objetivo específico:

Información y capacitación: Pretende un cambio de actitud, fomenta la participación y la organización comunitaria básicamente en el área de promoción y prevención y plantea una atención básica en nutrición y salud. Es importante aclarar que el proyecto plantea el apoyo para la concreción de centros comunitarios de atención a la salud, no puestos de salud. Si existe un servicio de salud del Ministerio o comunitaria, igual se le apoya para darle funcionalidad a lo que la comunidad posee.

La resistencia que observamos en el personal de salud no es de tipo personal, sino que viene por la formación de los recursos humanos en salud que tiene nuestro país, y mientras no intervengamos en esa formación vamos a seguir teniendo dificultades, El cambio de actitud, el cambio de mentalidad, de modelo en cuanto a la participación de la comunidad en el tema de salud, sigue siendo una dificultad para las personas que trabajamos en las comunidades.

Ejes de Acción

Que cada comunidad tenga:

Censo comunitario, mapeo, territorialización

Sistema de vigilancia en salud

Sistema de información básica

Protección de derechos

Nutrición

Atención primaria en salud

Saneamiento básico

Sistema de referencia y contrarreferencia local

Dificultades

Hay muy buena predisposición de la comunidad para la participación, pero hay que hacer un trabajo continuo a largo plazo para lograr algo. Hay que asegurar el acompañamiento.

El enfoque de los capacitadores del Ministerio de Salud no es un enfoque de salud comunitaria, son recitadores de temas, por tanto hay que acompañar a los promotores porque lo que replican es lo que aprenden, ellos van a recitar en una reunión.

Hay muy buena voluntad política desde el ministro, la viceministra para la conformación de la USP. Ellos designan los profesionales que forman esos USP, pero tenemos un nudo, que son los servicios locales. En el barrio, en el puesto de salud, donde la directora del Puesto de Salud rechaza el trabajo del promotor.

Otra dificultad es no entender que los verdaderos cambios van a venir de ellos mismo y que siempre ven todo lo que es salud como una asistencia. “Si no llevas una consulta a su comunidad entonces vos no trabajas en salud”. El hecho que trabajes en crecimiento y desarrollo en detección de desnutridos, promocionar PAP o vacunas, que es lo que nosotros trabajamos, prácticamente no es visto como trabajo en salud por parte de la comunidad. Salud para las comunidades solo tiene que ver con asistencia médica y medicamentos básicamente.

El proyecto AMAR no tuvo un planteamiento de recursos para medicamentos esenciales, pero en las zonas donde trabajamos piden que desarrollemos botiquines comunitarios o farmacias sociales, pero nosotros no podemos ni siquiera colaborar con ellos con un capital operativo inicial.

Creo que mientras nuestra política de salud no asuma una política de medicamentos esenciales real que facilite a la gente el acceso a medicamentos, vamos a seguir teniendo muchas dificultades. Nuestra población no tiene acceso, sabemos que hay bastante servicios en Asunción, ellos podrían acceder, el problema es el costo, nuestras familias no tienen 5.000 guaraníes para pagar la consulta, ahora ya está a 5.500 y en algunos centros de salud a 7.000 guaraníes. La consulta es sin medicamentos y encima de todo, con maltrato a las personas.

CCDA (CENTRO DE CAPACITACIÓN DE DESARROLLO AGRÍCOLA). Cambio de vida a partir de la producción agroecológica

Expositores: Carmen García y Mariano Riquelme

El CCDA es una ONG que surge en 1993 para apoyar a un grupo específico de campesinos, que después de un largo proceso de lucha por la tierra, en la zona entre Cordillera y Caaguazú, consiguieron que el Estado Paraguayo expropiara las tierras a favor de ellos. Están en un lugar totalmente desprovisto de servicios básicos y el CCDA se constituyó para apoyarlos, son como 300 familias. Hay tres comunidades: Guido I, Guido II y Regina Marecos, que está en el límite entre Caaguazú y Cordillera.

Empezamos fundamentalmente haciendo una crítica al modelo de desarrollo agrícola propiciado desde el Estado, que tiene un énfasis en lo que es la producción para la exportación y no tanto una producción que beneficie en forma integral a los pequeños productores.

Empezamos a construir, desde la propia práctica, un trabajo que implique que los campesinos dejen de producir básicamente para el mono-cultivo y pasen a ver su finca campesina como sistema integrado de recursos y de forma de vida, a reconfigurar la lógica campesina, ya no para el mercado exterior sino para el desarrollo de su vida misma y de un proyecto de vida.

Esto significó para el equipo de CCDA un proceso de desestructurar nuestra mente y empezar a pensar en algo nuevo, en ese entonces había muy pocas experiencias, ahora hay varias organizaciones que trabajan en la línea de la producción agroecológica.

Hoy después de 8 años en Regina Marecos tenemos como 80 productores, familias que están produciendo en forma agroecológica, ya no para la producción externa. Trabajamos en la capacitación a los productores en la línea de la producción agroecológica, en la configuración en mercados locales en donde los productores puedan vender y ofertar sus productos y crear mercados en los centros urbanos, crear un mercado diferenciado de productos orgánicos, esto es aún difícil. Por otro lado, los productores no tienen mucha capacidad de comerciar, siempre lo hicieron a través de intermediarios.

¿Cómo se inserta la idea de salud dentro de este modelo de desarrollo rural sustentable?

La línea de producción agroecológica no implica solo cambiar el estilo de producción sino es un cambio de vida y dentro de ello se ubica la salud, significa como mirar nuestro cuerpo y nuestro relacionamiento con los agentes naturales que están en las fincas, implica apropiarse de cómo funciona nuestro cuerpo y como podemos ayudar, con los recursos que tenemos en la finca o la comunidad, que nuestro cuerpo no se enferme.

Hace cuatro años extendimos el proyecto al distrito 25 de Diciembre, departamento de San Pedro, donde estamos trabajando con 8 comunidades.

En el programa de salud se realiza un diagnóstico de la salud de la comunidad y de la asistencia que se realiza por parte del Estado. Se analiza el relacionamiento con el medio ambiente, con los agentes naturales, se realiza un análisis de cómo ven este relacionamiento las personas.

Se hace un reconocimiento del cuerpo humano, como está conformado y como funciona. Lo relacionamos con la alimentación y la naturaleza, la combinación de los alimentos. Como podemos recuperarnos utilizando los agentes naturales como el agua, el barro, las plantas medicinales y la alimentación. Sabemos que la salud es cuestión de temperatura y funcionamiento.

Nuestro cuerpo realiza dos funciones importantes; la elaboración y la eliminación y la salud depende de la buena elaboración y de la buena eliminación. Si esto no ocurre se presentan los problemas. Por ello, nuestro trabajo con la gente tiene por objetivo que estos conceptos se comprendan, y realizamos capacitaciones sobre el uso y aprovechamiento de las plantas medicinales, del agua y del barro. Capacitamos a las organizaciones, padres de familia, jóvenes, docentes, agentes de salud, pero hay poca participación de los agentes de salud.

Como resultado hay reconocimiento, comprensión, hay autoconsumo en el rubro agrícola, frutas y hortalizas. Ahora se aprovecha para el uso y el consumo la producción de la propia finca.

La dificultad que se presenta es la apropiación muy lenta. Es un proceso muy lento, requiere cambio de actitudes, de mentalidad, cambio de relacionamiento entre la persona y la naturaleza, y esto es algo que no se puede lograr rápidamente.

Preguntas a la Dra. Ángela Espínola, de AMAR

¿Cuál es tu opinión sobre el perfil de los promotores. Es preferible que sean personas jóvenes, adolescentes, mujeres, amas de casa?

¿Que opinas de los hombres como capacitadores?

¿El sistema de supervisión?

¿Qué es equipo de salud dentro del proyecto AMAR y nutrición?

¿Cómo seleccionan y capacitan a los promotores?

Con relación a la capacitación de promotores, trabajé durante muchísimos años en el área rural y siempre teníamos predominancia de promotores varones, no había problema de que fueran con o sin lecto-escritura, para nosotros esto no tenía mucha dificultad porque incorporábamos en el plan de capacitación de promotores, capacitación en lecto-escritura, era parte de su capacitación. Necesitábamos que tengan lecto-escritura con anticipación, así que lo incorporamos en el plan de capacitación, resultó muy bien esa experiencia y sigue viva en Misiones, muchos de estos promotores están incorporados a Pastoral Social del Niño y otras organizaciones.

Con relación al perfil, tanto en la experiencia rural como en la urbana, el tema de promotores muy jóvenes tiene cierta dificultad si no tiene acompañamiento permanente. El joven es el que dinamiza el grupo, es el más activo, el que tiene más ganas de realizar las visitas, pero tiene que estar acompañado permanentemente. Puede ser hombre o mujer, madre o padre de familia, de 20 ó 50 años, lo que cuenta son las ganas de hacer y trabajar con la comunidad. Yo he trabajado con personas con más de 60 años y son los dinamizadores básicos de la comunidad. Ahora mismo, en el Bañado, las señoras de 60 años son las líderes, por eso el tema de la edad es relativo.

Con relación a los lugares, tengo que decir que si la situación campesina rural está bastante difícil, la situación urbano marginal es aún más difícil porque en el área rural ellos son muy pobres pero tienen identidad, tienen familia y tienen comunidad, pertenecen a una familia y comunidad, y la solidaridad que se crea dentro de su pobreza es muy importante.

Sin embargo, en el área urbano marginal ellos han perdido su identidad, ellos son núcleos familiares desestructurados con altísima violencia intrafamiliar y en la calle, con altísimo maltrato dentro de la comunidad y realmente construir la identidad de las comunidades es un trabajo de muchísimos años. Ellos no son de ninguna parte, no se sienten pertenecientes a nada, sus horizontes son de hoy y no de mañana, es muy difícil dentro de su precariedad y su necesidad vital de sobrevivencia diaria, hacerles entender el mañana con relación a prevención, esa idea de prevención es muy difícil.

Mi lugar de trabajo actual es Cateura, en el Bañado Sur, por lo tanto trabajamos con la familia de los gancheros, ellos están 12 horas en la basura, diurna y nocturna, son grupos de trabajo, por lo tanto, no existe la mamá que queda a cuidar a sus hijos, las mujeres en su mayoría están de día en Cateura y son los varones, que son sus parejas, las que están de noche, entonces el niño queda a cargo de otro niño, o de la vecina o de la calle. Este es básicamente el panorama en el cual se desenvuelven, y dentro de esto pensar en un trabajo voluntario en salud es un cuestionamiento.

El trabajo voluntario se desnaturaliza cuando hay una cuestión de pago, no por el pago en sí, sino porque nadie de nosotros tiene como proyecto o como institución, el recurso para pagarle a todos, y entonces en ese tema de ¿a quién le pago?, y ¿a quién no? es que enturbiamos el trabajo. AMAR propone pagar a dos promotores para que coordinen el trabajo en la comunidad y yo me opuse porque tengo 20 promotores en la comunidad, y no soy capaz de elegir a quién sí y a quién no pagar dentro de esas familias que no tienen que comer. Es preferible que sean todos por igual, porque genera una situación de mucha violencia entre ellos.

Con relación al programa de capacitación, teníamos una modalidad parecida a la planteada por Ninfa, un proceso más intensivo de capacitación, con 120 horas de capacitación, dados en dos años, en jornadas de 3 ó 4 días seguidos, cada uno o dos meses pero asegurando una capacitación continua, mediante estas jornadas y a largo plazo. El acompañamiento, el seguimiento y el refuerzo que se debe hacer son muy importantes.

En este programa que plantea actualmente AMAR estamos hablando de una capacitación más intensiva, de 97 horas, en la parte teórica y en la parte práctica. Fuera de la práctica que podemos hacer en el ambiente de capacitación, tenemos esa dificultad que todavía no podemos zanjar, que es con los servicios locales, que podrían ser centros de capacitación pero aún no los tenemos articulados.

Preguntas a los expositores de CCDA

¿No constituye una barrera en la accesibilidad a los servicios establecidos por el Ministerio de Salud, las actividades mas bien “curanderiles” que promocionan?

¿Ustedes incorporan el tema de medicina natural en el concepto de atención a la salud o es algo realmente irreconciliable?

Lic. Carmen García:

Cuando los campesinos fueron a asentarse en ese lugar que hoy es Regina Marecos, era un monte sin ningún recurso, sin camino ni nada, hoy día hay una escuela pública, una escuela

agroecológica propiciado por los campesinos y con el apoyo del CCDA, hay un puesto de salud, tanque de agua, en estos 8 años hemos capacitado a la gente para que pueda demandar y producto de ello es que hoy se cuenta con estos recursos.

Dentro del desarrollo rural sustentable, lo que propiciamos es que dentro de la finca se puedan utilizar todos los recursos que ellos tengan, allí se encuentran los remedios naturales. Está científicamente comprobado la utilidad y el efecto positivo del uso de la medicina natural, lo que se trata es de capacitar a la gente en el uso de esos recursos. Por otro lado, dentro de la cultura campesina se ha dejado de lado la huerta con remedios medicinales, ¿por qué no se trabaja con ellos para que quieran plantar de nuevo?, que tengan una diversidad de especies y que le den uso a cada planta.

En ese soporte técnico nosotros trabajamos con ellos, estamos ahora tratando de hacer una huerta a nivel comunitario y un vivero donde la gente después pueda llevarlo a su casa.

No es que nosotros abandonamos lo que es la cuestión del ejercicio legítimo que tienen todos los ciudadanos, y más especialmente uno de los sectores más excluidos y más vulnerables que es el campesinado, de acceder al servicio de salud. Hemos trabajado fuertemente con relación a este tema.

Tratamos que la gente, antes de recurrir a un puesto de salud, que le queda posiblemente a 14 km. de su casa, pueda tener recursos y elementos para que pueda curarse de algunas cosas o pueda mejorar algunas dolencias que tiene con los recursos de su finca.

Mariano Riquelme (traducción del guaraní)

Quiero aclarar, en primer lugar, que no somos extremistas, se pueden combinar las dos cosas y se puede hacer trabajo conjunto, como lo estamos haciendo, con doctores, enfermeras, pero lamentablemente hay poca participación, no todos quieren participar.

Fundamentalmente nuestro trabajo consiste en dar a conocer el funcionamiento del cuerpo, así como los profesionales lo saben, el funcionamiento de cada órgano, de cada aparato, todos tenemos el derecho de saberlo y eso es lo que intentamos incorporar en nuestro programa. Además, existen muchos conocimientos empíricos en la zona que fueron desplazándose y esos tratamos de recuperar, combinando las dos cosas, no decir esto sirve y esto otro no, sino combinar ambos conocimientos, y trabajar juntos, para que de esta manera puedan recuperar la salud de nuestra comunidad juntos.

¿Ustedes ven como alternativa al tema del cooperativismo?

¿Trabajan solamente con adultos o también con niños y adolescentes en el sentido de cambio de actitudes?

Trabajamos con las diferentes poblaciones de la comunidad, niños, adolescentes y madres y padres de familia, con los años vimos que las capacitaciones sueltas no articulaban, no generaban, no potenciaban el capital social de la comunidad. Entonces se fue pensando en un modelo organizativo, que contemple todo lo que es la canalización de las demandas de las organizaciones campesinas, también que esa organización trabaje un modelo productivo diferente de la tendencia a nivel nacional que es la agro-exportación, y dentro de eso vimos una instancia organizativa transitoria, que son las cooperativas de pequeños productores.

Hay todavía ajustes que se deben hacer y lo que existe ahora es una precooperativa, que es una instancia como anterior a la fundación formal de una cooperativa, porque el modelo que propone el Estado es una estructura muy grande y todavía estamos en analizar con los propios campesinos si se va poder seguir adelante con toda esa superestructura que plantea la ley de cooperativas a nivel nacional. El modelo de cooperativas a nivel nacional es aquel impulsado por los inmigrantes, que manejan mucho capital, que son superestructuras, no es que esto esté mal, pero quizás una comunidad campesina de 200 familias va poder autosustentarse en el tiempo con un modelo de cooperativa, y en ese proceso de análisis estamos.

Este proyecto de salud está articulado en la comunidad en lo que es la escuela agroecológica, en la cual tenemos 7º, 8º y 9º grados, los padres de familia están clamando por abrir un bachillerato agropecuario, con enfoque agroecológico en la comunidad. Con esto se espera parar la migración campo-ciudad, y se está concluyendo con la primera promoción de 9º grado.

Preguntas a la Dra. Ninfa Alvarez de Plan Internacional

- ¿Qué perfil debe reunir el promotor comunitario de salud?**
- ¿Existe alguna remuneración para el trabajador?**
- ¿La opinión personal de la Dra. Ninfa referente a la motivación económica por el tiempo destinado al proyecto?**
- ¿Si pudieras describir el tema de medicamentos, qué tipo, si se vende quién administra, quién maneja los fondos?**
- ¿Cómo se distribuye las 60 horas de capacitación?**
- ¿Cuál es la relación de los promotores con los servicios?**
- ¿Si el objetivo es un niño sano, cómo ven la parte de salud mental?**
- ¿Sistema de estímulos para promotores?**
- ¿Formas de coordinación de acciones en el área de promotores?**
- ¿Avances y retroceso en el tema de la experiencia?**
- ¿Se incorpora el tema de medicina natural al concepto de atención a la salud o es irreconciliable con la medicina tradicional?**

La primera pregunta es en cuanto al perfil de promotores. Sí tenemos un perfil, pero no en el sentido discriminativo. La experiencia que tuvimos al trabajar con voluntarios digitados por los servicios de salud fue muy triste.

Nosotros tenemos funcionarios pagados, un funcionario que tiene a su cargo 10 comunidades, en una comunidad hay un promedio de 80 familias.

Se hace una asamblea se presenta el trabajo del voluntariado y se inscriben los voluntarios con el siguiente perfil: deben permanecer mínimamente tres años; vivir en la comunidad; y estar escolarizados, porque tenemos muchos problemas con los que no lo están.

La idea es no discriminar a los no escolarizados, ellos lo mismo pueden participar en el proceso, pero es muy difícil trabajar con ellos y que entiendan las planillas, los procesos, la planificación con el servicio de salud. Hay un choque entre el personal de salud y el voluntario. Entonces nuestro requisito es que estén escolarizados, eso nos resultó muy bien, porque generalmente son maestras jubiladas.

Tenemos 5 ítems básicos. Estos voluntarios vienen y se les toma una prueba, pero no una prueba para excluirlo, si no básicamente para ver qué tipo de programa básico se necesita en esa comunidad.

En cuanto a la remuneración, ese es un problema. Todos los voluntarios piensan que pueden entrar en el sistema de salud pública a través de su capacitación en una ONG, que eso les da una perspectiva para ser contratados en un servicio de salud, por lo tanto tiene una expectativa de una remuneración futura. Tuvimos mucha migración de nuestros voluntarios porque hoy en día la mujer tiene que ayudar a su marido en la chacra, entonces les es muy difícil cumplir todo el proceso, las siete etapas que tiene el proceso de voluntariado. Todo el proceso de capacitación nos cuesta 110 dólares por voluntario, entonces pensamos que perder un voluntario es triste.

Plan Internacional y la Comisión de Salud analizan que es lo que ese voluntario quiere y puede hacer por su comunidad. Nosotros tenemos un plan estratégico pero bastante flexible para reprogramar, eso ayuda mucho.

Respecto a los incentivos, a veces piden un fogón porque tenemos un programa de seguridad alimentaria, de nutrición, donde planteamos el mejoramiento de la cocina. Si ya tienen fogón piden un lavadero para lavar la ropa porque lavan en el suelo, en el arroyo. Eso es lo que más plantean. No les damos dinero porque son voluntarios y no podemos ir en contra de nuestra filosofía de voluntariado, pero sí les damos una motivación.

Tenemos establecido como requisitos 10 puntos que tienen que cumplir, cuando cumplen los 10 puntos se les hace el fogón o se les mejora el techo, porque tenemos un programa de hábitat, o les proveemos del sistema de agua potable. Ellos deciden lo que más necesitan. Tenemos un programa de sistema de agua potable y también les ampliamos hasta la cocina, entonces ellos están felices, es como una motivación. Otros piden materiales educativos, hay diferente mística dentro del proceso.

Mi opinión personal. Esto es un poco difícil y yo misma no tengo la respuesta. Hace 15 años que trabajo en el tema comunitario, es difícil la situación económica que vivimos, estamos en una situación crítica. Nosotros tenemos un total de 386 comunidades y contamos con 3 voluntarios en cada comunidad, más un adolescente. El problema radica en que van migrando, ellos preguntan si que les puede pagar Plan. Nosotros tenemos todo un programa que se llama construyendo relaciones, que es la parte de la cartita que los niños tienen que escribir a

sus padrinos para recibir regalitos, es todo un proceso que se hace niño por niño. Tenemos en total 20.000 niños a nuestro cargo, y hay que admitir que nosotros no le pagamos al voluntario de comunicaciones, lo que le damos son 10.000 guaraníes para su movilización, para comer.

Pienso personalmente que no nos conviene pagar, porque se va perder la mística, ya va ser como un servicio prestado por un dinero, ahora puede ser 10.000 y después 20.000, después 30.000, como pasa con nuestros facilitadores.

Tenemos un Plan Estratégico de 10 años, de los cuales 5 años son para nuestros programas que son tres, y el resto son para proyectos específicos que son multi-año, como por ejemplo la construcción de 500 fogones. Ahí entra un proyecto de construcción, pero todos los proyectos tienen que tener un componente de capacitación. Nuestras comunidades piden mucho lo tangible, todo el mundo quiere un puesto de salud en la esquina, pero ese es rol del Estado. Nosotros como ONG no podemos suplir el rol del Estado, no es nuestro rol la parte de asistencia.

El tiempo de proyecto es de 1 año, 2, hasta 3 años. Vamos haciendo una evaluación anual de proceso y una evaluación de resultado prácticamente cada 5 años. Invertimos mucho en evaluaciones y cambio de procesos.

En cuanto a medicamentos, la única directiva que nosotros damos es que los medicamentos deben llegar a las familias. Tenemos dos modalidades, uno es el modelo de Atyra, es una modalidad institucional, en la que se le facilita los medicamentos a los servicios de salud a un costo mínimo, con un 10% encima del valor de la licitación, la lista de medicamentos es la misma lista básica que comprende el AIEPI. El control de la venta la lleva un funcionario del servicio de salud, en Atyra es uno de la Municipalidad, el auditor de Plan va y controla esto periódicamente, la Comisión de Salud tiene que rendir cuentas a la dirección regional, la regional a la oficina, es todo un proceso administrativo de control. Nosotros le damos los medicamentos a la Comisión de Salud en una primera etapa, y ellos tienen que hacerlo sostenible, ellos venden los medicamentos y después lo vuelven a comprar. En Atyra están realizando la tercera o cuarta compra, esa es la función de la coordinadora local, la licenciada debe controlar la parte técnica y mi función básica es la asistencia en el diseño.

La otra modalidad que tenemos es la de Caaguazú y San Pedro Sur, Guayaivi, donde la Comisión de Salud la manejan los voluntarios. Es una motivación muy interesante porque ellos se sienten con la capacidad de recetar. No recetan todos los medicamentos, sino que tienen en un acta comunitaria la negociación con el Servicio de Salud sobre lo que ellos pueden dar y lo que no. Por ejemplo, pueden dar paracetamol, pero no está permitido la parte de antibióticos, esto ya se hace con la asesoría del servicio y la firma del Director del Puesto de Salud local.

¿Son los mismos promotores los que hacen la distribución de ciertos medicamentos y esos medicamentos se venden también?

Estos medicamentos se venden y son administrados por una comisión de salud de Guayaivi, este es un distrito con 14 comunidades, las comunidades también tienen su mini-comisión, que rinden mensualmente a la comisión distrital, la comisión distrital con la asesoría técnica se reúne con el personal de salud y realizan la compra grande, ven los tres presupuestos, todo el proceso administrativo que corresponde.

¿Y cómo manejan el tema de si el promotor identifican si corresponde o no darle una medicación o corresponde más bien referirlos a un servicio de salud para que un profesional lo atienda?

A través de la capacitación que son 60 horas. Según el Ministerio de Salud deben ser 50 horas pero nosotros lo aumentamos. Tenemos toda una planificación de capacitación por hora, con una metodología participativa. El personal de salud no tiene ese enfoque comunitario ni de las técnicas de educación de salud.

Lo que hacemos es contratar a las trabajadoras sociales o una ONG que nos provee los profesionales y hace la parte de educación popular, para que no sea muy monótono, y el técnico del Ministerio hace el resto. Entonces, 60 horas después el promotor debe realizar su plan de visitas a las familias, ese plan lo entrega al facilitador que hace el monitoreo in situ, cada mes lo visita y observa que trabajo hizo el promotor en la comunidad y hace una retroalimentación de los puntos débiles que tiene. En tres años ya hemos hecho todo el proceso con la gente del Ministerio, con el área de salud del niño y realmente pensamos que se deben ajustar algunas cosas, pero en un proceso de aprendizaje. Entonces se puede decir que ellos sí diferencian muy bien qué es lo que tienen que derivar. El problema básico cuando se deriva es ¿a dónde? Frecuentemente lo refieren nuevamente a otro lugar o lo atienden mal, porque no hacemos las capacitaciones al personal de salud, nosotros como Plan por lo menos.

Con relación a las conexiones en cada comunidad, Plan Internacional está en lo que se llama el Plan de Desarrollo Comunitario, en este plan están los ejes de salud, educación, hábitat, y vemos lo que Plan Internacional puede financiar y lo que deben financiar otras organizaciones, ya que Plan está solo por un tiempo, 20 ó 30 años.

En base a ese plan de desarrollo se hace la asistencia técnica y las comisiones son capacitadas técnicas y administrativamente para hacer su planificación con el servicio de salud local. Es un gran problema porque el personal de salud local sabe mucho de diarrea y de IRA, pero no sabe nada de planificación.

La Comisión de Salud está bien preparada dentro de su nivel, por lo menos para completar una planilla que nosotros preparamos desde la oficina, no sabe calcular el refrigerio, el combustible, es un problema, pero es un proceso de aprendizaje y reciben ayuda de la Regional y del Servicio de Salud, los involucramos porque se molestan si no son involucrados. Las comisiones son las que manejan el dinero y al personal de salud les conviene estar bien con ellas. Son ellas las dueñas del proyecto. Descentralizamos el poder técnico y administrativo en las comisiones, no están preparadas pero es un proceso. Esto debemos ajustarlo porque estamos débiles.

Respecto a la Salud Mental, estamos viendo si podemos incorporarlo.

En cuanto a las 60 horas de capacitación, ¿son capacitaciones teóricas prácticas y... ¿ésto los acredita a que puedan a ser un promotor y puedan ejercer su acción, y tienen un reciclaje periódico?

Hay varias fases, la fase de capacitación intensiva son de 60 horas, cada tres meses ellos tienen la parte de educación continua, esta es otra fase. Ellos plantean una reunión con los técnicos cada tres meses y siguen una educación, hace tres años que ellos siguen esta capacitación continua.

¿Plan Internacional tiene alguna estrategia de sostenibilidad, para cuando termine la cooperación? Puede apoyar en el área de supervisión y evaluación de proyectos que no sean aquellos con los cuales trabaja actualmente?

Tenemos un plan estratégico que es nuestra dirección, lo que sea monitoreo y evaluación podemos apoyar en las comunidades donde nosotros trabajamos. Las evaluaciones las tercerizamos porque no podemos ser juez y parte, pero queremos saber realmente qué cosas tenemos que cambiar como proceso. Tenemos flexibilidad en algunas cosas, pero no podemos apoyar fuera de las comunidades porque tenemos fondos de patrocinio, tenemos el compromiso con las familias.

En cuanto a la sostenibilidad, tenemos todo un principio, hicimos un análisis a nivel país y la asesoría técnica plantea que lo más importante es el cambio de actitud, esa es la única sostenibilidad social, es el cambio de actitud de esa mamá, de esa familia hacia la crianza de sus hijos y hacia un cambio de estilo de vida. Hemos trabajado en nutrición, pero no hubo cambio de actitud en las familias, siguen las huertas dando la fruta de mamón y ellos se los dan a las gallinas, por ejemplo. Esto después de 5 años de proveerles las semillas, etc., entonces ahora estamos realizando una evaluación. Estamos planteando la sostenibilidad de los programas de Plan Internacional en el cambio de actitud. En el caso de que Plan se retire de una comunidad después de 5 años de trabajar en estimulación temprana del niño, en el proceso de todas las áreas y esa mamá cambió de actitud, no importa si Plan ya no está, cuando nace otro niño ya tiene los conocimientos y un cambio de actitud para mejorar la crianza.

Bañado Sur

Expositora: *Marta Perrota.*

Esta es una experiencia en salud comunitaria que en mayo del año pasado fue interrumpida y que duró un año. Esta experiencia de promotores de salud, que en nuestro caso fueron llamadas Agentes Comunitarias de Salud, tiene como antecedentes el desarrollo de una tarea comunitaria en salud desde el año 1995.

Somos un grupo de mujeres médicas, asistentes sociales, psicólogas, mujeres de la comunidad del Bañado Sur, que nos replanteamos el ejercicio de la profesión de la salud, integrando a todas las especialidades en ella, de una manera diferente, alternativa a un modelo muy tradicional y muy arraigado en nuestra cultura. Esta experiencia no pudo prosperar, pero lo que queda es un libro que está casi terminándose y que hace un relato y un análisis de esta experiencia. Los aspectos válidos de esta experiencia, sin duda, podrán ser trasladados en algunos aspectos a otras experiencias relacionadas a Agentes Comunitarias de Salud y a la salud comunitaria.

Como psicóloga, fui designada a la clínica San Cayetano, que es una clínica parroquial del Bañado Sur, en el año 96, en ese tiempo estaban en la clínica trabajando tres compañeras, una médica pediatra, una clínica y una obstetra. Esta clínica se dedicaba exclusi-

vamente a la tarea asistencial. Mi inclusión en ese lugar fue a pedido de los sacerdotes de la zona y de las compañeras que se encontraban con una serie de problemas vinculados a temas de abuso sexual, violación de niños y niñas, violencia intrafamiliar, una creciente cantidad de jóvenes en drogadicción, un alto riesgo de delincuencia. El tema de la salud mental fue tenida en cuenta desde muy pronto en ese lugar.

Nuestra filosofía de trabajo

Muy pronto nos dimos cuenta de que era muy difícil trabajar desde esta perspectiva tradicional en la que esperamos que la gente acuda al consultorio. Por otra parte, cada vez que alguien acudía a la consulta veíamos que los problemas se originaban en sus hogares, con sus familias y estaban en relación con cuestiones bastantes más complicadas que aquello que llevaban como motivo de consulta en particular.

En base a las experiencias, fuimos modificando nuestra conciencia, el modo de trabajar y de ver el tema de salud en ese barrio. Las comunidades marginales son sumamente complicadas por las características que conllevan esa población, entonces fue un desafío enorme, contábamos con varias organizaciones que venían al barrio a colaborar desde la perspecti-

va de cada una de ellas. Algunas ONGs trabajaban por la desmilitarización, contra la violencia doméstica, sobre los derechos humanos, etc., y fuimos construyendo una forma de ver las cosas.

Teníamos la visión de las instituciones públicas, que tanto la Municipalidad como el Ministerio de Salud, deben cumplir con el compromiso que les corresponde con respecto a la Salud Pública. Es obligación y responsabilidad del Estado hacerse cargo de la salud de la población, de todos los paraguayos, sin discriminación de clases, religiones, etnias, y que cada hospital público, centro de salud o dispensario tiene la obligación de plantear acciones de salud pública. En base a esto, pensábamos que toda esta tarea pasa por el compromiso que las personas tenemos con respecto a la salud individual y colectiva de nuestro pueblo. Es obligación del Estado hacer que sean sostenibles estos compromisos, como los que se plantearon anteriormente.

No es posible sostener y llevar a cabo un proceso de toma de conciencia de que la salud de nuestro pueblo es un derecho absolutamente inalienable si no se da desde el marco de las políticas públicas sociales.

Programa de Promotores

En el año 99 recibimos el apoyo de un médico especialista en medicina social del Brasil, quien nos ayudó a ver la perspectiva de una epidemiología comunitaria. La Secretaría de Acción Social (SAS) apoyó el Proyecto. Inicialmente estaba previsto para ser desarrollado en 3 años y contemplaba varias etapas de desarrollo, pero finalmente la SAS lo comprimió en un año.

En el 2000 empezamos a plantearnos las tareas con las Agentes Comunitarias de Salud, para lo cual hicimos un perfil: debían pertenecer a la comunidad, debían manejar el idioma guaraní, tener la posibilidad de leer y escribir, que fueran reconocidas por su comunidad, con

experiencia en algún tipo de organización comunitaria (comisiones vecinales, de la escuela, la capilla) y con cierto nivel de frustración importante frente a las dificultades que se vislumbraban en la comunidad.

En base a estos perfiles se planteó una comisión de selección, donde se incluía una persona de la comunidad, una persona de la capellanía y del equipo de los profesionales. Se eligieron 10 personas, todas mujeres porque no se presentaron varones, se inició con ellas un proceso de capacitación que consistía en 3 horas semanales de un curso sostenido, donde se planteaban temas como salud del adulto, del niño, de la mujer, salud como derecho, salud mental. También se implementaron seminarios de 3 días de duración. Fueron 3 seminarios en el año.

Diagnóstico de Salud

Hicimos un diagnóstico de la situación de la salud en la comunidad, a partir de un cuestionario de hogares, donde se levantaron una cantidad de datos fundamentales, que servirían para establecer cual era la situación de la salud del barrio.

La clínica San Cayetano tenía un alcance de 5 barrios, San Blas, San Miguel, Virgen de Luján, San Cayetano y San Ignacio de Loyola. Las encuestas de hogares se realizaron en un número de 1.458 casas, esto correspondía a un promedio de 5,6 personas por hogar. Este número de personas estarían en la jurisdicción del Centro Asistencial a cargo de la tarea de estas líderes comunitarias, que harían de nexo entre lo que ocurría en cada hogar y la clínica.

Territorios. Mapas.

Luego de la encuesta a hogares, las promotoras hicieron un mapeo de los barrios. Estos mapas eran caseros, pero muy intere-

santes, porque en ellos estaban determinadas no sólo las casas sino si que tenían, chiqueros o animales, vacas, caballos, cerdos, etc.; que barrios tenían depósitos de basura; donde estaban localizadas las aguas servidas en forma significativa; donde iban a parar los caños de desagüe, de los barrios de arriba al bajo.

Para realizar este mapeo se les brindó los elementos conceptuales, como para que ellas puedan trasladar el espacio físico de sus barrios a sus mapas. Este trabajo puso a estas mujeres en una posición donde su identidad como Agentes Comunitarias de Salud se asentó, a partir de allí la realidad adquiere una visión diferente, porque ellas ven la totalidad de las cosas, más aún al ser ellas las que levantaron los datos. De este modo ellas demostraron su capacidad y revalorizaron al mismo tiempo su persona y la función social como Agentes Comunitarias de Salud.

Posteriormente se agregó a esta tarea la elaboración de árboles de problemas, que implicaba establecer en cada barrio los problemas fundamentales de salud, sus causas y consecuencias. Fue difícil la organización de los datos porque se iba complejizando el esquema a medida que aparecían más causas. Se elaboraron como 20 árboles, la finalidad era realizar una planificación de las acciones de

salud.

Esta experiencia quedó trunca, quedó en el camino, pero igualmente fue valiosa porque las mujeres que allí quedaron y que realizaron la función de Agentes Comunitarias de Salud, nunca serán las mismas porque cualitativamente hubo un cambio.

Nos planteamos un ejercicio de liderazgos y de relacionamientos entre profesionales y no profesionales más simétrico sin arrogancias, ni prepotencias, que son característicos de los profesionales.

El saber es utilizado como un poder, cuando esto se convierte en un saber compartido y socializado, se hace sostenible el proceso de toma de conciencia y del ejercicio de la salud desde el punto de vista comunitario.

Creemos que como en Brasil, las Agentes Comunitarias de Salud y los promotores de salud son parte de la obligación y la responsabilidad del estado, este es el camino que tenemos que tomar, de este modo no sería problema a quién le pagamos y a quién no. Nosotras conseguimos una cifra simbólica para permitirles hacer su tarea, porque todas dejaban durante 4 horas diarias sus hogares. Esto trajo muchos problemas porque la capellanía no tenía, ni podía tener, las condiciones de asumir compromisos en este sentido.



MESA Segunda

EXPERIENCIAS
DE TRABAJO DE:

- ▶ **Tesãi-Reka Paraguay**
- ▶ **XVII Región Sanitaria del
Ministerio de Salud
(Boquerón, Chaco Paraguayo)**
- ▶ **Pastoral Arquidiocesana**

TESÃI-REKA PARAGUAY. Al rescate de las plantas medicinales

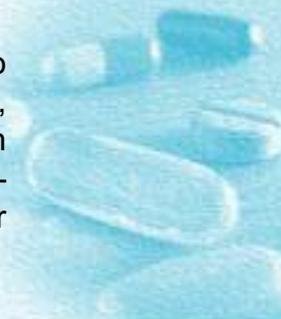
Expositor: José Parra

Tesãi-Reka Paraguay es una organización campesina, que trabaja en el tema de la Salud Comunitaria fundamentalmente y nuclea a varias organizaciones regionales. Después del último congreso de julio de este año, está integrada por 19 organizaciones de 8 departamentos de la región oriental y de 29 distritos. Estamos trabajando con grupos de bases organizadas como comité de agricultores, comité de mujeres y de jóvenes. Existen en estos distritos, aproximadamente 400 comunidades.

El tema de la salud, en TRP principalmente se está dando dentro del contexto de lo que es la lucha de nuestro pueblo por el derecho a la salud y en este contexto es lo que estamos trabajando actualmente, en la formación de promotores de la salud ese es el marco general. Los promotores de salud son representantes de distintos grupos de base, gente que nosotros consideramos comprometida socialmente en la organización y con capacidad para desarrollar algunas actividades.

El Objetivo

El objetivo principal es tratar que las comunidades empiecen a participar activamente en todo este proceso de lucha, de esfuerzo por conseguir que realmente la salud, que es un Derecho, sea efectivo y real. Eso implica organización, construcción de alianzas en las comunidades, organización comunitaria, movilización constante y capacitación de las personas, tanto de los dirigentes de las organizaciones para que tomen conciencia de esta situación, como de los promotores y promotoras de salud que están como eje principal dentro de este proceso.



Nosotros estamos trabajado hace mucho tiempo y todo este proceso de trabajo en las comunidades, con los servicios, las actividades de los promotores de salud, fueron pasando por varias etapas de desarrollo. Finalmente, el año pasado en un Seminario Nacional de Salud Pública, que tenía el lema: “La salud, mercancía, caridad o derecho”, se logró definir que la salud es un Derecho y que habría que luchar por ella, ese es el tema principal en TRP.

El programa que se desarrollamos tiene 4 puntos

- Conocimiento básicos (anatomía, fisiología).
- Conocimiento básico de lo que es promoción, prevención.
- Enfermedades básicas que ocurren en los niños, la familias, la comunidades, con ello va una práctica básica de toma de presión arterial, de sutura básica, parto de bajo riesgo que realizan los promotores y promotoras, control pre-natal y están preparados para un pronto socorro en las comunidades.
- Trabajos prácticos sociocomunitarios de relevamiento de datos en las comunidades: mapeo, censo. Se trabaja con los grupos de base para la ubicación de los problemas de salud en las comunidades, las prioridades y qué hacer frente a ellos. Estos grupos de base deben proyectarse a la comunidad, ya sea a través de los oratorios o de otros grupos comunitarios tratando de construir lo que llamamos actualmente las “alianzas comunitarias”.

Por otra parte también capacitamos sobre conocimientos jurídicos, políticos, organizativos, que le permiten al promotor de salud tener una visión de lo que es la salud, como un Derecho consagrado en la Constitución Nacional. Estamos tratando de entender la ley del Sistema Nacional de Salud.

Esta formación permite que los promotores de salud estén capacitados para ayudar en las movilizaciones, cuando se realizan reclamos de la salud como un Derecho.

Perfil de los promotores

Los promotores de salud son personas jóvenes, consideramos que principalmente deben ser jóvenes, ya sea varones o mujeres. Son seleccionados en su grupo de base, son reconocidos como asociados de su organización de base y se prepara la capacitación en las regiones, en las organizaciones correspondientes. Estas capacitaciones son de 2 a 3 días en el lugar mismo, ya sea en un asentamiento campesino o en un distrito, y allí van los profesionales.

Capacitación

TRP tiene un equipo de profesionales, licenciadas en Enfermería principalmente. El equipo de trabajo va orientando todas las actividades, tanto en la capacitación como en el seguimiento general, y en 10 encuentros, de 2 a 3 días cada uno, prácticamente se desarrolla todo lo que es el programa. Posteriormente se realiza unas prácticas básicas, pasantía en los hospitales, generalmente en un hospital

regional o en un distrital, para que los promotores empiecen a tener una relación, incluso personal, con los funcionarios y funcionarias de los centro regionales de los distritos y de la regiones y puedan recibir algunas orientaciones.

La otra práctica que se realiza es la que llamamos prácticas comunitarias, pasantías comunitarias cuando el promotor y la promotora de salud van a una comunidad con el objetivo de realizar trabajos comunitarios con los grupos de bases, acompañados por los profesionales que los orientan, y con los directivos de cada organizaciones, después se realizan los seguimientos con los promotores ya capacitados. Ese es el programa de capacitación y la forma de trabajo.

TRP es un organización campesina, tiene un directiva central donde está un representante de cada organización, tiene una estructura de Comité Ejecutivo, Tribunales de Conducta, Síndico, Comité Electoral y un Consejo de Delegados y Delegas de Promotores de Salud. Cada seis meses el Consejo de Delegados de Promotores y Promotoras de Salud se reúne, es como un encuentro de evaluación general.

TRP tiene un convenio de cooperación firmado con el Ministerio de Salud, y dentro de ese marco se tienen convenios regionales con las distintas regiones sanitarias. Específicamente estamos trabajando con 8 regiones sanitarias. Hay cooperación para acciones de prevención, de vacunación, planificación familiar, control y seguimiento en el tema de tuberculosis, leishmaniasis y otros temas que aparecen en los asentamientos.

En TRP, estamos desarrollando lo que es medicina natural y oficial, estamos dentro de un proyecto de poha ñana, tratando de rescatar lo que son las plantas medicinales con capacitación de promotores viveristas. Estamos tratando que se reactiven las huertas familiares de plantas medicinales y tratando de recuperar, mediante los viveros, las plantas que están desapareciendo.

Dominga Noguera, promotora de TRP (Traducción del guaraní a castellano).

Yo estoy en un lugar que se llama Maracaná, es un asentamiento en el distrito de Curuguaty. Una de las cosas que hacemos con Tesãi-Reka Paraguay es el levantamiento de datos comunitarios. Estamos ahí 45 promotores de salud de diferentes niveles creados por TRP.

Ahora estamos levantando datos de cada zona y de acuerdo con lo que sale en el levantamiento de los datos, se prioriza el aspecto a ser trabajado, a ser atacado.

Tenemos convenio con la Regional, tenemos puestos comunitarios de salud, está el encargado del puesto de salud, uno es el responsable pero todos los promotores trabajan juntos con la comunidad. El elegido para promotor es de la comunidad, tiene la organización de base de los promotores y la organización de promotores a nivel central de los asentamientos. El asentamiento cubre 10 zonas, que se llaman encuadres, y en los 10 encuadres están los promotores de salud.

Cada sábado y domingo se tiene una coordinación local y los promotores de salud tienen la coordinación central cada un mes, y cada lunes tienen en su base la reunión con la gente de su comunidad.

De esta manera se toman los datos de cada encuadre y nada se pierde y eso se hace llegar a la coordinación central de TRP y conjuntamente con los técnicos y la directiva, se ve como se organiza y cual es la prioridad para atacar.

Ahora estamos trabajando para que la gente trate de entender que la salud es un Derecho y no tanto el trabajo de asistencia, y se va cambiando la conciencia de la comunidad y eso es una experiencia muy importante, que la gente se apropie del problema.

Hay un total de 460 promotores distribuidos en 400 comunidades.



XVII REGIÓN SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD (BOQUERÓN). Conjugando el esfuerzo de diferentes organizaciones

Expositor: Dr. Silvio Ortega

Antes de hablar de la experiencia quisiera hacer una breve presentación de lo que es el departamento de Boquerón, la XVII Región Sanitaria. Hace tres años que estoy trabajando en este departamento y la experiencia que traigo está basada en el trabajo con comunidades indígenas principalmente y también con comunidades paraguayas y menonitas.

El departamento de Boquerón, también conocido como Chaco Central, es uno de los departamentos más grandes del país. Cuenta con aproximadamente 90.000 km², está dividido en 3 distritos, el de Eugenio A. Garay, el de Mariscal Estigarribia y Pedro P. Peña. Esto es en teoría, porque en la práctica cuenta con un solo distrito que es el de Mariscal Estigarribia, ya que solo éste tiene un municipio, pero por razones de planificación se trabaja con los 3 distritos.

Quiero hacer un resumen de la problemática a las que nos enfrentamos, para luego hablar de las experiencias y de cómo tratamos de solucionar estos problemas. Contamos en el distrito de Eugenio A. Garay con 1.411 habitantes, en el distrito de Mariscal Estigarribia con 38.700 habitantes, 21.000 km² y en el distrito de Pedro P. Peña con 1.895 habitantes, el eje central de las actividades generalmente se realiza entre Mariscal Estigarribia y Filadelfia.

Una de las dificultades y de las características de esta zona es que las comunidades pequeñas son 53, son comunidades indígenas, que se encuentran en lugares muy distantes, y con caminos en buen estado general, en tiempos de no lluvia, pero inaccesible en tiempos de lluvia, con escasos medios de comunicación, solo cuentan con tres emisoras de radio actualmente, los medios de transporte públicos son prácticamente inexistentes. En Mariscal Estigarribia contamos con dos ómnibus solamente, uno sale por la noche, a las 20 y otro a las 10 de la mañana, la distancia aproximada de Asunción es de 525 km.

Nuestra función con relación al trabajo en atención primaria, gira fundamentalmente en lo que hace a la función de una institución de salud pública, y tratando de compaginar con otros proyectos, y tratar de cumplir con nuestros objetivos de trabajo.

Diagnóstico

En cuanto los pasos que hemos realizados para buscar hacer un proceso que reditúe en lo que hace a atención primaria a nuestro pobladores del Chaco Paraguayo podemos decir que primeramente hicimos un diagnóstico de la situación del departamento que estaba sujeto a indicadores, algunos buenos y otros malos, pero básicamente tomamos como parámetros los indicadores y analizamos puntualmente las deficiencias y los recursos institucionales existentes en el departamento. Éste, era un paso importante, teniendo en cuenta que en el Chaco es imposible trabajar solo. Una institución sola no puede realizar el trabajo, eso no es posible, es necesario siempre el trabajo conjunto entre las diferentes instituciones.

Uno de los problemas que hemos identificado es la alta tasa de mortalidad infantil, 33 por 1.000 nacidos vivos aproximadamente, 2 muertes maternas aproximadamente por año, una tasa bruta de 4 por 1.000. Pero se ha elegido como eje de trabajo el área materno-infantil, todos los programas actualmente giran en torno a los problemas de esta área.

Del análisis de la situación departamental hemos visto cual es el camino que podríamos tomar para tratar de dar respuestas positivas a algunas exigencias y a las necesidades comunitarias, y uno de ellos fue a raíz del serio problema con relación a los servicios de salud existentes, porque la red servicios del departamento está formada por la red de servicios del Ministerio, que son escasos, y la red de servicios privados, que son los más fuertes y que están constituidos por 3 hospitales, el de Filadelfia, Loma Plata y Neuland.

La red del MSP está constituida por un hospital regional, 3 Puestos de Salud, un Centro de Salud y 14 dispensarios indígenas. Al mismo tiempo debemos considerar la red de servicios implementados por la Iglesia Católica, por la VAP (Vicaría Apostólica del Pilcomayo), es importante destacarlo porque ha existido por mucho tiempo cierta dejadez con respecto al Chaco, y la Iglesia ha asumido ese rol que el Ministerio no estaba cumpliendo en ese momento, y se ha creado una serie de dispensarios a través de promotores de salud, capacitados por la VAP.

En el departamento de Boquerón, el 55% de la población está constituido por indígenas, aproximadamente del 15 al 18% son mennonitas, y el resto la constituyen paraguayos, brasileros y franceses, además de una serie de otras nacionalidades. Ante esta diversidad de poblaciones existe una gran diversidad de idiomas, porque cada grupo indígena, Nivaclé, Manjui, Ayoreo, Guaraní Ñandeva, Sanapana y Toba, cada una de esas etnias tiene su propio idioma. Sumado al idioma de los mennonitas, paraguayos y extranjeros, tenemos este complejo idiomático. También debemos considerar las influencias de las iglesias dentro de estas comunidades.

El tener en cuenta todas estas dificultades exigía una respuesta objetiva para ir buscando e ir priorizando por donde enfrentar el problema que iban teniendo las comunidades. ¿Y cuáles eran esas dificultades? Vamos a tomar como ejemplo la ciudad de Picasú, distante 250 km. de Mariscal Estigarribia, allí el principal problema es que no hay transportes, hay rutas totalmente bloqueadas en tiempo de lluvia, no hay medios de comunicación, no tiene puestos de salud, no tenía promotor de salud, entonces el problema era por donde empezar y ver que solución les dábamos.

Se realizó una reunión entre la Municipalidad de Mariscal Estigarribia, la

Secretaría de Salud de la Gobernación de Boquerón, la Región Sanitaria y algunas organizaciones como PRODECHACO, PCI, y grupos de organizaciones que están trabajando en la comunidad, para seleccionar que propuestas le llevábamos a la comunidad.

Comunicación, problema grave

En primer lugar se ha definido trabajar en un proyecto de comunicación, ese es un proyecto que se ha trabajado con las mismas comunidades, con la Municipalidad, la Gobernación y la Región Sanitaria, un proyecto que es financiado por PRODECHACO, a través del cual se ha conseguido 20 radios comunitarias, y estas radios se han ubicado en las distintas comunidades del departamento, o sea en los lugares más estratégicos: Picasú, Teniente Martínez, San Agustín, Margariño, la Chaqueña, Línea 12, Yichinachat, comunidad indígena Santa Marta, Laguna Negra.

En primer lugar, estratégicamente se hizo una selección de las comunidades en las cuales se instalaron las radios comunitarias. Esa fue una etapa muy importante en lo que hace a la solución del problema de comunicación, esto se hizo en el marco de la Red de Emergencia Sanitaria Departamental, ese fue el nombre del proyecto en el cual se ha trabajado. Luego se hizo la concesión a 20 comunidades indígenas y este sistema de comunicación se ha hecho previa capacitación de los responsables. La propuesta fue que todas estas radios estén ubicadas en distintos puestos de salud, pero como había comunidades que no tenían puestos de salud como Línea 12, Picasú, San Agustín, en un principio se aceptó que esas radios se asienten en un lugar de la comunidad.

Los responsables de la radio fueron en las comunidades con puesto de salud el responsable del puesto de salud, y en las comunidades que no tenían un puesto de salud se elegía un responsable para el funcionamiento de esa radio. Con ese proyecto se ha resuelto el problema de comunicación.

Asistencia médica

Después de la comunicación, la mayor necesidad surgida de las comunidades es el problema de las asistencias médicas y la provisión de medicamentos. Se definió que la asistencia médica se iba a cubrir a través del Móvil Salud de la Región Sanitaria y de la Secretaría de Salud de la Gobernación, con una periodicidad aproximada de 45 a 60 días de visita por comunidad, conforme a las prioridades, principalmente las comunidades que son totalmente aisladas.

El problema de la asistencia directa queda a cargo del equipo de salud, que está formado por un odontólogo, un médico, una licenciada en enfermería obstetricia y una auxiliar de enfermería. Este es el equipo que integra el móvil salud. A su cargo está la asistencia directa del paciente y como eje llevamos los programas del MSP, todo lo que hace a PAP, planificación familiar, programas odontológicos, y en estos últimos tiempos le agregamos unas propuestas que han surgido a través del CODENI, sobre los problemas de violencia intra familiar y la violencia hacia el niño y la niña y la inscripción de los niños, ya que hemos detectado una gran cantidad de niños indíge-

nas que no están registrados. Esto era muy negativo e incidía mucho en nuestra tasa de mortalidad infantil. Por ello actualmente el móvil expide el certificado de Nacido Vivo de los niños que nacen en la comunidad y que son reconocidos por los líderes y promotores de salud de la comunidad.

Es importante comentar que todas estas comunidades cuentan con un promotor, en las comunidades indígenas todos los promotores son indígenas, y en las comunidades paraguayas, que son las que se encuentran cerca del río Pilcomayo, cuentan con promotores paraguayos. En todo este sector no se cuenta casi con servicios.

Medicamentos

Con relación a la tercera prioridad de las comunidades, ésta tiene que ver con la necesidad de medicamentos. Se trabajó con un proyecto de farmacia social, ese proyecto se hizo a través de un convenio entre la Municipalidad, la Gobernación, la Región Sanitaria y la Cooperativa de Boquerón, con la financiación de PRODECHA-CO. Esta farmacia actualmente está en funcionamiento, el ente administrador es la cooperativa y la supervisión queda a cargo de la Región Sanitaria y de la Secretaría de Salud, así como también la capacitación de los promotores para el funcionamiento de la farmacia social.

En este momento son 14 comunidades que están trabajando con este sistema de farmacia social. La farmacia social está vigente desde hace, aproximadamente 6 meses. Estamos en período de evaluación.

Promotores de Salud

Otro aspecto preocupante en esta región tiene que ver con el recurso humano en salud. Hemos definido como un eje importante para enfocar este tema a la capacitación, por ello entramos a trabajar directamente con los promotores de salud indígenas y paraguayos. Actualmente contamos con 95 promotores de salud en todo el departamento, ninguna de las comunidades indígenas deja de contar con uno o dos promotores de salud. Las comunidades paraguayas ubicadas a orillas del río Pilcomayo, que son 7 aproximadamente, todas cuentan con promotores de salud.

En base a la experiencia y realizando un análisis profundo creemos necesario sintetizar y simplificar esto a través de la capacitación de AIEPI. Actualmente estamos trabajando conforme a las instrucciones, con todos los instructores de salud, de común acuerdo con la Secretaría de Salud y con la Vicaría Apostólica en lo que hace relación a la capacitación en la línea de AIEPI. Tenemos un AIEPI comunitario, uno para médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, y hemos incluido esto en la Escuela de Enfermería que funciona en Mariscal Estigarribia.

Logros

Con relación a los logros, por sobre todas las cosas es la transmisión de una necesidad de un cambio de actitud y aptitud en estas comunidades y específicamente

en las comunidades indígenas. Si hablamos de fracasos, hasta este momento no puedo decir que los proyectos que hemos implementado hayan fracasado, porque hemos visto aspectos muy positivos en estos 3 años de trabajo. Sin embargo, existe una cierta frustración en el proceso de cambio de mentalidad, especialmente en los indígenas. Y esto queda graficado con el último acontecimiento que hemos tenido en el departamento que hace relación con la sequía, donde muchos niños han muerto porque ha habido un comportamiento de la gente que tenía mucha relación con aspectos de su cultura. Niños murieron en manos de un chamán o un curandero, teniendo una radio HF, teniendo un promotor de salud y teniendo los servicios de salud que estaban dispuestos a ayudarlos y que cuentan con ambulancia para el traslado de estos pacientes.

El gran desafío es ir trabajando con ellos en lo que tiene que ver con el cambio de actitud fundamentalmente, especialmente la de los indígenas. Hay muchos factores determinantes con relación a la actitud del indígena, pero la necesidad mayor es que todas las capacitaciones y las orientaciones estén dirigidas a conseguir y lograr ese cambio de actitud en lo que hace al sector salud, con eso vamos a evitar muchas muertes de niños y de madres y de otras personas.



PASTORAL ARQUIDIOCESANA. Hacia la organización de grupos comprometidos con la salud de su comunidad

Expositora: Lucía Bernal

El Programa de Salud Integral del área de Promoción Arquidiocesana, es un organismo del Arzobispado de Asunción, que tiene una Coordinación General, una Vice-Coordinación y una Coordinación de Área.

Las áreas de trabajos son Área de Tierra; Área de Promoción Comunitaria donde está insertado el programa de salud que está bajo mi conducción y dirección; Pastoral de los migrantes que es nuevo; y Pastoral penitenciaria o de adolescentes infractores.

Eso son las áreas de trabajo que tiene la Pastoral Social como servicio de la Iglesia Católica. Dentro de la promoción comunitaria tenemos los programas de salud integral, programa de pequeños milagros, cadenas de solidaridad, formación de grupos parroquiales de pastoral social.

¿Qué buscamos con esta tarea de salud integral? .

Lo que buscamos es un mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades más carenciadas, porque la formación y capacitación de los agentes o promotores comunitarios de salud busca formar personas que puedan intervenir con un criterio diferente, que lo definimos dentro del concepto de la salud comunitaria. Eso implica iniciar con ellos un proceso de apropiación de lo que realmente es la salud.

La salud es un derecho inalienable, está fundamentalmente garantizada por la Constitución, pero sabemos que es letra muerta, que la salud y todo lo que eso implica muchas veces es un privilegio de pocos en nuestro país. Entonces ¿por qué las instituciones tenemos que trabajar en esto?, porque la Constitución es letra muerta.

El objetivo general del Programa de Salud Integral es promover la organización y capacitación de grupos comprometidos con la problemática de la salud de su comunidad.

¿Qué esperamos con esta tarea?

Que dentro de la organización comunitaria se formen grupos de salud que funcionen orgánicamente y trabajen en la promoción de la salud. Que la población local

esté informada y capacitada para la prevención de enfermedades, aplicando medidas destinadas a esos fines.

El Programa de Capacitación de los promotores desarrolla prioritariamente el programa AIEPI. Así también, se capacita sobre el cuidado a las embarazadas, a madres con niños lactantes y niños de corta edad, la primera infancia, ponemos mucho énfasis en eso, el cuidado de la mujer embarazada porque estamos firmemente convencidos que el cuidado desde el vientre materno es lo que a largo plazo va a hacer una comunidad diferente. Esos niños que fueron cuidados y estimulados desde el seno materno van a tener un perspectiva diferente y un enfoque diferente de lo que es la vida.

Este acompañamiento significa preocuparnos y ocuparnos de su alimentación, nutrición, que las personas de escasos recursos puedan acceder con mayor facilidad a los medicamentos y a las consultas, a través de la orientación de los agentes o promotores comunitarios. Nosotros le llamamos también Agentes Pastorales de Salud, por que nosotros trabajamos desde la Iglesia.

Programa y contenido de la capacitación.

Nuestra capacitación consta de 2 módulos, son 2 años de acompañamiento bastante cercano con clase semanales de 3 horas de capacitación.

Cada módulo tiene una carga mínima de 150 horas cátedras y a veces llegamos a 170 horas por los talleres y los cursos extras que tenemos, porque dentro de la capacitación está el tema de darles apoyo para la organización comunitaria.

Primer módulo

En el primer módulo presentamos el curso, los conceptos de la salud y la enfermedad, porque la gente confunde salud con enfermedad. Muchas veces mencionamos el tema salud y empiezan diciendo que no tienen doctor, que no tienen tal cosa.... Y entonces si hay salud no necesitan doctor.

Es un proceso con dinámica y ejercicios. La metodología de la educación popular nos da técnicas para trabajar con los grupos más carenciados que generalmente tienen poca escolaridad y a veces ninguna.

Vemos anatomía, fisiología. Es necesario que la gente entienda lo que es el cuerpo por dentro y por fuera.

Analizamos al promotor comunitario de salud, su rol, su compromiso y su perfil, una persona aceptada en la comunidad con capacidad de servicio y que debe ser elegida por la comunidad para representarlos en estos cursos. Hay veces que abrimos las inscripciones y se presentan 60 personas, y a medida que desarrollamos nuestros objetivos, lo que buscamos, desaparece más de la mitad. Resulta que muchos querían hacer un curso de enfermería para conseguir trabajo, cuando descubren que no es ese el espíritu de la capacitación, van quedando lo que realmente quieren hacer el servicio voluntario.

Se habla de las enfermedades prevalentes básicas, diarrea, URO, IRA, vacuna, parasitosis, salud reproductiva, y un tema muy importante es la nutrición y ali-

mentación, con los talleres respectivos de utilización y optimización de los recursos naturales.

También el tema de la salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, la importancia de implementar un botiquín familiar, un botiquín comunitario, con elementos propios utilizando la medicina alternativa, la recuperación de los valores culturales, se destilan los remedios y se hacen comprimidos, pomadas, tinturas, etc, pero se choca con los profesionales porque no es científico.

También se aborda el tema de ser los nexos con los centros salud. La gente tiene que tomar conciencia y en eso insistimos mucho. Ellos tienen que tener un buen relacionamiento con el centro de salud, tienen que saber qué caso derivar inmediatamente, porque esa es una preocupación de los profesionales, el tema del empirismo y el curanderismo.

Segundo módulo

Durante el segundo módulo hablamos de la salud reproductiva, porque es necesario contar con promotores que cuiden a las mamás. Analizamos el tema del ciclo menstrual, que es el embarazo, la fecundación, cuanto dura, los controles prenatales, la función que cumple el promotor con relación a una embarazada.

Vemos los cuidados del recién nacido, paternidad y maternidad, también el mejoramiento de la calidad de vida con la elaboración de artículos de limpieza a bajo costo.

La utilización de la soja es otro recurso que también analizamos.

Desde 1995 tenemos aproximadamente un promedio de 150 promotores capacitados por año y estamos trabajando en 14 parroquias de la arquidiócesis y 3 de la diócesis de San Lorenzo (Nueva Italia, Itá y Villeta) y después varias parroquias de las zonas marginales de Asunción.

Experiencia de Leoncio Martínez, promotor de salud de la Pastoral

En estos años como capacitador y promotor, he ganado mucha experiencia. Hace tres años trabajo en una comunidad de escasos recursos donde no cuentan con asistencia. Ni la Región Sanitaria, ni el Ministerio se ocupan de los pobladores. En la ciudad de Mariano Roque Alonso hay como 200 promotores a mi cargo.

No contamos con remuneración económica, pero al enseñar vamos aprendiendo cosas día a día. Los que trabajamos en la formación de promotores contamos con el apoyo y control constante de la gente de la pastoral y de la parroquia, pero tenemos poco apoyo de las autoridades comunales y sanitarias. Muchos profesionales no quieren saber nada de los promotores ni de los pacientes que derivamos.



**Preguntas a Lucía Bernal,
representante de la Pastoral Arquidiocesana**

¿Cómo encara la salud reproductiva con los promotores y éstos con la gente?

¿ITS con qué grupo trabaja?

¿La pastoral tiene algunos lugares asistenciales de salud además del trabajo con los promotores?

¿Cómo encaran ustedes la promoción de ITS, y cómo encaran el uso de anticonceptivos en planificación familiar?

Con relación a la salud reproductiva nosotros damos todas las informaciones, los métodos existentes en cuanto a planificación familiar. El promotor no receta ni implementa ningún método de planificación familiar sino que son referentes, orientan y hacen que la gente conozca todos los métodos. También hay técnicos capacitados en la planificación natural, ya que nos encontramos dentro de una estructura que es la Iglesia Católica, la Iglesia admite sólo la planificación a través de los métodos naturales.

Las infecciones de transmisión sexual lo trabajamos con el grupo de promotores, con los alumnos de colegios, en las comunidades y grupos que soliciten este tema. Se habla del uso de los preservativos como se habla del uso de los otros métodos existentes, sin promocionar ninguno.

Pastoral social tiene convenios con diversos hospitales y sanatorios donde referimos pacientes de un tratamiento particular o personas que vienen del campo y no tienen dónde recurrir. Tenemos la atención de aproximadamente 80 personas por día en busca de alivio a sus necesidades, 75 aproximadamente recurren por problemas de salud. Se tiene convenio con el Hospital Universitario, con el Sanatorio Migone-Battilana, cuando se trata de enfermedades graves, cardiovascular u operaciones muy costosas.

Preguntas para José Parra de Tesãi-Reka Paraguay

¿Qué estímulos económicos reciben los promotores, y si lo reciben solo algunos o todos?

¿Con que recursos se mueven?

¿Qué nivel de capacitación tienen los promotores?

¿Qué tipo de acciones están habilitados a realizar?

¿Qué medicamentos manejan?

¿Cómo se motiva a los promotores, existe algún estímulo?

¿Cuál es la zona o territorio de trabajo de los promotores de salud?

¿Cuál es la edad mínima de los promotores?

¿Cuánto tiempo de experiencia con los promotores tienen?

¿Cuál es el grado de deserción de la gente que se va formando?

No contamos con un estímulo económico, sin embargo en las comunidades los promotores de salud se ayudan entre compañeros y compañeras, realizando trabajos para ellos cuando se van a su capacitación. En algunos casos los promotores de salud llegan a ser los responsables del puesto de salud y entonces llegan a ser nombrados funcionarios del Ministerio de Salud.

Tesäi-reka Paraguay cuenta con el apoyo de la Cruz Roja Suiza en cuanto a su organización, de esta manera se paga el salario a los profesionales y se dispone de recursos para los trabajos de seguimientos a las distintas organizaciones, para los cursos de capacitación, la alimentación, pasaje, folletos y materiales. Todo esto se paga por medio de estos recursos.

En cuanto a los niveles, existen 4 niveles de capacitación, un nivel general de capacitación en anatomía, fisiología, primeros auxilios, la prevención y todas sus formas, vacunación, PAP, autocontrol de mamas, parasitosis, o sea conocimientos generales en estos aspectos.

Se realiza la capacitación en lo jurídico, político organizativo, en donde estamos insistiendo constantemente, ya que se plantea la salud como un Derecho, esto tiene una serie de conocimientos que se deben desarrollar, sobre todo a la toma de conciencia, es un compromiso político del promotor de salud y de los grupos de base. También se capacita en la técnica de la organización de los recursos para la toma de datos, de la estadística básica de las comunidades, con el mapeo, toma de censo, encuestas.

Respecto al tipo de trabajo que están habilitados a realizar podemos decir que trabajan en actividades promocionales, educativas, de orientación en escuelas, grupos de acción, orientando sobre la importancia de la vacunación, del PAP. Cuarenta promotoras fueron capacitadas en la toma de muestras de PAP y orientación de lo que es cáncer del útero y están trabajando en base a este tema en sus comunidades. Esto se realiza a través de un convenio entre Tesäi-Reka Paraguay y el Instituto del Cáncer.

Las promotoras trabajan en primeros auxilios, orientaciones generales y remisión a los centros de salud, acompañamiento a las personas que lo están necesitando. Y el trabajo de promoción de lo que es la higiene comunitaria ambiental.

En cuanto al tema de medicamentos, manejan medicamentos muy básicos como parasitarios, analgésicos, antibióticos básicos, el resto son transferidos a los puestos de salud.

Sobre las motivaciones podemos decir que las organizaciones campesinas están entrando en un proceso de toma de conciencia y de compromiso político de reclamo de los derechos ciudadanos, de reivindicaciones no solo económicas sino sociales y políticas de la ciudadanía, y esto es un elemento importante para el promotor y promotora de salud. Hay una motivación política fundamental, de que es un ciudadano que tiene derecho, que tiene que reclamar, que está capacitado para promover capacitaciones con su gente, para conseguir estos reclamos. No hay estímulos económicos.

En cuanto a la zona, algunas de las comunidades tienen mucha población, pero un promotor o promotora de salud está responsabilizada por 20 ó 30 familias, ese sería el promedio.

La edad mínima de los promotores es de 20 años aproximadamente, y realizan fundamentalmente la función de promoción y educación y asistencias básicas de primeros auxilios, como son agricultores, generalmente necesitan suturas básicas.

La experiencia con los promotores empezó a partir de la década del 80.

El 40% de los promotores de salud han desertado por diferentes motivos, algunos por ser

captados por políticos partidarios, otros para realizar trabajos particulares, otros se quejan del tiempo que les toma el trabajo y de la falta de reconocimiento por parte de la comunidad.

Hemos probado el trabajo con los botiquines comunitarios, para probar la cooperación comunitaria y no ha resultado, ha dejado deudas para el promotor y esta fue una causa también.

En cuanto al control, en nuestra organización existen dos tipos de controles y acompañamientos, uno es de carácter social del grupo de base de la organización, el manejo del promotor de salud, todas sus actividades están controladas por un comité de asociados de la organización, por otro lado ellos registran sus actividades y esto es presentado en encuentros de promotores de salud en donde está el profesional que generalmente les acompaña. Los que se encuentran dentro de los puestos de salud están a cargo de la región sanitaria correspondiente.

Preguntas al Doctor Silvio Ortega, director de la XVII Región Sanitaria - Boquerón

¿Cuál es el perfil de los promotores?

¿Los promotores reciben alguna remuneración?

¿Cómo se capacitan?

¿Cuál es el mecanismo de acompañamiento y supervisión?

¿Los promotores utilizan medicamentos?

¿Qué se hace para la instalación de radios?

¿Cómo trabajan los promotores en el tema de planificación familiar?

¿Cómo empezaron a funcionar las farmacias sociales?

En su Región Sanitaria ¿existe un mecanismo de control, por el cual se pueda verificar o constatar el trabajo de los promotores?

Los promotores fueron capacitados por la Iglesia, por hospitales privados, seguros privados, por la Secretaría de Salud y la Región Sanitaria, por lo que era necesario que las capacitaciones sean sobre temas definidos. Por esta diversidad de organizaciones es difícil que la capacitación de los promotores sea unificada, en algunos casos realizan suturas, esto llega a distorsionar el sentido del promotor de salud. Basados en esta situación lo que hemos logrado es que el eje de capacitación sea AIEPI. Esto lo hemos iniciado hace tres meses por lo que aún no hemos hecho una evaluación del proceso, pero ya tenemos algunos resultados positivos, especialmente, en cuanto a la red de comunicaciones.

En base a la diversidad de instituciones, en varias de ellas son asalariados los promotores, algunos son asalariados del Ministerio de Salud, por ejemplo los del programa de tuberculosis, otros de los seguros privados, los hospitales privados, etc.

Se está tratando de que las capacitaciones se realicen a través de la región sanitaria, conforme a las instrucciones del programa AIEPI.

La Región Sanitaria es la que está haciendo el seguimiento de todos los promotores capacitados en el departamento.

La Región Sanitaria cuenta con un mínimo de los recursos humanos para encarar un proyecto bien específico, bien delimitado y objetivo.

Los promotores utilizan medicamentos, los medicamentos que forman la canasta básica de la farmacia social fue solicitado en base a los criterios de AIEPI. Utilizan medicamentos como multivitaminas, antiparasitarios, analgésicos y dos antibióticos. No hacen intervenciones como suturas o inyectables, salvo que exista una emergencia. En esos casos, tienen instrucciones de informar por radio para que se les dé instrucciones a través del hospital regional o de los puestos de salud que cuentan también con una radio.

Tenemos 20 comunidades de las cuales el 70% son indígenas y 30% son poblaciones de paraguayos, poblaciones muy distantes. La radio es HF que está ubicada en una comunidad y puede ser utilizada por toda esa comunidad. Para la utilización fue definido como criterio fundamental los problemas de emergencia de salud, en segundo lugar el criterio institucional, área de educación, dificultades policíacas, etc. Es elegido un miembro de la comunidad para ser responsable de la radio, en caso de comunidades con puestos de salud, las radios se instalan en él, y el promotor de salud es el responsable.

En cuanto a la planificación familiar, los promotores tienen muy definida su función. Su función fundamentalmente es la promoción, no recetan sino que identifican a las personas que quieren tener algún tipo de planificación y cuando el móvil de salud va a la comunidad pasa la lista para que los profesionales les provean de la medicación que necesitan.

Hemos tenido algunos problemas en cuanto a planificación familiar con algunos líderes. Después de una discusión se decidió que el anticonceptivo sea dado conforme a la indicación de la partera empírica.

El sentido de responsabilidad en el promotor es un hecho que aún no está internalizado ni está bien deslindado.

La farmacia social está funcionando en nuestro departamento por medio de un convenio con 4 instituciones, los fondos fueron proveídos por PRODE-Chaco, ese fondo es proveído a la Cooperativa de Boquerón y este es el ente administrador de la farmacia. La Región Sanitaria y la Secretaría de Salud no tienen ninguna ingerencia administrativa más que en la supervisión del uso y el destino de los medicamentos que se están utilizando.

La idea de estas farmacias es que funcionen como un fondo rotatorio. A cada comunidad se le da en un primer momento medicamentos básicos, en un paquete por 350.000 guaraníes aproximadamente, luego la comunidad lo debe sustentar.

Hasta este momento de 14 comunidades, 10 están funcionando, los medicamentos se están vendiendo, algunas registraron crecimiento en su capital, y otras se han desfondado. Actualmente se está en un proceso de análisis haciendo que las farmacias que ya no tienen fondos, recuperen sus fondos para hacer sustentables sus farmacias.

En cuanto al control de los promotores, para los que son financiados por el Ministerio de Salud existe un mecanismo de control que son los informes de servicios prestados, porque ellos son como auxiliares de enfermería en su puesto de salud. En el instrumento de evaluación y control mensual tenemos el registro diario de actividades y el control mensual de actividades.

En el caso de los promotores que están a cargo de las otras organizaciones es un poco más difícil, pero nos envían los informes a través de un hospital que tiene a su cargo 12 comunidades.

Municipio de Fernando de la Mora

CONSEJO LOCAL DE SALUD. Un
paso hacia la descentralización

Expositor: *Luis Alonso*

El Consejo Local de Salud se creó en base a una ley de descentralización. Es un proyecto que no está realmente implementado.

El proyecto de trabajo del CLS abarcó el año 2000 a 2001. La Dirección de Salud de la Municipalidad de Fernando de la Mora nos convocó para conformar el CLS. Tuvimos una jornada de entrenamiento organizado por el CIRDA, estábamos 6 personas.

Al iniciar las actividades detectamos algunas falencias, como falta de control en la gestión de puestos de salud, el municipio tenía 3 puestos de salud, el Ministerio de Salud tenía otros puestos funcionando, a partir de esto ini-

ciamos la coordinación. Existía un proyecto de salud para el municipio que no se estaba implementando, vimos que podía ser implementado. También, faltaba participación ciudadana. Anteriormente, el consejo contaba con 3 personas y no estaba abierto a la ciudadanía, realizamos invitaciones a toda persona que quisiera participar y de esta manera se pudo implementar Subconsejos de Salud.

Contábamos con pocos recursos, teníamos derecho al 5% del presupuesto municipal y luchamos por ello.

Ayudamos a la gestión del puesto de salud que pasaba a convertirse en Hospital Materno Infantil, a través de un convenio entre la Municipalidad y el Ministerio de Salud. Actualmente se cuenta con un centro de referencia materno infantil. Así que se logró hacer mucho con el mismo presupuesto. Esto ya demuestra que la participación ciudadana, de voluntarios, da resultados con sus gestiones.

Recibimos apoyo de la Gobernación, recibimos donaciones de organizaciones internacionales, manejamos una donación que recibimos del Japón, también el de unas vacunas, y aprendimos a gestionar como Consejo Local de Salud, que es una de las falencias que tiene este tipo de consejo de voluntarios.

Definimos los objetivos, principalmente le dimos importancia al área materno infantil. En el Hospital Materno Infantil se controlaron las gestiones. Encontramos mucha resistencia por

parte del personal que presta servicio, y este es un problema, el que los profesionales no quieren ser controlados en su gestión.

Implementamos el tema de municipio saludable con ayuda de la OPS, en algunos barrios mejoró bastante el ambiente, la naturaleza, arreglo de calles y veredas. Trabajamos con Escuelas Saludables, también con apoyo de la OPS, para mejorar la nutrición de los niños.

Trabajamos con la Gobernación con relación a los puestos de salud, ellos aportaron recursos humanos y físicos, se implementó el programa odontológico.

Logramos el apoyo de algunos laboratorios e implementamos una Farmacia Social. La mitad del apoyo lo obtuvimos del intendente, (2

millones de guaraníes para cada puesto de salud) y un laboratorio nos dio esa misma cantidad para implementar una Farmacia Social, que estaba manejada por el Subconsejo de Salud.

Contamos con un colegio que pone a voluntad de la comunidad técnicos en salud, personas muy útiles para promotores de salud. Creo que el promotor de salud tiene que ser rentado porque tiene que rendir cuenta de su trabajo y el trabajo que desempeña es muy importante.

Lo importante es descentralizar, ya que el Consejo Local de Salud luego descentralizó a los Subconsejos. Ellos trabajan en los puestos de salud, donde se cobran por los servicios y saben a quien exonerar porque conocen a la

comunidad, controlan sus ingresos, realizan informes.

Una de las falencias que tuvimos es que no se conocía el trabajo que estábamos rea-lizando, no preparamos un plan de voluntarios para enfrentar los cambios políticos, tampoco preparamos gente para la reposición de estos cargos. Otra deficiencia fue la de no coordinar con organismos privados, ONGs, centros privados de salud. Podríamos haber tenido más apoyo. El entrenamiento de las personas que ocupan estos puestos es clave, el que sepan que es lo que deben hacer es fundamental.

La base para desarrollar este tipo de programas es la voluntad de las personas que ocupan el poder, y las personas del pueblo que tienen el poder y no lo saben tendrían que hacer valer sus Derechos.

San Miguel - Arasapé- Itá Yurú

**CONSEJO LOCAL DE SALUD.
Alianza para mejorar las comunidades**

Expositora:

Dra. Carmen Zorrilla

La experiencia con promotores comunitarios es muy corta, es de 6 meses, pero ya tenemos algunos resultados. En San Miguel, Itá Yurú y Arazapé, desde el 96 se ha trabajado con los Consejos Locales de Salud y los Subconsejos. Estuvimos interesados en llevar adelante el proceso de la descentralización, a partir de la aprobación de la ley 1032/96.

En el año 2001 firmamos una Alianza con dos ONG's, en base a esto, en el 2002, pudimos firmar una alianzan con el CIRD, PRIME II y el CEPEP, lo que nos dio la oportunidad de trabajar fuertemente y en varios ejes, a nivel intrainstitucional, a nivel comunitario y a nivel de

fortalecimiento del consejo. El CIRD trabaja en el fortalecimiento del consejo, haciéndoles conocer sus funciones, sus roles; el CEPEP trabaja con los promotores voluntarios de salud, y con el equipo de salud conformado; y PRIME II está trabajando a nivel intrainstitucional para poder fortalecer la calidad de atención a los servicios, en este momento está con una ONG llamada CETEC que está trabajando con la comunidad, con los jóvenes, con las parejas y grupos de mujeres de diferentes barrios.

¿En qué consiste la Alianza de la Salud?

Consiste en la unión de varias organizaciones comunitarias, locales, departamentales y en este caso ONGs. Firmamos el convenio entre el Consejo Local de Salud de San Miguel, Itá Yurú y Arazapé, el Centro de Salud local, la Municipalidad y la Gobernación, la VIII Región Sanitaria, el CIRD, el CEPEP y PRIME II. Con esta alianza esperamos tener resultados en el año 2004.

El diagnóstico de la situación lo ha realizado el CLS integrado por la comunidad, hecho a través de un censo socio-sanitario, elaborado y ejecutado por voluntarios de la comunidad.

El perfil de los voluntarios, las actividades y las funciones fueron elaborados por el propio CLS. El equipo de salud local, que está conformado por el CLS, el intendente y represen-

tantes de instituciones, el equipo de los centros y puestos de salud y otras autoridades que trabajan en forma voluntaria. El aspecto más importante para nosotros es la participación y el trabajo comunitario para el logro de la salud en la comunidad.

Tenemos un proceso inicial que son los recursos humanos, personales de salud, CIRD, CEPEP, pobladores de San Miguel y profesionales contratados para llevar a cabo el trabajo. Los recursos de financiamiento en cuanto a la capacitación son a través del AIEPI, los recursos materiales son facilitados por el CEPEP y otras instituciones involucradas.

Las actividades que estamos realizando en este momento son las de determinar la comunidad objetiva, nombramiento de CLS, distritales y locales, selección del personal para los voluntarios, a través de unos perfiles que elaboramos nosotros.

Los módulos que están utilizando, tanto el equipo de salud como a los agentes comunitarios de salud, para su capacitación son: el primer módulo, que está basado en la salud integral y desarrollo. El segundo y el tercer módulo incluyen juntos un sistema de información, monitoreo y evaluación del programa. El módulo 3 y 4 abarca el concepto de la salud sexual y reproductiva, y el módulo 4 trata sobre salud infantil, aquí se incorpora el AIEPI. Por último tenemos saneamiento ambiental y otras patologías que se han detectado como prevalentes de acuerdo al paquete básico que se ha trabajado.

¿Cuál es el resultado obtenido?

Formamos una red de voluntarios de salud, que trabaja a partir de una encuesta realizada por hogares. Mejoramos el cuidado de la salud de la familia, se está implementando la utilización del servicio de salud. Aumentó el control del cuello uterino a través del PAP, que era una falencia que detectamos.

El objetivo final es:

Contribuir al mejoramiento de la salud de la población, de las comunidades de San Miguel, Itá Yurú y Arazapé.

Incrementar la participación comunitaria en los servicios locales de salud y a nivel departamental.

Iniciamos este trabajo comunitario en el mes de junio, en julio iniciamos los primeros talleres con el equipo de salud, en agosto y setiembre empezamos con los promotores, ellos trabajan en la comunidad hace solo un mes. En San Miguel contamos con 37 agentes comunitarios.

A fin de año queremos lograr la participación familiar en una clausura donde todos los promotores participen con sus hijos, esposos y familiares, para demostrarles el modelo de capacitación que están recibiendo. Esta capacitación se realizará en dos niveles, el nivel local institucional, en el centro de salud y otro en un lugar un poco más alejado, en una cabaña, para estar un poco aislados de la problemática y así captar los conceptos a los que se quiere llegar.

Experiencia de Segundo Ortiz, auxiliar de enfermería de Arazapé

En Arazapé se está formando un grupo de promotores muy jóvenes, el 90% está comprendido por jóvenes de 19 a 20 años.

El objetivo principal es que dentro de 4 años el proyecto siga funcionando.

Algunos logros son la perseverancia de 12 promotores de salud que siguen estrictamente las capacitaciones. Además, ya está formándose la Farmacia Social, las organizaciones involucradas ya se han puesto de acuerdo y ojalá que camine.

A los promotores no se les paga, son voluntarios, y en tan poco tiempo aún no podemos

decir cuales son los logros o los errores porque estamos empezando recién.

**Experiencia de Claudia Cantero,
Vicepresidenta del Consejo Local de Salud
de Itá Yurú**

Nuestra experiencia es corta, pero contamos con 12 jóvenes que están haciendo un servicio a la comunidad, lo cual es un logro importante para el consejo que se está iniciando y tiene por objetivo mejorar la calidad de vida.

Acotaciones de la Dra. Carmen Zorrilla

La falta de un concepto claro y bien difundido sobre la salud sexual y reproductiva es una barrera muy grande con la que estamos tropezando. Queremos explicarles que la salud sexual no se limita a la planificación familiar, la planificación familiar es sólo una parte de ésta. Debemos tratar de superar esta barrera.

Otra dificultad es que en la comunidad no creían que los voluntarios tendrían la capacidad de realizar sus trabajos, por lo que no se les tenía la confianza necesaria. Cuando fueron llegando con sus materiales y presentándose fueron logrando la confianza de la comunidad.

¿Cuáles son los logros?

Los voluntarios han mejorado la comunicación personal y comunitaria.

Aumentó la cobertura del servicio.

Ayuda a personas insolventes en casos de cirugías importantes que no pueden realizarse en la localidad.

Se realiza el trabajo de vacunación antirrábico a caninos y gatos.

El monitoreo y la evaluación se realizarán a través de unos indicadores ya establecidos, se cuenta con registros que se van a procesar para obtener resultados.

Preguntas a la expositora

- **¿Cuáles son los incentivos para los promotores? ¿Cuánto cuesta capacitar a cada promotor?**
- **¿Cómo fueron seleccionados los promotores, que perfil se debe dar?**
- **¿Cómo manejan la promoción educación e implementación de la planificación familiar?**
- **¿Cuál es el rol del Consejo Local ante el programa?**
- **¿Cuáles serían las estrategias para la sostenibilidad de los programas de Salud Comunitaria?**

El perfil que hemos elaborado en San Miguel apunta a una persona que:

- Cuento con la confianza de la comunidad y ejerza liderazgo dentro de ella.
- Tenga trato comprensivo, cordialidad y facilidad para la relación interpersonal.
- Sepa leer y escribir y manejar fichas simples.
- Conozca datos básicos de su comunidad que lo ayuden en el ejercicio de sus actividades.
- Maneje con discreción la información recabada de su comunidad.
- Tenga disposición para trabajar por su comunidad, para mejorar las condiciones de vida.
- Conozca la planificación familiar como un

medio para mejorar la calidad de vida de la comunidad y la salud de las personas.

- Conozca el idioma de la comunidad en la que trabaja.

Ninguna de estas condiciones son excluyentes, solo queríamos formarlos en esto para que estén fortalecidos en el perfil que deben tener los agentes.

Las funciones que debe realizar el promotor son:

- Promoción, educación y atención sobre el paquete básico en salud, con énfasis en salud materno infantil, salud reproductiva, planificación y saneamiento del medio ambiente.
- Servir de nexo entre la comunidad y el servicio de salud local y el CLS.
- Identificar, referir y hacer seguimiento de casos de riesgo.
- Identificar las condiciones sociales y de salud de las familias a su cargo y las condiciones del medio ambiente, a través de un registro de hogares actualizado.

Los voluntarios no cuentan con ningún estímulo monetario, y creemos que esto no va ser factible. Solamente se le facilitan sus elementos de trabajo, como remeras, bolígrafos, cartera, carpeta, kepis, etc. Y en las capacitaciones se comparte con ellos la merienda o el almuerzo.

Todavía no realizamos la evaluación como para saber cuánto cuesta la capacitación de cada promotor pero contamos con todos los indicadores para realizarlo después, es uno de nuestros objetivos.

La selección de los promotores se realizó después de que los interesados llenaron unas fichas y ellos fueron convocados para una entrevista, para explicarles los objetivos del

proyecto, el significado de un trabajo comunitario y el voluntariado. Y si estaban de acuerdo quedaban para la capacitación.

Todavía no se ha empezado a trabajar con el tema de planificación familiar, porque los voluntarios están en proceso de capacitación y el primer trabajo que ellos están haciendo es la encuesta por hogares y la detección de familias de alto riesgo.

Ellos van a ser promotores, solo van a ser el nexo entre el paciente y el centro de salud y el consejo, y serán los centros de salud los que decidan que método debe utilizar el paciente. No van a actuar como enfermeros.

Reflexiones de la Lic. Marta Perrota

A través de las exposiciones veo que hay una gran esfuerzo por parte de las ONGs, de grupos interesados por el tema de salud, en las diferentes regiones de nuestro país y un enorme compromiso de la gente que realiza una tarea totalmente voluntaria, y que tiene que ver con un compromiso moral ético. Sin embargo, me preocupa el tema de la descentralización, planteado en la ley 1032, que se relaciona con el empoderamiento de las comunidades respecto de la problemática de la salud y otras cuestiones, me preocupa que haya un desplazamiento en la responsabilidad que tienen los gobiernos locales y central respecto de la salud. Se plantea la cuestión del paquete básico, y esto riñe con el concepto de salud como un derecho universal, todos los ciudadanos tenemos derecho a recibir una atención absoluta, no solo una determinada cantidad. Debe existir equidad en salud.

En las exposiciones existe muy poca mención con relación a este tema, que es la responsabilidad que tiene el Estado, el gobierno local y regional respecto al tema de la salud pública. No sé si a nivel Ministerio de Salud existe un proyecto que implique llevar esta tarea de promoción a la salud y asistencia.

Pregunta a la Dra. Carmen Zorrilla

¿Existe una preocupación respecto de cómo sostener una tarea de compromiso comunitario, de compromiso individual de la salud individual y colectiva de una comunidad?

Como funcionaria del Ministerio de Salud puedo decir que estos son programas del Ministerio, salud materna infantil, promoción, que bien o mal se están haciendo, más mal que bien por falta de recursos. Sabemos que es responsabilidad del Estado, pero también sabemos en que condiciones está el Estado. Por ello creo que la descentralización nos da la posibilidad de conocer nuestra problemática y de priorizar nuestras necesidades. Porque si contamos con grupos organizados y sabemos realmente lo que queremos, podemos empezar a cambiar nuestro país y comunidad. Por ello creemos que los Consejos Locales de Salud son importantes, porque a través del gobierno local, que se interesa por el problema de su comunidad, quizás el gobierno departamental y el central puedan ocuparse de las problemáticas sentidas y vividas por nosotros.

Reflexiones del Dr. Andrés Vidovich Morales, representante de la Facultad de Medicina

La equidad en salud es un derecho pero también un deber de cada ciudadano, nosotros somos responsables de nuestra propia salud, de preservar nuestra salud.

Debemos manejar el concepto de igualdad y equidad en salud, de cómo aplicarlo, yo creo que la descentralización es lo mejor desde el punto de vista de que el Estado que es estático, debe ir delegando, transfiriendo a los poderes locales y regionales para que lleven en

adelante el proceso de equidad en salud.

Los Consejos Locales son consejos voluntarios, no tienen otro interés que no sea el de llevar a cabo la promoción, la prevención y la recuperación en salud, estas voluntades ciudadanas deben ser aprovechadas para demostrar que podemos. Vemos que se potencializan los recursos porque allí se valoran los pocos recursos que se transfieren y se desarrolla una actividad que se reproduce en servicios con mayor efectividad.

Reflexiones de la Dra. Esperanza Martínez, consultora del CIRD

Este proceso ha hecho que los gobiernos locales, los municipios asuman su responsabilidad y liderazgo en el proceso y hayan entendido que este no es un problema de gobierno, ni de servicios de salud, ni de la comunidad sino de las tres puntas del proceso.

Se debe revertir el concepto de ¿quiénes van a hacer el proceso social? El proceso social lo va hacer el gobierno central, el local, las organizaciones públicas y privadas, el Consejo Local y la ciudadanía.

El Consejo Local de Salud está integrado por el intendente, por el director del centro de salud, por gente de Antelco, directores de escuelas, comisiones vecinales, o sea que no se desplazó, al contrario, por primera vez el municipio transfiere ese 5%. Pero lo que se quiere lograr es entrar en un proceso de entender que el cambio social lo vamos a hacer entre todos.

Reflexiones de José Parra, representante de Tesãí-Reka Paraguay

Una dificultad que veo es que las expe-



riencias son todavía aisladas, y hay comunidades que tienen la suerte de contar con ONGs o instituciones que puedan orientar y desarrollar experiencias y las otras comunidades de nuestro país están totalmente abandonadas a su suerte, el problema es un sistema de salud que no funciona, hay cuestiones jurídicas, legislativas, de Presupuesto de Gastos de la Nación, que no van a mejorar en forma sencilla, en contrapartida tal vez debamos ir coordinando estas experiencias, enriqueciendo, socializando más, que la comunidad asuma su poder político de presionar para que hayan estos cambios. Los que estamos trabajando y tratando de hacer algo debemos coordinar y llegar a hacer una propuesta nacional.

Grupo A1

PRESENTA *Lucía Bernal*

Liderazgo:

1. Aceptación por su comunidad por:
 - Carácter servicial.
 - Capacidad de atraer a las personas.
2. Transparente y confiable en sus gestiones, como es reconocido; los pobladores delegan en él las funciones que esperan se cumplan en la comunidad.
3. Otros atributos inherentes al liderazgo.

Aceptación:

1. La comunidad responde a sus intenciones.
2. Reconocido por su neutralidad (en su postura).

Integración a los servicios:

Depende de que los organismos responsables de la formación de promotores asuman el compromiso de integrar a los servicios de salud.

-Se involucra con el puesto de Salud.

-Conoce el tipo de atención que ofrece.

-Informes de actividades en el servicio (si son reconocidos por los servicios gubernamentales hay mas posibilidad de trabajar en conjunto).

Integración a la comunidad.

1. Conoce a fondo su comunidad (problemas de las familias y la realidad comunitaria).
2. Da respuestas prácticas e inmediatas a la comunidad.
3. Informes de actividades.

4. Ve las necesidades reales de la comunidad. En gran medida tiene que ver con el equipo capacitador. Este debe constatar el trabajo del promotor y si se realiza el acompañamiento en su localidad se siente protegido en su trabajo.

Sugerencias

Depende del trabajo y del compromiso con el promotor.

Las ONGs no tienen capacidad de pago.

Si se tiene disponible un rubro, que se utilice como fondo de emergencia para casos que pacientes deben ser trasladados a un servicio hospitalario ya sea en carreta o cachape o pagar taxi.

De dónde sale el recurso. Depende de la Organización o por auto-gestión que debe ser desde el vamos. Siempre se debe tener en cuenta que al promotor no signifique gastos personales en su capacitación o actividades comunitarias.

Propuestas

- Compromiso entre todos los estamentos con los promotores de salud
- Apoyar la integración de todas las ONGs para hablar el mismo idioma.
- Que no surjan actividades superpuestas, que se realice integración continua entre las organizaciones intercambio de promotores y capacitadores dentro del espíritu del voluntariado

Grupo A2

PRESENTA *Dra. Carmen Zorrilla*

Liderazgo

- Aceptado y propuesto por la comunidad para una actividad.
- Persona que ha trabajado por / con su comunidad.
- Goza de la confianza de la comunidad.
- Voluntad de servicio.
- Iniciativa propia para resolver problemas.
- Servicial, para el desarrollo comunitario.

- Capacidad de responder a las necesidades básicas sentidas y planteadas en la propia comunidad.
- Actitud para trabajo en equipo.
- Discreción y respeto a la privacidad.
- Escolaridad básica, para ciertas actividades o residencia
- Capacidad de organizar y convencer.

Integración

- Cuando funciona el sistema de referencia y contra referencia.
- Cuando hay reuniones periódicas participativas.
- Sincera y abierta.
- Cuando el promotor se siente escuchado y apoyado.
- Comprometido e involucrado.

Motivación o incentivo

- Depende del enfoque que se da al promotor de las realidades del lugar y del trabajo.
- Enfoque y las circunstancias que se presentan.

Prevención y promoción.

Debe ser incentivado, especialmente en la zona rural.

Debe asumir la responsabilidad, especialmente la comunidad y las organizaciones locales.

Grupo B1

PRESENTA *José Parra*

Sostenibilidad

- Definir el programa
- Empoderamiento local.
- Consejo Local de Salud (CLS)
 - Autoridades locales
 - ACS asumir el empoderamiento una responsabilidad compartida.
 - Capacitación continua y acompañamiento.
- Financiamiento asegurado para el programa.
- Claridad política global.
 - Conocer la ley del SNS
 - Conocer el Presupuesto General de Gastos.
- Compromiso político (Políticas Públicas), no como que la sostenibilidad va a dar lugar a que funcione; no como una actividad complementaria.
- Tomar un compromiso político real de influir para producir cambios y desarrollar programas viables.
- Integración de las instituciones y organizaciones.
- Representatividad dentro del CLS de los diferentes sectores sin partidización.
- Participación de los ciudadanos.
- Educación cívica para la población en general.
- Habilidades de negociación.

Remuneración

- No debe percibir salario. Consideramos que el promotor debe ser comunitario porque toma un compromiso social y no como simple voluntario



- Crear un sistema de incentivos. Ej. Consejos Locales de Salud, Seguro Local de Salud, se debe asegurar inmediatamente al promotor.
- Seguro Local de Salud.
- Oportunidades de capacitación (becas).
- Ser registrado en el Ministerio de Salud para que pueda acceder él y su familia a los servicios públicos de salud, por ser un servidor público.
- Que sea reconocido por la comunidad, que reciba apoyo de los vecinos a través de mingas, carpidas de chacra, etc.
- Que se llame promotor comunitario.
- Si hay una red de promotores, que cubra la movilidad y alimentación.

Responsables en remuneración

Debe asumir la responsabilidad:

- Las municipalidades
- Los Consejos Locales de Salud.
- Las gobernaciones.

Propuestas

- Realizar otros talleres para:
 - Intercambio de experiencias.
 - Profundizar temas (Ley 1032/96, Políticas Públicas, Normativas legales y DDHH).
 - Conocer las organizaciones.
 - Formar una red de organizaciones que trabajan en salud comunitaria.
 - Propiciar un Encuentro Nacional de Promotores de Salud.

Grupo B2

PRESENTA *Rafael Aquino*

Factor de Sostenibilidad

- Que presente una base sólida.

Características:

- Concienciación.
 - Capacitación.
 - Compromiso Social.
 - Colectividad.
 - Participación.
 - Solidaridad.
 - Constancia.
 - Evaluación.
 - Utilidad.
- Que los promotores sientan que su trabajo es importante.
 - Que exista una preparación previa de la comunidad en relación al trabajo a realizar.
 - Que exista apoyo político de las organizaciones de la comunidad.
 - Que responda a necesidades sentidas de la comunidad.
 - Que se realicen esfuerzos para integrar todas las organizaciones y sectores, para que se trabaje en un objetivo común.

Remuneración

Sí, debe haber remuneración para solventar gastos elementales.

¿Quién asume?

La comunidad, a través de actividades de sus comisiones; además debe haber un aporte del Gobierno central, para que este se sensibilice y respalde la promoción de la salud.

Comentario de la Dra. Cyntia Prieto sobre registro de promotores

Significaría requisitos de pago y burocracia y el hecho de que debe ser habilitados





PARTICIPANTES

Carmen Zorrilla de Ramírez Teléfono 0783-238	Directora del Centro de Salud de San Miguel, Misiones y Coordinadora del Programa de Promotores por el Consejo Local de Salud
Ramón Ramírez Teléfono 0783-209	Médico-Veterinario, Supervisor del Programa de Salud Comunitaria de San Miguel
Mirtha Mongelós Teléfono 0294-200261	Consultora del CIRD
Silvio Ortega Teléfono 0494-334	Director de la XVII Región Sanitaria, Boquerón Chaco Paraguayo
Gastby Pérez Teléfono 0975-635682	Médico. Supervisor del Programa Comunitario de Salud de Arazapé, Misiones
Rubén Gaete Teléfono 214671	Representante del CIRD
Carmen García Teléfono 940097	Coordinadora de programas del CCDA (Centro de Capacitación de Desarrollo Agrícola)
Mariano Riquelme Teléfono 940097	Técnico agropecuario del CCDA
Claudia Marcela Alfonso Teléfono 025-2390	Centro de Salud de Villeta, XI Región Sanitaria
Héctor Arévalo Teléfono 997505	Centro Paraguayo de Estudio de la Población (CEPEP)
Rafael Aquino Teléfono 497503	CEPEP
Dominga Noguera Teléfono 043-20437	Asociación Campesina Maracana
Benito Castillo Teléfono 043-20437	Asociación Campesina Maracana
Marta Perrota Teléfono 332508	Bañado Sur

Elodia Vysokolan Teléfono 220128	Oficial de Programa, PRIME II
Dr. Andrés Vidovich Morales Teléfono 497310	Profesor de Salud Pública, Facultad de Medicina
Florentino Zapata Almirón Teléfono 043-20437	Tesäi-Reka Paraguay
Antonia Aquino	Movimiento Campesino Paraguayo
José Parra Gaona Teléfono 043-20437	Secretario General de Tesäi-Reka Paraguay
Josceline Betancourt Teléfono 220715	Oficial de Programa, USAID
Graciela Ávila	USAID
Lucía Bernal Teléfono 225201	Responsable del Proyecto de Salud Integral Comunitaria de la Pastoral Social Arquidiocesana
Ángela Espínola Teléfono 333149	Coordinadora del Área de Salud del Proyecto AMAR
Leoncio Martínez Teléfono 752341	Agente multiplicador de la Pastoral Social Arquidiocesana
Sandra Villalba Teléfono 214671	Consultora del CIRD
María Pabla de Jiménez Teléfono 0783-238	Funcionaria del Centro de Salud de San Miguel
Bernarda Vera Bogado Teléfono 081-2490	Directora de la Escuela Graduada N° 856, integrante del Consejo de Salud Local de Itá Yurú, Misiones
Claudia C. de Fernández	Vicepresidenta del Consejo de Salud de Itá Yurú
Esmilda Velásquez	Instructora de Promotores de Tesäi-Reka Paraguay
Julio César García Teléfono 043-20437	Secretario Técnico de Tesäi-Reka Paraguay
Ninfa Alvarez Teléfono 210785	Asesora Nacional de Salud de Plan Internacional

Dra. Cinthya Prieto Teléfono 491627	Directora Ejecutiva del CEPEP
Dra. Margarita Ferreira Teléfono 497509	Directora del Programa de Salud del CEPEP
Marín Estigarribia Godoy Teléfono 497503	Coordinador del Proyecto Alianza del CEPEP
María Lidia González	Funcionaria del CEPEP
Marta Centurión Teléfono 497503	Supervisora del CEPEP
Félix Brizuela Teléfono 229290	Coordinador Técnico de PRIME II
Luis Alonso Teléfono 500611	Ex miembro del CLS de Fernando de la Mora
Diana Rodríguez Teléfono 214671	Consultora del CIRD
Carlos Gauto Teléfono 212540	Coordinador del Proyecto del CIRD
Martín González Teléfono 212540	Consultor del CIRD
Segundo Ortíz Teléfono 0975-627073	Encargado del Puesto de Salud de Arazapé
Guillermo Jara Teléfono 214671	Consultor del CIRD
Rosarina Reyes	Promotora del CLS de Itá Yurú
Aída Luz Jacquet Teléfono 0783-238	Funcionaria del Centro de Salud de San Miguel y Supervisora de Promotores de Salud de Misiones
Eusebio Verón Teléfono 481121	Coordinador del encuentro por el CIRD
Esperanza Martínez Teléfono 214671	Coordinadora del Encuentro por el CIRD y la Alianza

