



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**



**LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA COMUNITARIO DE SALUD DE
GUARJILA: SISTEMATIZACIÓN DE UNA EXPERIENCIA DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL EN EL SALVADOR,
DURANTE EL PERÍODO DE 1987-2007.**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

PRESENTADO POR
María Argelia Dubón Abrego,
Dagoberto Menjívar López.

ASESOR
Dr. Eduardo Espinoza Fiallos. MSP.

San Salvador, Junio de 2013

AGRADECIMIENTOS.

A la Comunidad de Guarjila por su contribución en la reconstrucción de su experiencia de Salud Comunitaria y la colaboración prestada para proporcionar la información para este estudio.

A los agentes comunitarios de salud de las comunidades por su aporte y entrega en el desarrollo de esta experiencia.

A la Dra. María Isabel Rodríguez por su solidaridad, reconocimiento y apoyo a la comunidad de Guarjila, durante sus años como rectora de la Universidad de El Salvador y como Ministra de Salud.

Al Dr. Eduardo Espinoza por su apoyo a la comunidad y constante motivación a la investigación de experiencias de salud comunitaria.

A la Dra. Christa Baatz (Victoria) por su solidaridad, entrega, compromiso y dedicación para mejorar las condiciones de salud de las comunidades por más de dos décadas.

A nuestra familias y principalmente a nuestros hijos e hijas por la comprensión y su apoyo.

Al Instituto Canadiense de Investigación en Salud, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, el Ministerio de Salud de Canadá, el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, la Agencia de Salud Pública de Canadá y al movimiento de salud de los pueblos por su apoyo al rescate de experiencias exitosas basadas en la Atención Primaria de Salud Integral.

RESUMEN

TEMA. Sistematización de la experiencia de Atención Primaria de Salud Integral (APS-I) en la comunidad de Guarjila del municipio de Chalatenango, El Salvador, durante el período de 1987-2007,

PROPÓSITO. Identificar evidencias de dicha experiencia de salud que se ha mantenido por más de 20 años y analizar los procesos de desarrollados. Es un estudio cualitativo de sistematización de experiencias, aplicado a salud comunitaria, con tres ejes de sistematización: el proceso histórico de construcción, el empoderamiento comunitario y los indicadores de impacto.

MÉTODOS Y MATERIALES. Se utilizó el método Etnográfico, y se aplicaron las técnicas de grupos focales, entrevistas a profundidad, observación participante y revisión bibliográfica y documental. Los materiales utilizados para la recolección de la información fueron guías de recolección de datos, una grabadora digital, una cámara fotográfica y video, y una computadora para el procesamiento y análisis de los resultados.

RESULTADOS. Los resultados obtenidos demuestran que las intervenciones en salud tuvieron un enfoque integral: Promoción de la Salud, prevención y atención a las enfermedades, y un abordaje de determinantes sociales. Hay mejoras en las condiciones de vida las cuales se lograron a través de acciones intersectoriales, participación activa de la comunidad y empoderamiento, evidenciando que el 94% de la población tiene viviendas dignas, el 98% agua potable domiciliar y letrización y el 95% energía eléctrica. Los principales indicadores de impacto en la salud reflejan ausencia de mortalidad materna e infantil desde 1997, 100% de controles prenatales y partos institucionales, la tasa bruta de natalidades del 14.1x 1000 h; no hay desnutrición moderada y severa en los niños menores de cinco años y el retardo del crecimiento es del 3%, las diarreas y neumonías tienen una baja incidencia.

CONCLUSIONES. En conclusión la experiencia de salud comunitaria es producto de amplios procesos de organización y participación comunitaria, intersectorialidad y trabajo en equipo que permitieron el empoderamiento de la población, y avanzó en la identificación, abordaje y control de los determinantes sociales que han permitido el desarrollo integral de la comunidad.

RECOMENDACIONES. Se recomienda que el Ministerio de salud y las instituciones formadoras promuevan la investigación cualitativa en APS-I para fortalecer la actual reforma de salud. A la comunidad para mantener la cohesión social, los mecanismos de organización, participación social e intersectorialidad y fortalecer los logros alcanzado.

CONTENIDO

Capítulo	Pag.
RESUMEN	03
I- INTRODUCCIÓN	05
II- OBJETIVOS	07
III- MARCO DE REFERENCIA	08
IV- DISEÑO METODOLÓGICO	30
V- RESULTADOS	38
VI- DISCUSIÓN	79
VII- CONCLUSIONES	87
VIII- RECOMENDACIONES	89
IX- BIBLIOGRAFÍA	91
ANEXOS	95

I- INTRODUCCIÓN

Se investigó una experiencia de salud comunitaria en El Salvador, surgida en la década de los ´80, durante la guerra civil, en una de las zonas más conflictivas del norte del país, en la comunidad de Guarjila del departamento de Chalatenango, escenario importante de organización de las comunidades y las fuerzas revolucionarias. La investigación surgió por la necesidad de identificar evidencias de una experiencia de salud comunitaria que se ha desarrollado por más de 20 años, considerada como “exitosa” por la comunidad y agentes externos, que permitió resolver las necesidades básicas de salud.

La investigación recopila la construcción colectiva e histórica que ha desarrollado la comunidad en torno a la salud y el desarrollo integral comunitario.

Los objetivos de la investigación fueron sistematizar la experiencia de salud Comunitaria del Cantón Guarjila, en El Salvador, en el período de 1987-2007; reflexionar sobre los procesos de construcción de la experiencia, identificar los factores facilitadores y limitantes del contexto que incidieron para su desarrollo; y describir los procesos de organización, participación social, toma de decisiones, intersectorialidad e indicadores de impacto. Por último, identificar las lecciones aprendidas que pudieran contribuir a la revitalización de la Atención Primaria de salud Integral, así como evidenciar si existe incidencia de la experiencia en el Sistema Nacional de Salud.

En 1998, una investigación de Experiencias Locales Innovadoras en Salud (ELIS) identificó 86 “experiencias” en El Salvador, entre ellas la de salud comunitaria de Guarjila.

Es un estudio cualitativo de sistematización de experiencias, aplicado a salud comunitaria, que comprendió tres ejes de sistematización: el proceso histórico de construcción, el empoderamiento comunitario y los indicadores de impacto. Se definieron preguntas generadoras enmarcadas en los ejes de sistematización, y se clasificaron categorías y subcategorías para el análisis. El levantamiento de los datos

se realizó a través de entrevistas a profundidad a actores claves, grupos focales, observación-participante, revisión bibliográfica y documental.

La población de Guarjila, se organizó para mejorar progresivamente sus condiciones de vida elementales y crearon un modelo de educación con maestros populares y un modelo de salud con agentes comunitarios: promotoras de salud y rehabilitación, parteras y grupos de mujeres voluntarias. La organización comunitaria permitió identificar y priorizar intersectorialmente la problemática local e involucrar en la toma de decisiones a toda la comunidad. Estas mejoras se evidencian en que el 94% población tiene viviendas dignas, el 98% tiene agua potable domiciliar y letrinizacion y el 95%.energía eléctrica.Los principales indicadores de impacto en la salud de la población reflejan la ausencia de mortalidad materna e infantil desde 1997, 100% de controles prenatales y todos los partos son institucionales, la tasa bruta de natalidad es de 14.4 x 1,000 habitantes; en los niños menores de cinco años no hay desnutrición moderada y severa, el retardo del crecimiento es del 3%, las diarreas y neumonías tienen una baja incidencia.

II- OBJETIVOS.

Objetivo General.

Sistematizar la experiencia de la construcción del sistema comunitario de salud de Guarjila: sistematización de una experiencia de atención primaria de salud integral en el salvador, durante el período de 1987-2007.

Objetivos Específicos.

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

III- MARCO DE REFERENCIA.

Antecedentes.

En 1977 en la asamblea de la Organización Mundial de La Salud (OMS), la mayoría de países del mundo aceptaron una política de salud denominada “Salud Para Todos en el Año 2000”. En 1978, en Alma Ata quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como *Atención Primaria en Salud* que fue a su vez el resultado de la sistematización e identificación de los principales elementos de numerosas experiencias comunitarias desarrolladas a nivel mundial.

Después de más de 30 años de la declaración, los principios básicos de la APSI como la búsqueda constante de la equidad, el trabajo intersectorial y la participación comunitaria, ejes fundamentales para los procesos de cambios en salud, siguen vigentes.

La Declaración afirma que “la salud, es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros actores sociales y económicos, además de la salud”¹.

Manifiesta que, “la grave desigualdad existente en el marco del estado de salud de la población especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable”². Además, enfatiza que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y su atención de salud y que la APS es la clave para alcanzar la meta de salud para todos como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social”. Las experiencias de salud comunitaria gestionadas por las propias comunidades alrededor del mundo, existían antes de la Declaración de

¹OMS. Declaración de Alma Ata. Atención Primaria de Salud. Switzerland, 1978.

² Ibid.

Alma Ata en 1978 y los gobiernos de algunos países como Cuba y Costa Rica ya estaban trabajando en esa dirección.

La Declaración de Alma Ata sirvió como insumo para que las experiencias de salud comunitaria se fortalecieran y surgieran nuevas experiencias autogestionadas por las comunidades en América Latina, África, Asia y otras regiones. Muchas de estas experiencias se desarrollaron en contextos muy adversos en países con una alta conflictividad social o gobernados por dictaduras militares, las cuales en vez de recibir apoyo eran objeto de persecución.

En El Salvador no se conocían experiencias de salud comunitaria antes de la Declaración de Alma Ata, existían algunos servicios asistenciales administrados por la Iglesia. Después de la declaración, los gobiernos y Organismos Multilaterales, implementaron programas verticales y selectivos de alto impacto como inmunización, lactancia materna, rehidratación oral, control del crecimiento y planificación familiar. Estos programas respondían más a una APS selectiva, la cual estaba siendo dirigida principalmente por el Banco Mundial, en contraposición a los planteamientos contenidos en la APS original.

Durante el conflicto armado salvadoreño, 1980-1992, surgieron varias experiencias de salud comunitaria principalmente en las zonas rurales que estaban dentro de las zonas conflictivas³.

La estrategia de guerra de contrainsurgencia impulsada por el gobierno, incluyó el retiro de los servicios estatales y el bloqueo de las zonas. En dichas zonas, hubo represión indiscriminada contra los campesinos, que llevó a la paralización de gran parte de la producción de granos básicos y medios de subsistencia, así como de los servicios públicos y provocó el desplazamiento de poblaciones enteras de muchas comunidades.

La gente huyó para refugiarse en otros lugares al interior del país o las fronteras de Honduras y Nicaragua, huyendo de la represión y del miedo a ser masacrados. “La instauración de la violencia de manera sistemática, el terror y la desconfianza en la

³ Espinoza, E.A., Elías M.A. y Villalta V.: (2000): “El SILOS de la Zona Norte de San Salvador 1992-1997: Una experiencia innovadora en salud” Tesis para optar al grado de Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2000. UE/INCO-DC. Proyecto de Investigación RESCATE.

población civil son los rasgos esenciales del período de 1980 a 1983. La desarticulación de cualquier movimiento opositor o disidente por medio de detenciones arbitrarias, asesinatos, desaparición selectiva e indiscriminada de dirigentes devinieron en práctica común⁴ Muchas de estas comunidades habían adquirido experiencia organizativa durante las luchas reivindicativas de los años 70, esto sirvió a los campesinos del Nor-Oriente de Chalatenango para autogobernar su pequeña sociedad y resolver los problemas vitales como la salud, educación, alimentación y seguridad, así como otras necesidades cotidianas con los pocos recursos que podían abastecerse. Baatz y Orellana⁵ describen que *“El desarrollo del sistema de salud popular de la zona nor oriental del departamento de Chalatenango surge en medio de la guerra civil, durante los años 80. Pero sus raíces se deben buscar en el proceso de concientización y organización de las masas campesinas (comunidades organizadas) que se inició en los años 60 y fue desarrollándose en los 70’s.”*

En las zonas controladas por la guerrilla se desarrollaron paralelamente dos sistemas de salud populares que se coordinaban y complementaban: Sanidad militar y Salud popular⁶. El primero daba respuesta médica y quirúrgica a los combatientes heridos, y a la población civil lesionada por los bombardeos o las incursiones militares del ejército gubernamental. El segundo se construyó al interior de las comunidades que vivían en las zonas conflictivas y los refugios en el interior y fuera del país.

En Chalatenango, al igual que en otras zonas del país con un alto nivel de conflictividad durante la guerra civil, las comunidades involucradas en el movimiento revolucionario se organizaron alrededor de una estructura llamada: Poder Popular Local⁷ (PPL), que incluía atención a la salud. Esta forma de salud popular dentro de

⁴ Naciones Unidas. De la Locura a la Esperanza. La guerra de los 12 años en El Salvador. Informe de la Comisión de la Verdad 1992-1993. 1ra. ed. San Salvador: Arcoiris; 1993. p 24

⁵ **Baatz C., Orellana M.** Capacidad resolutive de comunidades rurales que cuentan con promotores (as) de salud en Chalatenango y Morazán, El Salvador 1998.

⁶ Baatz C. Testimonio Sanitario de un Vivencia real y Cierta “La Lucha de El salvador por su dignidad”. Tesis de grado para incorporación al Grado de Doctorado en Medicina. [San Salvador]: Universidad de El salvador (UES).; 1994. pp 7-12

⁷ Poder Popular Local (PPL): forma de autogestión del poder local surgido de las poblaciones civiles de las zonas controladas por la guerrilla que gestionaban seguridad ciudadana, educación, justicia local, producción colectiva y también salud.

los PPL y de la guerrilla fue producto de la organización social, en la cual la solidaridad, la auto responsabilidad, la autocrítica, la equidad y sacrificio fueron valores que les permitieron mantenerse unidos y con firmeza como movimiento revolucionario, con la convicción de transformar la sociedad salvadoreña. Estas comunidades seleccionaban a ciertos miembros al interior de las mismas para ser capacitados como promotores/as de salud y ayudaran a resolver las necesidades de atención a las enfermedades más frecuentes y primeros auxilios. Muchas de estos miembros tenían ciertos conocimientos como “sobadores”, parteras empíricas o experiencia en el uso de plantas medicinales. Algunos habían recibido cierto entrenamiento en el movimiento social de los años 70. Durante la guerra, las “sanitarias” entrenadas que atendían a las unidades de la guerrilla que por razones de salud o embarazo se incorporaban a las comunidades, se integraban a los equipos de salud. Los pocos médicos (entre ellos varios internacionalistas) que atendían a las unidades guerrilleras y a las comunidades, capacitaron a las sanitarias(os) y apoyaron en la capacitación a las promotoras y promotores de salud. Otras experiencias comunitarias similares a las de Chalatenango surgieron y se desarrollaron en otros departamentos del país, por iniciativa de las mismas comunidades y apoyados por la iglesia católica y ONG’s, implementaron en grado variable la APS Integral. Incluso con posterioridad a los Acuerdos de Paz, cuando ya comenzaba a implementarse la propuesta de Reforma del Banco Mundial (BM)⁸, surgieron experiencias estimuladas desde el estado, como el caso del Sistema Local de Salud (SILOS) de la zona norte de San Salvador, que involucró a las comunidades, gobiernos locales y ONG’s de seis municipios de San Salvador. Esta experiencia tuvo logros relevantes pero fue abortada por el mismo estado en medio de un profundo conflicto político generado por los recelos despertados por el trabajo de organización y participación de la comunidad.⁹ Estas experiencias fueron denominadas *Experiencias Locales Innovadoras en Salud (ELIS)*, por Espinoza y

⁸Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud [Internet]. 1ra. ed. Washington, D.C.; 1993 [cited 2012 Jun 3]. pp 11-13.

⁹ Espinoza, E.A., Elías M.A. y Villalta V.: (2000): “El SILOS de la Zona Norte de San Salvador 1992-1997: Una experiencia innovadora en salud” Tesis para optar al grado de Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2000. UE/INCO-DC. Proyecto de Investigación RESCATE.

otros en 1998, quienes identificaron 86 experiencias que implementaban en grado variable la APS Integral. De estas, identificaron cinco relevantes que incluían el SILOS Norte de San Salvador y Guarjila.¹⁰

Una de las secuelas de la guerra civil fueron los miles de refugiados que migraron forzosamente a zonas más seguras del interior país y países vecinos desde 1980¹¹, y a partir de 1986, esta población refugiada comenzó a retornar a sus lugares de origen. En 1987 inició el retorno de los refugiados de Honduras, estos retornos fueron facilitados por Organizaciones sociales como CRIPDES y la CNR, ONGs, la Iglesia católica, otras iglesias solidarias; y Organismos Internacionales como el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y Médicos sin Fronteras. Entre los primeros contingentes de población que retornaron de los refugios de Honduras estaba la comunidad de Guarjila.

Estas comunidades repobladas se organizaron para la subsistencia y defensa, y trabajaron para construir condiciones mínimas de vida como abastecimiento de alimentos y agua, viviendas temporales, letrinas y seguridad. Como parte de esta organización se crearon equipos de promotores/as de salud, para atender las necesidades básicas de salud de la población, así como maestros populares para garantizar la educación de los niños, adolescentes y adultos.

En 1988, se formó una red de promotores y promotoras de salud en conjunto con los promotores que trabajaban con la iglesia católica en el departamento de Chalatenango apoyados por organizaciones y personas solidarias nacionales e internacionales, esta red fue fortalecida al final del conflicto armado con la incorporación de Médicas/os, enfermeras y sanitarias provenientes de la exguerrilla.

En ese contexto, los equipos de salud de la zona Nororiente de Chalatenango se fortalecieron y tuvieron mayor capacidad para resolver las necesidades de salud de

¹⁰ **Barten, F. De Vos, P. Elías, M.A. Espinoza. E. Méndez C. Pérez, R. Ricarte, G. Salazar, G.:** Informe final del Proyecto de Investigación "Rescate de Experiencias Locales Innovadoras en Salud en El Salvador, Guatemala y Nicaragua durante el periodo 1980 – 1995" financiado por la Unión Europea (Programa INCO-DEV; Contract number IC18*CT960058)

¹¹ Martínez peñate O. El Salvador: Historia General. 1ra. ed. San Salvador: Nuevo Enfoque; 2002 p.159.

estas comunidades; y Guarjila se convirtió en el centro de referencia para la red de salud comunitaria de las comunidades de la zona.

La experiencia de salud de la comunidad de Guarjila ha sido reconocida como una Experiencia Local Innovadora en Salud (ELIS), a nivel nacional e internacional y como objeto de estudio de tesis de Grado y postgrados^{12, 13}. En el 2006, la OPS dio un reconocimiento al equipo de salud como “Héroes de todos los días”, por su importante labor y sus logros en el mejoramiento de la salud de la comunidad.¹⁴

Después de la firma de los acuerdos de paz en 1992, se inició un proceso de concertación entre las comunidades y el Ministerio de Salud Pública, acompañado por la iglesia católica, ONGs y representantes de OPS, para que el Estado Salvadoreño reconociera y retomara la experiencia en salud desarrollada por las comunidades y se trabajara de forma conjunta, en la cual las comunidades tuvieran una participación activa para la resolución de sus problemas de salud desde un sistema integrado de salud.¹⁵

Datos generales del contexto geográfico y socioeconómico salvadoreño.

El Salvador es el país más pequeño de Centro América con 21 000 km² y el más densamente poblado del continente americano con 5.7 millones de habitantes según el último censo de la DIGESTYC 2007 con una población urbana de 3.5 millones y rural de 2.1 millones.

El país se divide políticamente en 14 departamentos y 262 municipios.

Históricamente, el estado salvadoreño, ha invertido muy poco en el área social. Mantiene algunos programas focalizados para los municipios más pobres del país y algunos subsidios que incluyen el transporte, gas licuado y energía eléctrica. Tiene altas tasas de desempleo y subempleo con salarios reales que no logran cubrir la canasta básica de alimentos.

¹² Baatz, Christa. Testimonio Sanitario de un Vivencia real y Cierta “*La Lucha de El salvador por su dignidad*”. Tesis de grado para incorporación al Grado de Doctorado en Medicina. Universidad de El Salvador. 1994.

¹³ **Baatz, C. y Orellana, M.** Capacidad resolutive de comunidades rurales que cuentan con promotores (as) de salud en Chalatenango y Morazán, El Salvador 1998.

¹⁴ UES, Boletín Informativo de la Secretaría de Relaciones Nacionales e Internacionales de la UES. No 20, Año 5, Mayo 2006. Pag. 8

¹⁵ Convenio Firmado entre Ministerio de Salud CCR, Iglesia, ONGs, 1992.

Las tasas de pobreza según el informe de desarrollo Humano del 2007-2008 para El Salvador, denominado “El empleo en uno de los pueblos más trabajadores del mundo” son sustancialmente distintas por grupo ocupacional. Las tasas mayores corresponden a la población subempleada con 42.1% (14.6 % en pobreza extrema y 27.5 % en pobreza relativa), seguidos de los trabajadores con ocupación plena sin remuneración justa o protección social, con una tasa de pobreza de 26.4% (5.4% de pobreza extrema y 21% de pobreza relativa). Finalmente, las tasas de pobreza más bajas corresponden a las personas con empleo decente, de las cuales únicamente el 4.5% son pobres. Es decir que una persona subempleada tiene diez veces más probabilidad de ser pobre que una que tiene empleo decente¹⁶.

En este sentido los subsidios enfocados a los más pobres “terminan favoreciendo a la gente de altos estratos económicos...y no consiguen ser herramientas redistributivas eficaces, pues no logran su objetivo de beneficiar a los más pobres...porque, mientras que el 10% de la población más pobre recibe solamente el 6.2 % de los subsidios al transporte colectivo, energía eléctrica y gas licuado, el 10% de la población más rica del país recibe el 11.2%”¹⁷

En cuanto a salud, hasta el 2008, el estado invertía solamente el 1.5% del PIB para el sistema público administrado por el Ministerio de Salud, que se estima que da cobertura al 83% de la población y el 2% del PIB para el Seguro social que cubre solamente el 16% de la población, lo cual refleja la inequidad existente entre la población asegurada y la no asegurada. El sistema público de salud tiene graves deficiencias debido a los pocos recursos que le son asignados. El Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por ser segmentado institucionalmente y fragmentado en los servicios de salud¹⁸ donde participaban una serie de actores sin coordinación ni rectoría. A partir del 2009 esta situación está cambiando debido al proceso de reforma de Salud que impulsa el nuevo gobierno de izquierda.¹⁹

¹⁶ PNUD. Informe de Desarrollo Humano para El Salvador, 2007-2008. San Salvador. 2008.

¹⁷ PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2010, De la Pobreza y el consumismo al bienestar de la gente. Propuesta para un nuevo modelo de Desarrollo. San Salvador; 2010. p.38-39

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de salud de El Salvador 2000-2005: monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Washington, D.C: OPS, © 2007. pp.29.

¹⁹ Ministerio de Salud de El Salvador. Informe de Labores 2010-2011, Primera edición, junio de 2011. Editorial MINSAL.

Cobertura de los servicios de salud. La Constitución de la república dispone que la salud es un bien público y el estado provea atención gratuita a los que carezcan de recursos²⁰ pero hasta 2009, muchos no tenían acceso efectivo, particularmente entre la población rural que es la más pobre (40% de la población total) y la indígena (9% del total).

Con la llegada del nuevo gobierno en Junio del 2009, la primera medida fue la supresión de las llamadas “cuotas voluntarias” y el desplazamiento progresivo de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares y Especializados), especialmente a las zonas rurales, el acceso a los servicios, las acciones de Promoción de la salud, la prevención de las enfermedades sumado al fortaleciendo de la participación social y el trabajo intersectorial para el abordaje de las determinantes sociales.

La seguridad social brinda servicios de salud a los asegurados a través del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, ISSS, da cobertura a los trabajadores asalariados públicos, del sector industrial, comercio y servicios así como al cónyuge e hijos/as hasta los 12 años; y los pensionados.²¹

Estimados de cobertura. Para el 2005, el Ministerio de salud estimó la cobertura de sus servicios de salud como del 59%, pero ya para el 2011, el nuevo Gobierno abolió las llamadas “Cuotas Voluntarias” y desplazó 450 Equipos comunitarios de Salud Familiar en 153 Municipios del país lo cual representa una cobertura a más de 1.6 millones de personas de forma efectiva que antes no tenían acceso a los servicios de salud²².

Acceso. Aunque toda la población no asegurada legalmente debería tener acceso a las instalaciones públicas, según la encuesta de hogares de 2006 entre las personas que se enfermaron o accidentaron, 43% se automedicó o no consultó y 57% consultó: 69.4% en el MSPAS, 9.9% en el ISSS, 0.3% en el Hospital Militar (IPSF),

²⁰ Asamblea Legislativa. Constitución de la República de El Salvador. [Internet]. Decreto No. 38 Diciembre, 1983. Available from: <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/constitucion-de-la-republica>

²¹ Romero F. La prensa Gráfica. Un ISSS con carencias se abre a informales. San Salvador; 2008 Enero; Available from: <http://archive.laprensa.com.sv/20080801/nacion/1112647.asp>

²² Ministerio de Salud de El Salvador. Informe de Labores 2010-2011, Primera edición, junio de 2011. Editorial Ministerio de Salud.

15.9% en hospital o clínica particular, 4.5% en ONG, curanderos, casa del enfermo u otros. Del total de la población, 78% no tenía seguro social o privado, de manera que debía acudir al MSP²³.

En el 2007 se aprobó la Ley de creación del Sistema Nacional de Salud dando la rectoría al Ministerio de salud y estableciendo un modelo de atención basado en un enfoque de salud familiar, alejada de una verdadera Atención Primaria en salud integral y sin regulaciones ni participación del sector privado.²⁴

En síntesis, el modelo de salud ha sido históricamente un modelo biologicista-medicalizado y las propuestas de reforma de salud del lado del estado²⁵ estuvieron orientadas a incrementar la privatización de los servicios de salud y a introducir sistemas fraccionados de aseguramiento y al incremento de la participación privada en la gestión de los fondos públicos²⁶. Igualmente, los gastos en salud de los hogares especialmente de hogares pobres se han incrementado constantemente. La disponibilidad de medicamentos ha sido baja en el sector público y los precios de éstos son los más altos de la región.²⁷ Las reformas en salud de corte neoliberal, anteriores al 2009, no abordaron ni resolvieron las inequidades en salud. Esta situación ha comenzado a cambiar con el nuevo Gobierno que asumió funciones desde Junio de 2009, dando inicio a un proceso de Reforma de Salud con participación de los sectores y la sociedad civil organizada, que contempla ocho ejes prioritarios: 1) Construcción de la Red Integrada de Servicios de Salud, 2) Desarrollo de Recursos Humanos, 3) Respuesta a la demanda de Medicamentos y Vacunas, 4) Instauración del Foro Nacional de Salud, 5) Construcción de un Sistema de Emergencia Médicas (SEM), 6) Desarrollo de un Sistema Único de Información

²³ PNUD. Informe de Desarrollo Humano para El Salvador, 2007-2008.

²⁴ Asamblea Legislativa. Ley de creación del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Decreto No. 442 Nov 16, 2007. Available from: <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/ley-de-creacion-del-sistema-nacional-de-salud>

²⁵ Asamblea Legislativa: Comisión de Medio ambiente y Salud Pública. Seminario de comparación de propuestas de Reforma del Sector Salud en El Salvador. San Salvador; 1998 p. 17–21.

²⁶ Universidad de El Salvador. Facultad de Medicina. ¿Con que pluma se está escribiendo la reforma de Salud? . VI coloquio en Salud. San _Slavador: Ediciones Universitarias; 1998. pp 64.

²⁷ Espinoza E y Guevara G: Disponibilidad y Precio de Medicamentos Esenciales en el Segundo semestre de 2006. Informe Final de Investigación. Septiembre 2007. Disponible en http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200611SV/sdocs/survey_report.pdf

estratégica, 7) Articulación progresiva con el Seguro Social y otros prestadores públicos de salud, 8) Creación del Instituto Nacional de Salud y fortalecimiento de las redes de laboratorios²⁸.

Estos ocho ejes son una síntesis del programa de gobierno²⁹ propuesto durante las elecciones que dio origen a la Política de Salud: Construyendo la Esperanza.

Estrategias y recomendaciones en Salud, la cual contempla 25 estrategias que plantea que el Sistema Nacional de salud estará basado en la Atención Primaria de Salud con un abordaje de los determinantes de la salud.³⁰

Aspectos Conceptuales

Para contextualizar la conceptualización de lo que significa la APS, diferenciaremos el concepto y enfoque original de APS contenido en la declaración de Alma Ata y los nuevos conceptos y enfoques surgidos posterior a la declaración, dentro de ellos el de APS selectiva, el enfoque de Derechos Humanos y el de Determinantes Sociales de la Salud. De esta manera identificaremos el concepto de Atención Primaria contenido en la Declaración de Alma Ata como APS Amplia o Integral,

Atención Primaria en Salud (APS).

La declaración de Alma Ata, definió que “la Atención Primaria en Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y auto determinación”.

“Para que la Atención primaria en salud sea, lo más rápidamente posible, accesible a todos los miembros de la comunidad, es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con máximo esfuerzo a su propio desarrollo sanitario. Para

²⁸ MINSAL. Informe de labores 2009-2010. San Salvador: Ministerio de Salud; 2010 Jun p. 32-51.

²⁹ Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN). Programa de Gobierno 2009-2014: Nace la Esperanza Viene el Cambio. San Salvador; 2009 p. 22-23.

³⁰ Ministerio de Salud. Construyendo la Esperanza: Estrategias y Recomendaciones en Salud del Nuevo Gobierno. San Salvador.; 2009 May p. 7

que esto sea así la comunidad ha de participar plenamente en la planificación, la organización y la administración de la Atención Primaria en Salud”³¹.

La APS forma “parte al mismo tiempo del sistema nacional de salud y del conjunto del desarrollo económico y social, sin el cual estaría condenada al fracaso, se habrá de coordinar en el plano nacional, con los demás niveles del sistema de salud, así como con los demás sectores que contribuyan a la estrategia para el desarrollo total del país.”³²

La APS debe estar dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de una comunidad, que deben ser abordados con actividades coordinadas de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando la auto responsabilidad y la participación comunitaria.

a) La Atención Primaria en Salud Selectiva (APSS)

Las agencias internacionales especialmente el Banco Mundial (BM) y UNICEF, estimaron que la declaración de Alma Ata representaba una utopía, una ilusión inalcanzable y proclamaron su propia interpretación de los principios de Alma Ata, interpretación que los defensores de la versión original llamaron posteriormente: SPHC (*Selective Primary Health Care*) = APS selectiva.³³

Este enfoque, también nombrado “*Top-down*”, está caracterizado por la definición de grupos de riesgo, la focalización y elaboración de programas específicos (enfoque de riesgo), y su ejecución está condicionada muchas veces a la aprobación de la población. El objetivo de este enfoque es poner en práctica algunos recursos tecnológicos, inicialmente priorizaba 4 intervenciones básicas (GOBI) dirigidas a reducir la mortalidad en menores de 5 años: Control del crecimiento (**G**rowth), TRO (**O**ral rehydratation therapy), Lactancia Materna (**B**reastfeeding) e Inmunización (**I**mmunization) a las que posteriormente se unieron otras 3 a raíz de las críticas

³¹ OMS. Op. Cit. P. 3

³² Ibid.

³³ Walsh J. A. and Warren K.S. Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. Soc. Sci. Med. 14C, 145,1980

desencadenadas: Planificación Familiar (Family Planning), Suplementos alimenticios (Food supplements) y Educación Femenina (Female education) -GOBI/FFF.

Se trata por ejemplo a la morbilidad y mortalidad de los niños menores de 5 años como un hecho natural, con intervenciones muy focalizadas y separándolos del contexto político y económico.

La APSS niega el concepto de la participación comunitaria y la organización de la comunidad inherente a la misma. Se atiende solo a personas con enfermedades priorizadas, el resto queda desatendido. El abordaje ignora y soslaya las determinantes y el contexto político, económico, social en que se construye la salud de la comunidad. Este enfoque fortalece las decisiones y las actitudes de las autoridades por encima del de la comunidad. El valor moral y ético de este concepto es cuestionable porque los intereses ajenos y de élite dominan sobre la mayoría del pueblo.³⁴

Tabla No. 1 .Enfoques de la atención Primaria en Salud*.

Enfoque	Definición o concepto de Atención Primaria de Salud	Énfasis
APS Selectiva	La APSS se orienta solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para enfrentar algunos de los desafíos de salud más prevalentes de los países en desarrollo. Uno de los principales programas que incluyó este tipo de servicios fue conocido por su sigla en Inglés GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) y posteriormente como GOBI-FFF cuando adicionó alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar.	Conjunto limitado de actividades de los servicios de salud para los pobres
Atención Primaria	La mayoría de las veces se refiere a la puerta de entrada al Sistema de Salud y al sitio para la atención continua de salud de la mayoría de la población. Esta es la concepción de APS más común en Europa y en otros países industrializados. Desde la definición más estrecha, este enfoque está directamente relacionado con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar.	Un nivel de atención de un Sistema de Salud
Alma Ata "APS amplia"	La declaración de Alma Ata define a la APS como una estrategia integral, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud incluyendo a los practicantes de saberes ancestrales y las medicinas tradicionales. Incluye los siguientes principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud;	Una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para

³⁴ Rifkin, S. B. and Walt, G. Why Health improves : Defing the issues concerning "Comprehensive Primary Health Care" and "Selective Primary Health Care". Soc. Sci. Med. Vol.23. 23, No.6 pp. 559-566. 1986

	cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; organización comunitaria, tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles.	promover la salud.
Enfoque de salud y derechos humanos	Concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma. Difiere por su mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma Ata que en sus principios. Defiende que si se quiere que el contenido social y político de Alma Ata logre mejoras en la equidad en salud éste debe orientarse más hacia el desarrollo de políticas “inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros” que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad.	Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales

Fuente: OPS/OMS, documento borrador Renovación de la APS en las Américas, 2005.

b) Atención Primaria en Salud Integral (APSI).

En los últimos años, las comunidades y gobiernos que la aplicaron y las agencias que la apoyaron han asumido progresivamente agregar a la APS el término “Integral”, para diferenciarla de la apoyada por el BM y UNICEF (APS Selectiva) y reafirmar los planteamientos originales sustentados en Alma Ata. De acuerdo a ello la comunidad por si misma define las prioridades, planifica y ejecuta una serie de acciones. Los técnicos asesoran y acompañan el proceso comunitario. El concepto de APSI (*community-development-approach*) enfrenta las consecuencias y las causas de las desigualdades en salud y en la asignación de recursos que determinarán el estado de salud de la comunidad.

Promoción de la salud.

Es una estrategia de salud pública, que permite enfrentar y tomar control sobre los determinantes de la salud. Según la carta de Ottawa, 1986, “la Promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar

sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”.³⁵

El marco conceptual de esta estrategia comprende cinco líneas de acción: la construcción de políticas saludables; la creación de espacios y entornos saludables y protectores; el fortalecimiento de la participación comunitaria y el empoderamiento de la sociedad civil; el desarrollo de habilidades personales, capacidades y competencias; y la reorientación de los servicios de salud³⁶. Según estas líneas de acción la Promoción de la Salud es un aporte importante para el desarrollo de la APS-I.

Comunidad.

El término *comunidad* se utiliza desde hace siglos, sin embargo no está claramente definido. Para muchos sociólogos y antropólogos sociales, el término comunidad tiene una connotación positiva y la relacionan con la interpretación que significa comunidad para los miembros.³⁷ En la literatura de salud pública, se entiende generalmente como comunidad un grupo de personas que viven en un espacio geográfico y que tienen intereses comunes. Tognoni³⁸ menciona que cuando más homogénea es una comunidad, más probable es su participación en el proceso de cambios en salud.

García, Merino y Silva definen comunidad para el glosario de la OMS como un “grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus

³⁵ Carta de Ottawa. 1986. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emitió la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000."

³⁶ OPS. Evaluación de la promoción de la salud: Principios y perspectivas, Washington, 2007.

³⁷ Marinis, Pablo de. CONICET, Universidad de Buenos Aires. La Comunidad según Max Weber: desde el tipo ideal de la *Vergemeinschaftung* hasta la comunidad de los combatientes. Volumen 2010/1 # 58 marzo 2010.

³⁸ Tognini, G. Manual de Epidemiología Comunitaria, Quito, Ecuador CECOMET 1997

miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas”.³⁹

Para la investigación se define comunidad como un conjunto social que comparte vivencias, intereses y pautas culturales que le dan identidad y sentido de pertenencia, promoviendo comportamientos y acciones comunes para enfrentar los hechos y sucesos que se presentan, así como sus determinantes con el objetivo de tomar control sobre ellos y transformarlos.

Participación individual y social, Participación de la comunidad.

La Declaración de Alma Ata hace énfasis en la importancia de una *fuerte participación y autodeterminación de la comunidad*; las principales razones para la participación son que la buena salud resulta de un proceso del que las propias personas necesitan formar parte. Tanto para los individuos, familias o comunidades como para las naciones, la participación directa en las decisiones que influyen en su bienestar es parte de lo que significa estar sano. Salud y autodeterminación están entrelazadas de manera inseparable. La otra razón es pragmática. Nunca podrá haber suficientes médicos, enfermero/as o incluso trabajadores de la salud formados profesionalmente para cubrir las necesidades sanitarias de todos. Por lo tanto, para que las mejoras en la salud sean sostenibles, la propia comunidad necesita implicarse en el mantenimiento de su salud. Y por último, la salud está determinada en gran parte por los niveles de equidad y justicia social. Para afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud, los trabajadores sanitarios y los ministerios de salud deben asumir su responsabilidad con el pueblo, estableciendo garantías sociales para asegurar que sean cubiertas las necesidades básicas de todas las personas. Reconociendo que un cambio social progresista sólo llega a través de una demanda organizada, que se acompaña de una participación popular fuerte.⁴⁰

³⁹ García, I; Merino, B y Silva, J. Glosario de la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra 1998.

⁴⁰ Werner, David y Sanders David, Cuestionando la solución Las Políticas de APS y supervivencia infantil. Cap. 5. 2000.

La participación social es el principal medio para involucrar a los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, la definición de las prioridades y en los procesos que faciliten la rendición de cuentas. Desde el ámbito individual la gente debe ser capaz de tomar decisiones en forma libre e informada con miras al mejoramiento de su salud y de su familia⁴¹.

La participación social comprende varias actitudes como participación activa, pasiva, espontánea y también manipulada. Generalmente se le da un valor positivo como medio para la democratización. Sin embargo, hasta los regímenes fascistas reclamaron la participación social con gran éxito. Por eso, según Menéndez⁴² el proceso de participación puede ser valorado solo en el contexto político, económico, social, ambiental y cultural.

Durante la década de los 60 con base en la teoría de Paulo Freire, se desarrolló un modelo de participación que habilitaba a la gente a tomar conciencia sobre las raíces políticas y económicas de la pobreza y adquirir la capacidad de cambiar su situación. Este concepto de la participación real (también conocido como “bottom up”) fue recogido también por la teología de la liberación. Freire destaca el diálogo como elemento esencial, un dialogo sincero, humanizante y horizontal sin supremacía y sin imposiciones. De ahí que la participación debe ser activa, con un objetivo claro: construir una conciencia crítica y que cada vez el individuo o grupo sea más consciente de la importancia de su participación⁴³, lo que le permitirá una mayor identidad con su comunidad y con los procesos que en ella se desarrollan.

En síntesis en el contexto de la investigación se define participación social como la constitución de un proceso social y democrático con una dinámica histórica de construcción y reconstrucción de la realidad, donde los participantes actúan como sujetos activos en la toma de decisiones sobre la asignación y uso de los recursos, en la definición de las prioridades, en el monitoreo, en la evaluación y en la garantía de rendición de cuentas.

⁴¹ OPS/OMS. Renovación de la APS en las américas, Borrador para discusión, 2005.

⁴² Menéndez, E. L. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. (1998) Cuadernos Médicos Sociales, No 73 %-22 Rosario, Argentina

⁴³ Freire, Paulo. Pedagogía del Oprimido, México, Siglo XXI, 1970. 1ª ed. Cap. III.

En la siguiente gráfica se destacan varios elementos y características del porqué la participación social debe jugar un rol vital en la construcción de salud.

Cuadro No. 1

Participación Social: Una sistematización de sus elementos como herramienta para la acción

Eduardo Espinoza(*)
 IPHU-Porto Alegre, Brasil, Septiembre 2008

Participación Social: Es el desarrollo y fortalecimiento del involucramiento activo de la población y las comunidades en el proceso de toma de decisiones para la construcción de la salud, así como en la elaboración de políticas públicas saludables orientadas a influir en la salud y sus determinantes. Se construye y explora a través de los mecanismos, posibilidades, capacidades y contenido de la misma para abordar exitosamente los factores influyentes (a favor y en contra).

categoria	elementos	
Posibilidades	Marco legal	medidas implementadas por el gobierno central y local, recursos involucrados
Mecanismos	Espacios para la participación	Abrirlos en el sistema de salud pero también al interior de la organización comunitaria
Contenidos	Participación significativa	Toma de decisiones, formulación de políticas, evaluación
Capacidades	Desarrollo de los elementos técnicos y gestión en los actores	Transparencia en el manejo de la información, planificación, elección de puestos de conducción, identificación y priorización de necesidades, conocimiento de la situación financiera. Renovación de los cuadros de dirección según rendición de cuentas a las bases y evaluación por las mismas.

Organización Comunitaria: eje transversal

Una organización comunitaria fuerte, pujante y cohesionada formula, lucha por la aprobación y defiende el marco legal; fortalece y amplía permanentemente los espacios de participación; vela porque la participación sea significativa (y no cosmética); identifica los líderes, los forma y los evalúa permanentemente en el ejercicio de la participación.

Una organización débil y fragmentada pone en peligro o pierde sus logros y se estanca en sus conquistas.

(*) Tomado de los criterios de análisis desarrollados durante la investigación "Rescate de Experiencias Locales Innovadoras en Salud en Nicaragua, El Salvador y Guatemala 1980-1995" financiado por la Unión Europea (Programa INCO-DEV; Contract number IC18*CT960058

Equidad.

El derecho a la salud se basa en el principio de equidad. La equidad no solo es el acceso a los servicios y medicamentos sino el incremento de la justicia social y económica en el uso de los recursos de salud. APSI implica combatir las raíces de las desigualdades de poder y de distribución de recursos. De la equidad en la salud, se pueden deducir tres vertientes según Rovere ⁴⁴:

- La equidad en la protección enfrentando y tomando control de los determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales de salud.

⁴⁴ Rovere, M. Taller: Contextualizando y Revitalizando la Atención Primaria en Salud Ponencia: Es estratégica la estrategia de Atención Primaria. San Salvador 27-29 de septiembre del 2007.

- La equidad en la atención garantizando el acceso a servicios de salud de igual calidad y capacidad resolutoria a todos.
- La equidad en el saber y poder en salud fortaleciendo la capacidad decisoria de la población a diferentes niveles.

El desafío para los actores, para las responsabilidades y las acciones, es definir los conceptos para la equidad local, nacional y global según como está concentrado el poder y los recursos. Supone también medir la magnitud del problema: identificar y medir las desigualdades en salud en los diferentes grupos poblacionales. Por otra parte el desafío se extiende más allá de solo identificar las inequidades en salud midiendo su magnitud y los efectos de las intervenciones. Tampoco es suficiente (aunque hay que enfrentarlo y hacerlo) con mejorar las condiciones de vida. Es sobre todo un desafío social para la población organizada y los trabajadores de la salud, enfrentar y luchar contra la desigual distribución del poder, el dinero y los recursos.

La comisión de determinantes sociales de la OMS, en el documento final sobre determinantes sociales de la salud define tres principios de acción: 1-Mejorar las condiciones de Vida, 2- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, 3-Medir la Magnitud del Problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. Manifiesta que “la desigualdad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos, son sistémicas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a éstos”. En su segunda recomendación dicen que, “para combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida hay que atajar las desigualdades, por ejemplo entre hombres y mujeres, y el modo en que está organizada la sociedad”, por que éstas hacen “que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud están mal distribuidas dentro de una misma sociedad”. Esta búsqueda de la equidad sanitaria debe manifestarse en el financiamiento, en las políticas, sistemas y programas; en el acceso y la utilización de los servicios de atención de salud con una atención universal de salud, y en el

género.⁴⁵ Equidad entonces, se refiere a acceso a servicios, pero sobre todo a distribución de recursos, ingreso, ambientes saludables, oportunidades, poder, participación; en otras palabras la "exposición" a iguales oportunidades para ser saludables y construir la salud⁴⁶.

Intersectorialidad.

Ya desde Alma Ata se insistió en la necesidad de una coordinación intersectorial para generar una respuesta integral a las necesidades de salud de la población: *“La APS compromete, además del sector salud todos los sectores y aspectos relacionados del desarrollo nacional y la comunidad, especialmente Agricultura, alimentación, educación, industria, vivienda, comunicaciones y otros sectores; la APS demanda además el esfuerzo coordinado de todos estos sectores”*⁴⁷

Según la declaración de Alma Ata, la intersectorialidad es el enfoque por el cual los sistemas de salud logran trabajar con diferentes sectores (más allá del sector salud) y actores que les permiten impactar, de la mejor forma posible, los determinantes sociales de la salud; contribuir con actividades de desarrollo humano y lograr su potencial de equidad. La capacidad de respuesta de la APS frente al abordaje intersectorial dependerá del nivel de desarrollo del país y de los recursos disponibles en la APS y en otros sectores⁴⁸.

Como dice Rifkin⁴⁹, salud no es meramente un problema de enfermedades sino un problema de desarrollo. Las acciones tomadas fuera del sector salud pueden tener un mayor efecto sobre la salud de la comunidad. Por eso la Intersectorialidad para influenciar y mejorar los determinantes sociales, económicos, culturales y políticos es principio fundamental de la APS-I.

⁴⁵ OMS. Comisión de determinantes sociales de la salud. Informe final: Subsanan las desigualdades en una Generación: Alocanzar la Equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.. Septiembre de 2008.

⁴⁶ Espinoza, E.A., Elías M.A. y Villalta V.: (2000): “El SILOS de la Zona Norte de San Salvador 1992-1997: Una experiencia innovadora en salud” Tesis para optar al grado de Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2000. UE/INCO-DC. Proyecto de Investigación RESCATE.

⁴⁷ OMS, Declaración de Alma Ata, VII , 1978, pag 4

⁴⁸ OPS/OMS. Renovación de la APS en las américas, Borrador para discusión, 2005.

⁴⁹ Rifkin, S. B. and Walt, G. Why Health improves: Defing the issues concerning “Comprehensive Primary Health Care” and “Selective Primary Health Care”. Soc. Sci. Med. Vol.23. 23, No.6 pp. 559-566. 1986 .

Entendida así la intersectorialidad, requiere que todos los sectores estén involucrados, “las actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud han de contar con todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial, así como de foros y de organismos internacionales. Las políticas y los programas deben englobar todos los sectores clave de la sociedad y no únicamente al sector sanitario”.⁵⁰

El abordaje intersectorial es una consecuencia lógica del convencimiento de que la salud y la enfermedad son la resultante de la incidencia de múltiples factores, muchos de ellos ubicados fuera del sector salud y con un impacto incluso mucho mayor que los considerados en el reducido modelo biomédico como el ámbito de acción de los profesionales y trabajadores de la salud. De acuerdo con esto, los trabajadores de la salud debemos entender que no nos compete, ni es posible, ni ético, asumir la responsabilidad de monopolizar el trabajo en salud. Igualmente en este mismo sentido es que resulta imprescindible para la construcción de la salud el involucramiento de muchas otras disciplinas y actores.⁵¹

En el nivel local la intersectorialidad se conjuga con la participación comunitaria.

También, ambos se conjugan en niveles más complejos. Por ejemplo en El Salvador en el nivel Municipal los Consejos Intersectoriales Municipales, en los Departamentos los (Consejos de Gestión Departamental) y en el nivel nacional la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD técnica y política). Esto estimula a que las formas organizativas de la comunidad en el nivel local deben evolucionar rápidamente a formas más complejas de organización, que a su vez generan nuevas formas igualmente complejas de participación y de abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud en esos niveles. Es debilitarlas comunidades y sus aspiraciones de equidad pretender que la organización en los niveles locales no se articule con otros niveles locales para generar organizaciones departamentales y que estos a su vez no se organicen con otros departamentales para generar formas nacionales de

⁵⁰ OMS. Comisión de determinantes sociales de la salud. Resumen del informe final. Septiembre de 2008.

⁵¹ Barten F. And Espinoza E. Rescue of Local Experiences in El Salvador and Nicaragua for the Health Sector Reform Process. 1998.

presión y lucha por el control de los Determinantes Sociales de Salud. Si esto no se estimula y sistematiza los Consejos de Gestión Departamental y organismos como CISALUD corren el riesgo de convertirse en instancias que manipulen la participación social.

APS y Organismos No Gubernamentales (ONGs).

Durante los años 90 predominaba el enfoque de APS selectiva. Muchas Organizaciones No-Gubernamentales (ONG) en El Salvador, surgieron después del conflicto armado ejecutando programas específicos como materno-infantiles (PROSAMI), agua y saneamiento, VIH/SIDA. Generalmente con fondos de AID o UNICEF pero también con apoyo financiero de la cooperación internacional.

Existen ONG que continúan apoyando el desarrollo local de las comunidades, fortaleciendo las capacidades para la toma de decisiones y el empoderamiento de las mismas.

Aspectos Referenciales.

Contexto geográfico y socioeconómico del departamento de Chalatenango y de la comunidad de Guarjila.

El departamento de Chalatenango está ubicado al norte del país, fronterizo con Honduras con una extensión territorial de 2016.58 km². Es el departamento más grande del país y uno de los más pobres: 9 de cada 10 personas son pobres, con menos desarrollo de sus fuerzas productivas y una economía basada en agricultura de subsistencia, deforestado y sin ningún desarrollo industrial.⁵²

De acuerdo al mapa de pobreza elaborado por FLACSO en el 2005, diez municipios estaban en pobreza extrema severa y once en pobreza extrema alta, la mayoría concentrados en la zona nororiental del departamento, convirtiéndose en el

⁵² Arias Peñate JS. Atlas de la pobreza y la Opulencia en El Salvador. 1ra. ed. San Salvador: Talleres gráficos UCA; 2010. pp 341,354.

departamento con la mayor cantidad de municipios en pobreza extrema severa y alta respectivamente⁵³.

La región es montañosa con tierras pedregosas y difícilmente cultivables por su baja fertilidad. Las cosechas de maíz, frijol y arroz nunca han alcanzado para la subsistencia. Por eso los pobladores tuvieron que trabajar como jornaleros en otras partes del país en las cortas de café⁵⁴ y caña.⁵⁵ Existe una gran migración poblacional mayormente hacia los Estados Unidos⁵⁶, y a pesar de las continuas deportaciones de inmigrantes salvadoreños por el gobierno de EEUU, se mantiene el flujo migratorio ilegal de jóvenes y familias enteras de estas comunidades hacia el norte, convirtiéndose casi en la única posibilidad para mejorar sus condiciones de vida.

La comunidad de Guarjila es un cantón rural que pertenece a la cabecera departamental de Chalatenango, ubicado a ocho kms de la ciudad, tiene una población campesina de 1800 habitantes de la cual más de la mitad son mujeres. Al igual que otras comunidades pobres y rurales del país, subsisten de la agricultura, ganadería y remesas familiares. Cuenta con servicios básicos públicos que incluyen agua potable, energía eléctrica, escuela de primaria y secundaria, un centro de salud, una radio comunitaria y telefonía. Más del 90 % de los habitantes son repobladores que estuvieron refugiados en Honduras durante los primeros años del conflicto armado.

⁵³ FLACSO Programa El Salvador/Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local en El Salvador, FISDL. Mapa de pobreza: Política social y Focalización. 1ra ed. San Salvador; 2005.

⁵⁴ Asociación Equipo Maíz. El Salvador en Cifras y trazos. 1ra ed. San Salvador: Equipo de educación Maíz; 1996.

⁵⁵ Martínez Peñate, O. El Salvador: Historia General. 1ra. ed. San Salvador: Nuevo Enfoque; 2002. p.76

⁵⁶ CEPAL, IUDOP, GTZ. Oferta, demanda e intermediación laboral: aportes para la integración de jóvenes al mercado de trabajo salvadoreño. [Internet]. San Salvador: CEPAL; 1996. p. 96, 104. Available from: <http://www.uca.edu.sv/publica/iudop/libros/Ofertademanda.pdf>

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio.

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

Población de Estudio.

Está compuesta de población campesina que comprende 1800 habitantes de la cual el 52 % son mujeres y el 48 % hombres.

Objeto de Estudio.

Se sistematizó la experiencia de salud de la comunidad con énfasis en el proceso histórico de construcción, en los procesos organizacionales; y el contexto político, económico, social y cultural en el que se ha desarrollado. También se identificaron elementos relacionados con la Atención Primaria en Salud Integral. En el estudio participaron habitantes de la comunidad, con quienes se reconstruyó la memoria histórica del proceso de construcción y desarrollo del sistema de salud comunitario.

Marco Muestral.

Para la sistematización de la experiencia se seleccionaron los siguientes actores e informantes claves:

1. Seis pobladores de Guarjila que fueron directivos durante y después de la repoblación.
2. Seis directivos en funciones al momento de realizar la recolección de la información.
3. Ocho Promotoras de Salud del equipo de salud actual de Guarjila.
4. Dos expromotores/as de Salud del Municipio de Arcatao.
5. Cuatro ex-promotoras de salud del Municipio San José Las Flores.
6. Siete maestros populares del Centro Escolar de Guarjila.

Ejes de sistematización.

Se definieron tres ejes de sistematización:

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

Preguntas de investigación.

Partiendo de los objetivos y los ejes de sistematización se elaboraron las siguientes preguntas generadoras:

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

Tabla No. 2 Matriz de descriptores de la Experiencia en Salud Comunitaria.

CRITERIOS	DESCRIPTORES	SUBDESCRIPTORES
Características esenciales de la comunidad	1- Surgimiento de la comunidad	1.1 Repoblación en el contexto de la guerra 1.2 Actores internos y los externos de influencia.
	2- Cohesión social	2.1 Identificación individual y colectiva 2.2 Comportamientos, valores y creencias culturales
	3- Concepto de salud.	3.1 Percepción que es salud. 3.2 Medicina tradicional.
	4- Condiciones de vida.	4.1 Vivienda y servicios básicos. 4.2 Seguridad alimentaria. 4.3 Educación, Salud 4.4 Empleo, Ingreso familiar. 4.5 Medio ambiente.
Contexto económico	1) Ingreso económico. 2) Fuentes de ingreso. 3) Empleo. 4) Dolarización. 5) Tratados comerciales. 6) Propiedad de la tierra y vivienda. 7) Pobreza. 8) Costo de la Vida	1.1 Nivel de ingreso. 2.1. Agricultura y ganadería. 2.2 Remesas familiares. 2.3 Microempresas. 3.1 Tipos de empleo. 4.1 Inflación. Alto costo de la vida, 5.1 Inequidades económicas. 5.2 Privatizaciones. 6.1 Formas de propiedad. 7.1 Nivel de pobreza. 8.1 Capacidad adquisitiva.
Contexto político	1) Conflicto armado. 2) Acuerdos de paz. 3) Identidad política.	1.1 Represión. 2.1 Oportunidades. 2.2 Concertación. 3.3 Estigmatización y marginación.
Contexto social y cultural	1) Migración. 2) Movilización social. 3) Convivencia social. 4) Delincuencia.	1.1 Desintegración familiar. 1.2 Transculturización. 2.1 Megaproyectos/TLC/Represión Derechos humanos/Política económica. 3.1 Expresión de arte popular. 3.2 Formas de convivencia. 3.3 Conflicto social. 4.1 Violencia y criminalidad.
	1) Participación social y Organización comunitaria.	1.1 Formas y mecanismos de participación. 1.2 Como y quienes toman las decisiones. 1.3 Niveles y tipos de decisiones. 1.4 Como se distribuyen las responsabilidades. 1.5 Como se ejerce la contraloría social. 1.6 Como eligen los organismos de dirección. 1.7 Marco jurídico.
Procesos	2) Intersectorialidad. e 3) Integralidad	2.1 Sectores que participan 2.2 Mecanismos de intersectorialidad. 2.3 Planificación y evaluación participativa. 3.1 Enfoque de salud y determinantes. 3.2 Enfoque de desarrollo local.

Matriz de descriptores (continuación)		
CRITERIOS	DESCRIPTORES	SUBDESCRIPTORES
	4) Solidaridad y Equidad	4.1 Desigualdades 4.2 Capacidad de cohesión e integración social. 4.3 Elementos de justicia social en la comunidad.
	5) Sostenibilidad.	5.1 Capacidad resolutive local. 5.2 Viabilidad financiera. 5.3 Mecanismos de gestión de recursos. 5.4 Dependencia externa. 5.5 Alianzas y coordinación 5.6 Empoderamiento.
Resultados en la Salud de la Población.	1- Impacto (efecto inmediato) y resultados en salud (efecto de largo plazo) ⁵⁷ . 2-Funcionalidad.	1.1 Mortalidad infantil. 1.2 Mortalidad Materna. 1.3 Desnutrición infantil. 1.4 Incidencia de diarreas en menores de 5 años. 1.5 Prácticas de autocuidado. 1.6 Adopción de nuevas conductas en salud. 1.7 Percepción de bienestar. 2.1 Organización de Programas, estrategias y acciones.
Relevancia	1. Incidencia.	1.1 Capacidad para construir y desarrollar la salud de la comunidad. 1.2 Capacidad de Incidencia política de la experiencia en otros ámbitos. 1.3 Oportunidades y amenazas externas. 1.4 Influencia externa y adaptación.
Componentes de la APS-I presentes en la experiencia.	1- Valores 2- Principios. 3- Elementos	1.1 Derecho a la salud. 1.2 Solidaridad. 1.3 Equidad 2.1 Capacidad resolutive. 2.2 Calidad. 2.3 Participación 2.4 Intersectorialidad. 2.5 Sostenibilidad 2.6 Justicia social 2.7 Responsabilidad y rendición de cuentas. 3.1 Cobertura y universal accesibilidad 3.2 Atención integral e integrada. 3.3 Promoción y prevención. 3.4 Orientación familiar y comunitaria. 3.5 Recursos humanos adecuados. 3.6 Organización y gestión óptimas. 3.7 Sostenibilidad financiera.

⁵⁷ OPS. Evaluación de la promoción de la salud. Cap. 18. Evaluación del impacto en la salud. Washington, 2007.

Métodos y Técnicas de obtención de la información.

Se utilizó el método Etnográfico, el cual permitió extraer e identificar las prácticas de los grupos comunitarios, sus estructuras organizacionales, sociales, educativas, sanitarias y económicas, además en la recuperación de la Memoria Histórica, se reconstruyeron las experiencias de las personas a partir de testimonios o historias orales individuales hasta reconstruir la memoria histórica colectiva, de forma participativa. Los investigadores también hemos sido integrantes de la comunidad y miembros activos del equipo de salud después de la firma de los Acuerdos de Paz.

Técnicas.

- a) Entrevistas en profundidad.
- b) Grupos focales
- c) Observación participante.
- d) Revisión documental: literatura Gris
- e) Revisión bibliográfica.
- ƒ) Revisión de Material audiovisual

Las entrevistas en profundidad y los grupos focales se realizaron preguntas abiertas, donde el facilitador guio a los participantes mediante una guía estructurada, para facilitar la obtención de la información. El proceso se complementó con los documentos de literatura gris, bibliográfica y material audiovisual.

Fuentes.

Fuentes Primarias.

Pobladores y Actores claves internos: Líderes y lideresas, grupos comunitarios de los diferentes sectores organizados, Equipo de salud, profesores del centro escolar Organismos de dirección comunitaria y regional.

Actores Claves Externos: Organizaciones del movimiento social, ONGs, Iglesia Católica.

Fuentes Secundarias.

- a) Documentos de literatura gris, internos de la Clínica Ana Manganaro: planes de trabajo de la experiencia de salud de Guarjila, informes anuales propios de la experiencia de salud de Guarjila, documentos de proyectos, diagnósticos comunitarios, perfiles de salud, planes de intervenciones específicas, documentos de monitoreo o evaluaciones, convenios.
- b) Documentos externos a la Clínica Ana Manganaro: documentos de la **Asociación de Desarrollo Comunal**, documentos de Organizaciones del Movimiento social: Coordinadora de Comunidades y Repoblaciones (CCR), PROVIDA, Comité Cristiano Pro-Desplazados de El Salvador (CRIPDES), Asociación para la Cooperación y el Desarrollo Comunal de El Salvador. (CORDES), documentos de organismos de Iglesias (Comisión Diocesana de la Pastoral en salud de Chalatenango, CODIPSA y Comisión Arquidiocesana de la Pastoral en Salud, (CAPS).

Instrumentos de obtención de información.

- a) Guía de Revisión documental.
- b) Guía de Revisión Bibliográfica.
- c) Guía de Entrevistas en profundidad.
- d) Guía de observación participante.
- e) Guía de entrevista a grupos Focales.

Procedimiento.

La información se recopiló según el siguiente Plan:

- Recolección de información de los actores claves internos seleccionados (ver tabla No.2 de anexos), a través de las entrevistas a profundidad, Grupos focales y la observación participante. Los grupales focales se reunieron en tres ocasiones con duraciones entre dos y tres horas cada uno. Para los actores claves individuales se hicieron entrevistas a profundidad. Durante el análisis de la información, hicieron visitas o llamadas telefónicas a los

participantes para aclarar o corroborar información que no era muy entendible o había confusión, especialmente con fechas y lugares.

- La pesquisa documental y bibliográfica se realizó seleccionando los documentos y bibliografía pertinentes de acuerdo a las fuentes señaladas en la tabla No. 3 de los anexos. La revisión bibliográfica comprendió artículos publicados en revistas nacionales e internacionales, estudios publicados relacionados y estudios en curso que aportaban información relevante. También se realizó búsqueda en la Web, para revisión de la prensa nacional y páginas de ONGs u organizaciones nacionales e internacionales que hacen referencia a la comunidad de Guarjila y a la experiencia de salud comunitaria.

Procesamiento y análisis de la información.

El procesamiento y el análisis de la información se realizó mediante los siguientes pasos:

a) Ordenamiento y clasificación de la información.

La información se ordenó y clasificó cronológicamente según sucedieron los hechos en el tiempo:

- **Contexto y antecedentes de la población** que conforman la comunidad de Guarjila, que comprende un período aproximado entre 1980 a 1987.
- **Período de la repoblación de la Comunidad, 1987-1992.** Que comprende desde la repoblación de la comunidad hasta la firma de los acuerdos de paz y la finalización del conflicto armado.
- **Período de la posguerra desde 1992-2007.** Que comprende el cumplimiento de los acuerdos de paz, la reconstrucción de las comunidades, y las diferentes facetas históricas del País a partir de esa fecha, período en el cual se consolidó la experiencia de salud estudiada.

b) Descripción del proceso histórico de la construcción del sistema de salud popular tomando como base los descriptores y subdescriptores predefinidos.

- c) **Descripción y análisis de los elementos significativos** del contexto político, económico y social; los procesos y momentos de cambio.
- d) **Identificación de los indicadores de resultados** tomando como referencia los componentes de Atención Primaria de Salud Integral.

Consideraciones éticas.

Previo a la recolección de la información se explicó el objetivo y la metodología de la investigación a la Junta Directiva de la Comunidad, a la Asamblea Comunitaria y al Equipo de Salud.

Las entrevistas y los grupos focales se realizaron con el consentimiento de las personas participantes, quienes participaron voluntaria y activamente.

La consulta de documentos en la “Clínica Ana Manganaro” se realizó con el permiso del Equipo de Salud, quienes facilitaron el material pertinente, entre documentos, fotografías y audiovisuales.

Después que se recopiló y procesó la información se organizó un foro comunitario, para la devolución de los resultados.

Los dos investigadores son parte de los involucrados en la experiencia de salud estudiada, uno de ellos estuvo involucrada durante la guerra y posterior a los acuerdos de paz, el segundo investigador ha trabajado desde el 2003 en la comunidad y es miembro del equipo de Salud.

V- RESULTADOS.

Surgimiento de la comunidad: Repoblación en el contexto de la guerra, actores internos y externos de influencia.

Guarjila que en Nahuatl significa “Rincón Hermoso” es uno de los asentamientos humanos rurales repatriados durante la guerra, en una de las zonas exconflictivas que estuvieron bajo control de la exguerrilla del FMLN durante la década de los ‘80 hasta 1992. Está ubicada al oriente del departamento de Chalatenango y pertenece a un grupo de comunidades denominadas “*Comunidades organizadas*”, originadas antes, durante y después del conflicto político-militar salvadoreño, en las décadas de los ochenta y noventa. Son agrupamientos poblacionales que comparten ciertas características en su origen, sus formas de convivencia y ciertos estilos de vida. Algunas comunidades tienen origen religioso como las Comunidades Eclesiales de Base (CEBES) o el movimiento revolucionario como El Bloque popular Revolucionario (BPR), la Unión de Trabajadores del Campo (UTC) y la Federación de campesinos salvadoreños (FECAS).

Factores que obligaron a los pobladores abandonaran el país en la década de los 80.

En la década de los años 70 surgieron diferentes movimientos organizados como respuesta a los regímenes militares, la marginación social y la represión. Estos movimientos al agotar las vías de lucha social pacíficas se volvieron beligerantes para defenderse de la represión y presionar al estado para el respeto a los derechos humanos, la reforma agraria, incrementos salariales y por un régimen democrático. Esto llevó al inicio de la guerra civil, la cual se agudizó a principios de los años 80. La agudización del conflicto armado facilitó la unión de las cinco fuerzas guerrilleras surgidas, dando como resultado la formación del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN) y la creación de unidades guerrilleras capaces de enfrentar a las fuerzas armadas gubernamentales y los grupos paramilitares. Esto llevó a un nuevo escenario la lucha social que libraba el pueblo salvadoreño.

El nuevo ejército guerrillero pasó de una lucha defensiva a ofensiva de forma progresiva, conquistando espacios territoriales liberados, llamadas “zonas controladas”, que fueron utilizadas como retaguardia. El FMLN creó unidades especiales de vanguardia que debilitaban sistemáticamente a los militares, paramilitares y al gobierno. La respuesta del estado, fue aumentar la represión hacia la población civil, especialmente a la población organizada con el argumento que combatían al comunismo internacional.

Esto produjo que la mayoría de la población de las comunidades de los municipios del nororiente de Chalatenango fronterizos con Honduras se vieran obligados a abandonar el país a finales de 1980 y principios de 1981, por la represión del ejército gubernamental, la guardia Nacional, Policía de Hacienda y otras estructuras militares y paramilitares como ORDEN y los “escuadrones de la muerte”. *“En 1980, la policía de Hacienda con los paramilitares que estaban en Cancasque, quemaron mi casa y así fue como me fui a dormir a los montes”.*

“Los espacios de protesta y demanda por los derechos humanos universales fueron progresivamente acallados con la militarización de la sociedad y la represión, que alcanzó niveles intolerantes, que generaron en la década de los 70, el surgimiento de las organizaciones político-militares y los movimientos de masas que culminaron a partir de 1981 en un franco enfrentamiento armado entre el ejército y el movimiento guerrillero”. Fue en esa época, que el Arzobispo de la Arquidiócesis de San Salvador, Monseñor Oscar Arnulfo Romero se convirtió en el defensor más radical de los pobres y mantuvo una posición clara en contra de la represión, se solidarizó con las víctimas y el pueblo, hasta que fue asesinado por un grupo paramilitar en 1980.

En este contexto, la región nororiente de Chalatenango quedó prácticamente deshabitada a comienzos del conflicto armado, 1980-1981.

Gran parte de la población organizada se vio obligada a cruzar la frontera hondureña como consecuencia de la represión que dio origen a las grandes masacres, como la del *Río Sumpul* en el cantón las Aradas en Mayo de 1980 donde fueron asesinados más de 600 campesinos entre hombres, mujeres, niños y ancianos. Esta población sufrió represión, carencia de alimentos, vivienda, servicios básicos, vestido y otros

enseres de sobrevivencia, obligándolos a abandonar el país y a refugiarse en Honduras. Varias familias hondureñas que vivían cerca de la frontera, brindaron hospitalidad, alimentación y resguardo a los salvadoreños que huían de la represión. La Iglesia Católica hondureña a través de Cáritas, fue una de las primeras instituciones que apoyaron a esta población con alimentos, medicinas y carpas. Otros pobladores migraron al interior del país o los Estados Unidos.

La población que cruzó la frontera permaneció allí alrededor de un año, viviendo con familias hondureñas o en pequeños campamentos improvisados por los pobladores. Posteriormente, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), apoyó para trasladar a las familias desde la frontera hasta el Refugio de Mesa Grande, en Honduras, ubicado a unos 75 kilómetros, para protegerlos de la persecución y represión que sufrían por el ejército hondureño. A varias familias refugiadas, el ejército hondureño les persiguió, violó a mujeres, capturó, torturó, desapareció, asesinó y entregó a muchos pobladores al ejército salvadoreño. Algunas familias no aceptaron refugiarse en Honduras y decidieron regresar a El Salvador, para incorporarse a las estructuras de apoyo en los campamentos guerrilleros. Durante la estancia en la frontera muchos de los hombres y mujeres que estaban incorporados en las estructuras guerrilleras, cruzaban la frontera de forma clandestina para visitar esporádicamente a sus familias.

Resolviendo las necesidades en el refugio.

La población refugiada buscó soluciones para resolver las necesidades inmediatas antes de irse para el refugio de Mesa Grande. Comenzaron de forma incipiente a resolver los problemas de salud, educación, producción, seguridad y organización, asignando responsables para cada una de las áreas.

En el refugio de Mesa grande, estas acciones se vieron fortalecidas y fueron mejor organizadas. “la gente se organizó como aprendices de oficio: promotores de salud, maestros populares, hojalateros, carpinteros, zapateros, sastres, etc.” Convirtiéndose en un ejercicio de organización, sobrevivencia y aprendizaje mientras permanecieron refugiados. “No fue cosa fácil, en un primer momento teníamos una sola fosa

sanitaria, y había que hacer cola porque no alcanzaba, y la gente prácticamente tenía que hacer sus necesidades en el suelo, entonces era el riesgo de una epidemia en el corto tiempo.”

Las Repatriaciones y las nuevas comunidades: Las Repoblaciones.

Las comunidades repobladas surgieron como consecuencias de la guerra y se originaron a partir de las *repatriaciones*, los retornos de *desplazados* y las *desmovilizaciones del ejército guerrillero*.

A finales de 1985, grupos de familias desplazadas y refugiadas al interior y exterior del país comenzaron a organizar el retorno a sus lugares de origen. El Comité Cristiano Pro-Desplazados de El Salvador (CRIPDES) y la Coordinadora Nacional de Repoblaciones (CNR), iniciaron una campaña organizada para exigir los derechos de los refugiados y los desplazados a vivir pacíficamente en sus lugares de origen. En Junio de 1986, CRIPDES, coordinó el primer retorno colectivo de un grupo de pobladores refugiados en “*Calle Real*” en San Salvador hacia El Municipio de San José Las Flores en Chalatenango. Posteriormente, entre 1986 y 1988, CRIPDES y la CNR coordinaron treinta repoblaciones exitosas, desde diferentes campamentos de refugiados en Honduras y Nicaragua.

Cada retorno implicó difíciles y largas negociaciones entre el Gobierno salvadoreño, la Fuerza Armada, el FMLN, el ACNUR, el Comité Internacional de Cruz Roja (CICR), líderes religiosos como el Arzobispo de San Salvador Arturo Rivera y Damas; y organizaciones sociales humanitarias nacionales e internacionales. CRIPDES y la CNR fueron las principales organizaciones sociales salvadoreñas que encabezaron la lucha de retornar a sus lugares de origen. CRIPDES, fue la organización social que organizó, apoyó y acompañó a los pobladores en la búsqueda de solución de las necesidades básicas como los lugares para los asentamientos humanos, organización, alimentación, salud, educación, vivienda y seguridad. Asimismo, coordinó grupos de voluntarios internacionales cuya presencia en el retorno ayudó a asegurar el regreso seguro y el reasentamiento de los desplazados. Estos voluntarios dieron origen a los hermanamientos entre comunidades conocidos como

“Ciudades Hermanas” principalmente de Europa, Estados Unidos y Canadá, con comunidades retornadas en El Salvador que permaneció por muchos años como cooperación técnica, financiera e intercambios; además sirvió para que ellos fueran portavoces de los atropellos a los derechos humanos como la prohibición de ingresar alimentos, medicinas, enseres domésticos y personales y materiales de construcción; y las frecuentes capturas, incursiones militares, saqueos, destrucción de los cultivos y bombardeos dirigidos especialmente repoblaciones.

Los responsables de la organización de los retornos no se identificaban públicamente por seguridad, debido a que los oficiales del ejército buscaban a los líderes y lideresas para capturarlos o asesinarlos. Estos líderes eran protegidos por la misma población, “cuando los militares en la frontera preguntaban quiénes eran los líderes que dirigían los retornos, la población decía que todos eran responsables, y no daban los nombres de quienes guiaban el retorno desde Honduras ni de los dirigentes nacionales e internacionales que los esperaban en las fronteras”.

A partir de 1986, la zona nor-oriente de Chalatenango comenzó a repoblarse con un masivo y organizado retorno de refugiados coordinado por CRIPDES y la CNR, apoyados por la iglesia católica, luterana y otras; y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).

Las repoblaciones de Chalatenango se constituyeron con población repatriada de los refugios en el exterior y con población refugiada al interior del país. Posteriormente, cuando finalizó la guerra la mayoría de los excombatientes desmovilizados y lisiados de guerra de la ex-guerrilla también se integraron a estas comunidades. La repoblación de Guarjila y otras repoblaciones se constituyeron con población procedentes del refugio de Mesa Grande, Honduras. La mayoría de pobladores que se asentaron en Guarjila no eran originarios de ahí. Antes de la guerra vivían en distintos municipios, entre ellos Arcatao, San Antonio de la Cruz, San José Las Flores, Nueva Trinidad, San Isidro Labrador, Las Vueltas y Ojos de Agua, todos de la zona nororiente de Chalatenango y otros departamentos como Cabañas, Cuscatlán y San Vicente. La mayoría de estas comunidades, sufrieron la misma represión durante la guerra, pero su experiencia varía de acuerdo al nivel de

involucramiento durante el conflicto armado. La mayoría de esta población o sus familiares participaron activamente en el movimiento de masas, en alguna estructura de apoyo o unidades de la guerrilla.

Las comunidades de desmovilizados.

Son comunidades compuestas principalmente por excombatientes del FMLN, que se desmovilizaron con los acuerdos de Paz, como El Arrozal en el Municipio de Nueva Concepción en Chalatenango. Algunas comunidades, también están compuestas solamente por exmilitares desmovilizados tal como la Comunidad El Sol en Chalatenango y otras que tienen poblaciones mixtas de excombatientes como las comunidades de Mariño II y Nuevo Amanecer en Usulután. La mayoría de estas comunidades se establecieron en los lugares donde se les brindó acceso a la tierra mediante el Programa de Transferencia de Tierras (PTT).

Las primeras acciones en la repoblación de Guarjila: Formas y mecanismos de organización y participación comunitaria.

El retorno de la población que permaneció refugiada en Honduras que hoy habita Guarjila, fue organizado por un grupo coordinador que condujo todo el proceso hasta llegar a la comunidad. Este grupo coordinador y otros líderes más, conformaron la primera directiva comunal, responsable de guiar a la comunidad a partir del asentamiento en octubre de 1987, durante el conflicto armado. Posteriormente, la directiva comunal organizó en grupos de 10 familias a toda la población, cada grupo tenía un coordinador el cual era el enlace entre las familias y la directiva comunal. Cada grupo de familias fue instalado en un sector donde posteriormente construyeron sus efímeras viviendas de zacate y bahareque. Fue indispensable la organización y el trabajo colectivo, para sobreponerse a las grandes dificultades con que se encontraron a la llegada a Guarjila.

La directiva comunal estaba conformada por varios miembros y cada uno era responsable de un área en particular: seguridad, construcción, producción, salud, educación, agua, organización, finanzas, conflictos, enlace con los grupos de la

solidaridad, etc. Cada coordinador de grupo se reunía con sus familias para identificar necesidades u organizar actividades para resolverlas como alimentación, vivienda entre otras, además informaban los acuerdos de la Junta Directiva.

La directiva se reunía una vez cada semana con los coordinadores de grupos para “recibir informes de cada sector e informar de las futuras acciones a realizar. Este mecanismo fue indispensable para organizar la construcción de las viviendas, las letrinas, instalar tuberías para el agua, construir las galeras para la escuela, producir alimentos y resolver los problemas de salud, etc”. Así mismo, organizaron otros grupos para trabajar en talleres de zapatería, sastrería, carpintería, hojalatería, etc. Aprovechando las habilidades que cada poblador había aprendido durante la permanencia en el refugio de Honduras. Así, *“si alguno era maestro tenía que estar dispuesto a venir a dar clases en las condiciones que había, el que era hojalatero hacía candiles o huacales para todos, de esta forma toda la población desde niños y niñas, jóvenes, mujeres y hombres tenían una tarea que realizar cada día”*.

Desde el inicio, toda la población trabajó colectivamente para resolver sus necesidades vitales desde la alimentación, agua y la vivienda. *“Hasta que la guerra finalizó se trabajaba todo colectivamente, el que iba a trabajar para el proyecto de agua sabía que trabajaba para todos, el que iba a trabajar en el proyecto de maíz y los frijoles, sabía que iba a trabajar para los que estaban trabajando en el proyecto de agua y así pues, o sea que uno trabajaba para todos y todos para uno”*.

Las estructuras de la organización comunitaria.

Directiva Comunal, (ahora Junta Directiva): Fue y es el motor principal de la comunidad, es la máxima autoridad elegida por la población. Sus principales funciones han sido la representación legal de la comunidad, la coordinación de todos los grupos o sectores y grandes áreas organizadas como salud y educación; la gestión de proyectos, mantener la cohesión social, el enlace con la organización regional y nacional, y el vínculo con los grupos de la solidaridad.

La junta directiva de la actual Asociación de desarrollo comunal (ADESCO), es legalmente constituida mediante el marco Jurídico Nacional de Asociaciones

Comunales. Está conformada por ocho miembros/as propietarios/as y ocho suplentes distribuidos como secretaría general o presidente, secretaría de asuntos legales, de salud, de educación, de Actas, de finanzas, de la mujer, y de hermanamientos.

Organización de las familias por sectores, cada sector contaba con un coordinador elegido por las familias del mismo. Se reunían una vez a la semana y el coordinador transmitía las necesidades, aportes, propuestas o sugerencias a la junta directiva.

Áreas de trabajo: las cuales eran distribuidas según las habilidades y el interés de cada uno/a. Entre las principales áreas identificadas están: Salud, educación, seguridad, producción, cocina, guardería, agua y saneamiento, construcción, zapatería, sastrería, carpintería, panadería, hojalatería y bodega.

Mecanismos para la toma de decisiones.

Reuniones ampliadas: Conformadas por los coordinadores de sectores y áreas, otros líderes y la directiva. El objetivo de estas consistía en discutir los temas más trascendentales de la comunidad, en una especie de consulta y debate, antes de transmitirlo a la asamblea comunitaria. Este mecanismo de diálogo y toma de decisiones aún se mantiene.

Asamblea General Comunitaria. Es la máxima autoridad de la comunidad, donde se discuten, debaten y toman las principales decisiones para el desarrollo de la comunidad. La forman todos los habitantes de la comunidad. Se reúne de forma ordinaria una vez al mes y de forma extraordinaria cuando la Junta directiva o un área de trabajo en particular necesita presentar, discutir y aprobar temas de interés de la comunidad.

Estructuras organizadas de carácter más permanente.

Área de Salud: Conformada por todas/os los trabajadoras/es de salud de la Clínica "Ana Manganaro" actualmente *Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada. "Ana Manganaro"*. El Equipo de salud tiene un miembro representante en la Junta Directiva de la ADESCO.

Área de Educación: Equipo de Educación. Conformado por los docentes del Centro Escolar de Guarjila, quienes durante y posterior a la Guerra funcionaban con maestros/as populares. También tiene representación en la Directiva comunal.

Equipo de Rehabilitación Basada en la Comunidad. Conformado por las promotoras y técnicas del Centro de Rehabilitación.

Cooperativa “Héroes del 14 de mayo”. Trabajan en la agricultura, ganadería y cultivo de tilapia.

Asociación de padres del Centro Escolar. Es una directiva de madres y padres de alumnos que apoya a los maestros en actividades propias de la escuela y la cocina del centro escolar.

Grupo de Jóvenes “El tamarindo”. Este grupo está organizado desde hace más de 12 años y funciona en un centro comunitario. Sirve de espacio de convivencia para jóvenes, formación y práctica de deportes: gimnasia, ciclismo, atletismo, Hockey, etc.

Grupo de Teatro Juvenil “Nuevas Vidas Teatro”. Es un grupo de jóvenes de la comunidad, organizado en los últimos años para hacer teatro popular. Rescatan la memoria histórica de la comunidad y del pasado conflicto armado a través de sus obras teatrales.

Estructuras organizadas de carácter temporal.

Comités de desarrollo local: Estos comités son delegados por la Directiva Comunal y la asamblea comunitaria para que trabajen en temas específicos y propongan soluciones y posteriormente someterlos a la asamblea comunitaria para su discusión, modificación y aprobación.

Mecanismo de elección de los organismos de dirección.

La Directiva comunal, es el organismo principal de dirección y sus miembros son electos por voto comunitario. Cada candidato propuesto era previamente elegido por cada área o sector de la comunidad y luego era propuesto en la asamblea, la votación se realizaba a mano alzada. Cada directiva tiene una duración de dos años legalmente, con derecho a ser reelegido.

Este mecanismo de elección se mantuvo hasta el año 2004 y a partir de entonces se estableció un mecanismo más democrático; dos meses antes de finalizar el período la directiva en funciones convoca a una reunión ampliada de áreas, líderes y lideresas para elegir una comisión electoral que será la responsable de realizar el proceso de elección de la nueva Junta Directiva. Esta comisión hace una convocatoria escrita a las áreas y grupos organizados para que propongan un candidato/a de su sector o grupo, simultáneamente los miembros de la comisión realizan reuniones en los 11 sectores geográficas en que está dividida la comunidad para que cada uno haga su propuesta (cada sector tiene entre 40 y 60 familias). Al final la lista de candidatos suman entre 20 y 25. La elección se realiza un día domingo, utilizando papeletas de votación con el nombre y fotografía de los candidatos. Cada poblador asiste a votar secretamente por sus candidatos preferidos y al final del día se realiza el escrutinio. Posteriormente se realiza una asamblea comunitaria para presentar y juramentar a la nueva junta directiva; el área de Salud siempre presenta candidata y ha sido electa en las últimas cuatro directivas.

Marco jurídico de la Junta Directiva.

Durante los años 88 y 89 todas las directivas de las comunidades de la zona iniciaron el proceso de legalización apoyados por la Organización regional, Coordinadora de Comunidades y Repoblaciones de Chalatenango (CCR), hasta obtener la personería jurídica. La nueva entidad jurídica llamada Asociación de Desarrollo Comunal (ADESCO), requería de estatutos que debían ser avalados en ese entonces por el Gobierno Central a través del Ministerio del Interior. Estas asociaciones debían conformarse por más de 25 personas con una Junta directiva. La figura legal de ADESCO es la que sigue funcionando actualmente, regulada actualmente por el Código Municipal en los artículos 119-123.

Durante la guerra y en el periodo inmediato pos conflicto, el proceso de legalización era lento y costoso debido a que el gobierno de turno obstaculizaba la legalización de Asociaciones por considerarlas entes subversivos colaboradores de la Guerrilla.

Resolución de las necesidades desde el inicio del asentamiento (1987).

Vivienda y servicios básicos:

Desde el inicio de los años ochenta, los servicios básicos fueron suspendidos en toda la zona nororiente del departamento de Chalatenango, no había agua potable, servicios de salud, escuela, transporte público, energía eléctrica, teléfono, etc.

Cuando la población retornó de Honduras a Guarjila el 12 de Octubre de 1987 en pleno conflicto armado, encontraron el lugar deshabitado, con pocas viviendas de adobe deterioradas sin ningún servicio básico. El terreno que posteriormente sirvió para la construcción de las viviendas se encontraba lleno de maleza, zacate y fangos que lo hacían intransitable e inhabitable, muchas familias dudaron construir sus viviendas en tales condiciones; estas condiciones se derivan de las características topográficas y geológicas del lugar con una superficie plana y suelo arcilloso con acumulación de agua en casi dos kilómetros cuadrados. En estas condiciones se asentó la población, y comenzaron a organizarse para resolver temporalmente las necesidades de vivienda, alimentos, abastecimiento de agua, atención en salud y seguridad, debido a que “la reserva de alimentos que traían del refugio solo alcanzaba para pocos días, en ese momento recibieron apoyo de CRIPDES, el Arzobispado, la Iglesia Católica y Luterana, ACNUR y organismos de la solidaridad Internacional”, como lo recuerda un miembro de la Junta Directiva de esa década. *“Durante ese tiempo llovía mucho y una de las primeras necesidades a resolver fue la construcción de viviendas temporales de manera colectiva, donde toda la población que podía trabajar participó”.*

Vivienda: Desde la choza de bahareque hasta la construcción de viviendas permanentes.

Los materiales para la construcción de las primeras viviendas temporales fueron proporcionados por la iglesia católica y luterana, y otros grupos de solidaridad; consistían en la dotación de láminas para el techo, cañas, bambú, madera y clavos para las paredes. Estas viviendas fueron construidas con paredes de bahareque,

techo de lámina o zacate y piso de tierra y eran distribuidas a cada familia mediante rifas. *“Tuvimos los materiales de construcción y el lugar para construir, al inicio se construyeron champas de zacate, con cuatro y seis horcones, cada familia cortaba el zacate y lo ponía, y así había terminado en dos o tres días la vivienda temporal; las familias se ayudaban entre ellas, nos ayudábamos a ir a traer madera, a construir el ranchito y así, hacíamos una construcción bien ligerito por toda la gente. En ese momento estaban viniendo los materiales de construcción para hacer una casita cerrada de madera, y forrarla con madera, lodo y varas de bambú, bueno ese grupo construyó un montón de viviendas las cuales se distribuían mediante una rifa, para que no hubieran familias descontentas”*

Algunos años después de los acuerdos de paz, inició la construcción de las viviendas permanentes, el proceso de construcción de las viviendas más dignas se realizó a través de la gestión de la comunidad, con el apoyo del sacerdote Jesuita Jon Cortina, de instituciones nacionales e internacionales, grupos de solidaridad y el esfuerzo propio de las familias.

Las primeras viviendas con materiales duraderos fueron construidas a partir de 1994 con la cooperación de Plan Internacional, la Asociación para la Cooperación y el Desarrollo Rural de El Salvador (CORDES) y la Fundación Salvadoreña de desarrollo y vivienda mínima (FUNDASAL). Plan Internacional focalizó su apoyo a las familias repobladas con niños/as menores de 10 años; CORDES y FUNDASAL ayudaron a los excombatientes y lisiados de la exguerrilla”. Las nuevas viviendas fueron construidas con materiales más resistentes: paredes de ladrillos y concreto, techo de teja de cemento y piso de ladrillo o concreto. Al principio eran viviendas pequeñas de 6 por 5 metros cuadrados, de una sola habitación y un corredor, diseñada para alojar a una familia de 4 o 5 personas, pero poco a poco muchas fueron ampliadas por cada familia propietaria de acuerdo a sus ingresos económicos.

Los posteriores proyectos de vivienda fueron apoyados por El sacerdote Jesuita Jon Cortina, (párroco de la comunidad) y el grupo “Viva Guarjila” de la ciudad de Bielefeld de Alemania. Las viviendas construidas con el apoyo del Sacerdote Jon Cortina son más amplias con una habitación principal iluminada y ventilada a través de dos

ventanas frontales y dos posteriores y un amplio corredor. Además tienen una segunda habitación para dormitorio y una cocina. Estas viviendas se construyeron a partir de 1996 y todas las familias beneficiadas participaron colectivamente en la edificación.

Las viviendas construidas con el apoyo del grupo “Viva Guarjila” son más pequeñas de una sola habitación y han sido beneficiadas las nuevas familias jóvenes, hijos de las familias repatriadas o excombatientes. Este grupo sigue apoyando a la comunidad para construir nuevas viviendas o mejorar las existentes a través de un “fondo rotativo sin intereses” que administra la directiva comunal de la ADESCO. Este fondo rotativo sirve para las familias que no tienen una vivienda o quiere mejorar la que tienen y oscila entre 500 a 4,500 dólares. Cuando una familia solicita un préstamo la directiva comunal evalúa la situación social y económica de la familia solicitante, verifican las condiciones de la vivienda y asignan los préstamos a las familias con mayor necesidad; posteriormente la directiva realiza la compra de los materiales de construcción, (la familia nunca recibe el dinero en efectivo directamente). Además, monitorean la construcción de la vivienda para asegurarse que los recursos se usen adecuadamente. La familia se compromete mediante la firma de un contrato a reembolsar los fondos en pequeñas cuotas mensuales de 20 dólares o más según su condición económica hasta completar lo adeudado. La junta directiva retiene el título de propiedad de la familia hasta que ésta ha completado la deuda. En el caso que el terreno sea comunal y no tienen título de propiedad la junta directiva entrega el título del terreno al finalizar el pago del préstamo. La mayoría de las familias cumplen su compromiso de reembolsar el fondo prestado. En los últimos años muchas familias han mejorado sus viviendas por esfuerzo propio o a través de las remesas de familiares que migraron a los Estados Unidos. La comunidad cuenta con más de 15 viviendas comunitarias para familias o personas adultas mayores que viven solas o de extrema pobreza. Las familias o personas que ocupan estas viviendas no son propietarias y son devueltas a la comunidad cuando mueren o construyen sus propias viviendas. Algunas de estas viviendas también son alquiladas a personas que trabajan en la comunidad provenientes de otras zonas del país. La

directiva comunal y los grupos organizados que las administran garantizan que estas viviendas se mantengan como patrimonio comunitario.

Servicios básicos.

Abastecimiento de Agua para el consumo humano.

Al igual que la vivienda, la población busco alternativas para resolver el abastecimiento de agua apta para el consumo humano. Lo primero que hicieron fue buscar fuentes como riachuelos, pozos y manantiales superficiales cercanos a la comunidad, limpiarlos y protegerlos. Estas fuentes proporcionaron temporalmente el agua de consumo doméstico e higiene personal, algunas fuentes de agua se encontraban al interior de la comunidad pero la mayoría estaba entre 3 y 5 kilómetros, lo que significó un mayor esfuerzo para la construcción y el mantenimiento. Meses después de vivir en la comunidad comenzaron a reparar una vieja tubería de agua e instalaron grifos, pilas y lavaderos públicos en varios sectores de la comunidad. Toda la población se abastecía del sistema de pilas públicas.

En 1994 con apoyo del Sacerdote Jesuita Jon Cortina y la embajada de Holanda construyeron el actual sistema de agua que abastece a toda la comunidad através de conexiones domiciliarias.

La Junta directiva hizo gestiones para comprar los terrenos donde habían fuentes de agua que servirían para el nuevo sistema y organizó a todas las familias para construirlo, *“toda la comunidad participó, fue un trabajo colectivo y voluntario, con amplia participación de la comunidad”*. El sistema se construyó a través de gravedad con tanques de captación, un tanque de almacenamiento y dos tanques de distribución conectados a través de una red de tuberías de PVC y galvanizada. Las fuentes que abastecen al sistema están ubicadas al norte de la comunidad a cinco kilómetros de distancia.

Actualmente la comunidad cuenta con agua potable domiciliar en todas las viviendas, independiente de su condición económica, el sistema es administrado por un comité de agua elegido por la ADESCO.

Cada familia paga por el servicio domiciliario de agua, una cuota mensual fija diferenciada que varía entre un dólar y dos dólares según el consumo de cada familia. Las viviendas que son habitadas por adultos mayores o personas solas en extrema pobreza sin familiares que les apoyen económicamente son exoneradas del pago del servicio del agua potable. El fondo recogido de las cuotas sirve para el mantenimiento del sistema y el pago de los fontaneros quienes distribuyen el agua y le dan mantenimiento. A pesar de contar con conexiones de tuberías domiciliarias, durante la época seca (unos 4 meses del año) el abastecimiento de agua no es suficiente para suplir las necesidades de la población actual, lo que obliga al racionamiento por turnos de una a dos horas cada dos días. Durante el invierno el sistema tiene mucha más agua y toda la comunidad recibe agua unas seis horas diarias.

Las familias que construyen una vivienda nueva y que necesitan una conexión de agua y no participaron en la construcción del sistema deben pagar 300 dólares por el derecho, mediante cuotas o trabajo comunitario.

Producción y abastecimiento de alimentos.

Cuando la comunidad retorno del refugio de Honduras a Guarjila, llevaban alimentos para los primeros días, pero inmediatamente CRIPDES, ACNUR y las diferentes Iglesias les abastecieron con alimentos básicos para poder sobrevivir, mientras iniciaban la producción propia de alimentos. Estas organizaciones se sobrepusieron a la prohibición del Gobierno y la Fuerza Armada de introducir alimentos a las comunidades de las zonas en conflicto.

La producción de alimentos se inició en los primeros meses del retorno, a través de la agricultura, granjas avícolas y ganadería. El proceso de producción de alimentos en los primeros años fue de manera colectiva y organizada. Las personas que trabajaban en las áreas de salud, educación, guarderías, adultos mayores, talleres y otros recibían alimentos de los producidos en la comunidad, debido a que ninguna persona que trabajaba recibía un salario. Los alimentos eran distribuidos equitativamente a todas las familias y los excedentes se almacenaban en silos.

Para la producción “ se organizaban los grupos de trabajo para la agricultura, desde que llegamos de Honduras hasta que la guerra finalizó (1987 hasta 1992) se trabajaba todo colectivamente, porque, el que iba a trabajar para el proyecto de agua sabía que trabajaba para todos, el que iba a trabajar en el proyecto de maíz, y los frijoles, sabía que iba a trabajar para los que estaban trabajando en el proyecto de agua y así uno trabajaba para todos y todos para uno, en ese momento se pensó que cada familia hiciera su milpita de los elotes para que fuera a cortar cuando él quisiera porque como de lo colectivo no se podía”.

“Todo lo que se producía era almacenado de manera conjunta para ser distribuido a todas las familias de forma colectiva, en un primer momento se concentraba el grano, y ese grano se distribuía de acuerdo a la cantidad de miembros de las familias, después la FUMPROCOP,(Fundación Promotora de Cooperativas) nos dio apoyo para hacer los graneros (Silos) y en el segundo año ya se pudo repartir una parte y dejar la otra parte almacenada, y repartirlo posteriormente”.

CORDES fue una de las Organizaciones No Gubernamentales que apoyo desde el principio la producción de alimentos básicos para las subsistencia. Terminada la guerra a finales de 1991 y posteriormente con la firma de los acuerdos de Paz en 1992, esta ONG inició un programa de créditos a grupos cooperativos y a las familias a través de un sistema llamado COFICOLES, acompañado de asesorías, capacitaciones e incentivos a los agricultores.

Este sistema de “COFICOLES” financiado por la cooperación internacional, “era administrado por grupos comunitarios. Tuvo como objetivo contribuir a asegurar la capacidad de la población, tradicionalmente excluida del sistema formal de financiamiento, para producir alimentos y a la vez capitalizar sus actividades dedicadas a la comercialización de excedentes”.

Sostenibilidad de la producción agrícola para la seguridad alimentaria.

Uno de los mayores obstáculos para la producción de alimentos ha sido la falta de tierras para cultivos y que históricamente fue una de las banderas de lucha del movimiento campesino salvadoreño “La Tierra para quien la trabaja” y que en alguna

medida muchos campesinos vieron realizados sus sueños después de la guerra al tener acceso a una parcela de tierra a través del *Programa de Transferencia de Tierra (PTT)*, producto de los Acuerdos de Paz. Pero esto no fue suficiente, las tierras de la zona nororiente de Chalatenango al igual que otras zonas montañosas del departamento son tierras con un suelo y subsuelo erosionado y poco fértil, en contraste con “los fértiles valles y cuencas inmediatos al norte de las tierras altas centrales” del país. Además, de ser escasa la tierra cultivable, el modelo de explotación agrícola por el uso intensivo de la práctica de corte y quema, la depredó. Durante la guerra, una de las prácticas del ejército gubernamental fue quemar constantemente la vegetación de la zona durante la época seca, y destruir los cultivos para desalojar a la población y evitar que la guerrilla utilizara esas zonas para alojarse. Las tierras de Guarjila y los municipios vecinos son un ejemplo de esta situación, con sus suelos casi completamente deforestados y erosionados.

Los propios campesinos expresan con claridad ese contexto: “tenemos ocho años de estar trabajando la tierra solo con lo mismo y también en los años de la guerra la vegetación continuamente era quemada y desaparecieron los bosques, además uno sabe que en este departamento de Chalatenango las tierras son malas, lo que se produce no sirve para crecer económicamente, no se puede competir, las tierras solo dan para sobrevivir no dan para poder comercializar. Estas tierras están cansadas, la tierra ya no quiere producir y si produce, el producto sale malo, por ejemplo el maíz está saliendo mitad bueno mitad malo”. (Junta Directiva). Los mismos campesinos expresan que la cosecha de maíz sirve casi exclusivamente para la subsistencia de su familia y apenas pueden recuperar la inversión. Aun así, muchos campesinos, continúan cultivando la tierra con los productos tradicionales: maíz, frijol, y sorgo para subsistir.

En los últimos años, algunos campesinos de Guarjila han recibido apoyo del Programa de Reconstrucción y Modernización Rural (PREMODER) para nuevas iniciativas de producción como la fábrica deshidratadora de frutas administrada por mujeres, un proyecto de producción de miel de abeja, y un Proyecto de cultivo de Tilapias de la Cooperativa Agrícola “*Héroes 14 de Mayo*”. Otros, han optado por el

cultivo de árboles frutales, para lo cual reciben asesoría técnica de agrónomos del Ministerios de Agricultura y Ganadería (MAG).

Estos proyectos mejoran las condiciones sociales y económicas de las familias involucradas y aumentan las oportunidades de acceso a alimentos sanos a la población de la zona.

Sistema de Educación Popular.

En el proceso de repoblación, la educación se convirtió en un componente esencial del proyecto global de desarrollo de las comunidades y de la organización existente. Los primeros maestros y maestras populares eran miembros de la comunidad que habían adquirido alguna experiencia de enseñanza en el refugio. A ellos se agregaron otros que habían alcanzado algún nivel de escolaridad en la escuela oficial o en experiencias educativas que ocurrieron en medio de la guerra, la asamblea de la comunidad elegía entre sus miembros a quienes tenían más capacidad para enseñar a niños/as y adultos.

En Guarjila, después que la población se instaló en la comunidad y garantizó las necesidades inmediatas de subsistencia, el grupo de pobladores seleccionados para el área de educación comenzaron a organizar la escuela en la comunidad, apoyados por algunos grupos de la solidaridad y la Diócesis de Chalatenango. Este grupo de personas nombradas como “Maestros Populares”, tenían entre segundo y sexto grado de primaria de escuela formal y se convirtieron en los fundadores del sistema de “Escuelas Populares” que funcionó posteriormente en toda la zona nororiente de Chalatenango hasta años recientes.

“El desarrollo de las escuelas populares de la zona nororiental del departamento de Chalatenango aconteció en medio de la guerra civil, durante los años 80’s. Sus raíces históricas, sin embargo deben ser ubicadas en el proceso de concientización que se desarrolló en las zonas rurales durante la década de los 70’s. Ese proceso de concientización fue propiciado por el desarrollo de las Comunidades Eclesiales de Base y el trabajo organizativo de las masas campesinas cristalizadas en fuerzas sociales como FECAS (Federación de Campesinos Salvadoreños) y UTC (Unión de

Trabajadores del Campo). Esta protesta social tenía como base material la insatisfacción de las necesidades básicas de la población campesina y la falta de mecanismos de participación política. La organización y la concientización transformaron el pensamiento y la acción de los campesinos y constituyó una fuente de poder que les habilitó para buscar formas de resolver los problemas desde su propia perspectiva, con sus propios recursos y sus propias aspiraciones''.

El trabajo de los maestros/as populares y la participación de los niños, niñas y adultos en la escuela eran parte integral de la experiencia de las comunidades en el contexto del refugio; como tareas dentro de la organización.

Cobrando vigor el entusiasmo para encontrar mecanismos para resolver las necesidades tan sentidas por los campesinos de forjar y enriquecer su sabiduría y la de sus hijos por medio de la práctica educativa.

En ese tiempo fue cuando se empezó a gestar el sistema de escuelas populares: un maestro popular comenta *“estábamos dispuestos a dar clases incluso debajo de un árbol. Aquí no había techo, se empezó en la iglesia, y debajo de los árboles”,* sin pupitres, pizarras, lápices ni cuadernos.

Algunos de los maestros tenían alguna experiencia en el refugio, otros sería la primera vez que lo harían, un grupo de maestros se dedicaba a impartir clases a los niños, niñas y jóvenes y otros de la alfabetización de adultos. En el desarrollo de la educación popular en Chalatenango, se pueden diferenciar cuatro fases: a) La educación móvil y clandestina, b) La educación en el refugio, c) La educación en la repoblación, d) La educación en el periodo de la postguerra.

Las escuelas populares de Chalatenango promovían el diálogo, la participación, la concientización sobre los problemas de la comunidad y la realidad nacional, convirtiéndose al igual que la salud en un aporte al desarrollo de la comunidad y de una nueva sociedad en El Salvador.

Los maestros/as populares que fueron actores de este proceso caracterizan esta experiencia como una educación heroica que persistió y se desarrolló a pesar de las dificultades de la guerra.

En la actualidad la escuela de Guarjila cuenta con 20 maestros/as, 18 de ellos pertenecieron al sistema de maestros populares; hoy en la comunidad existen dos centros educativos: el centro escolar de primaria y un Instituto Nacional para la educación media. Las instalaciones de la escuela de primaria fue construida por la comunidad y aún sigue siendo patrimonio comunitario.

Construcción de la experiencia de Salud Comunitaria en Guarjila Chalatenango.

Antes de 1980, el estado salvadoreño a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, (ahora Ministerio de Salud) tenía instalados en las cabeceras municipales los llamados “Puestos de salud”, atendidos en su mayoría por una auxiliar de enfermería y algunas veces por un médico. Estos pequeños puestos de salud muchas veces funcionaban en casas particulares y estaban abastecidos con vacunas y un escaso cuadro de medicamentos.

Cuando la guerra se agudizó a inicios de los años ochenta, el Ministerio de Salud abandonó los precarios “Puestos de Salud” de las zonas conflictivas, dejando desprotegida a la población que vivía en estos municipios. Ante la ausencia total de atención en salud y las condiciones atroces de la guerra, la población buscó formas de solucionar las necesidades más urgentes de salud como la atención en primeros auxilios, tratamiento de las enfermedades comunes que sufrían con medicamentos básicos y plantas medicinales. La población que no migró permaneció en las zonas controladas por la guerrilla, estas comunidades se organizaron para resolver los problemas de salud a través de promotores/as de salud y parteras tradicionales. Los promotores/as de salud de la zona nororiente fueron capacitados por personal sanitario de la guerrilla. Otro grupo de comunidades fueron apoyadas por la iglesia Católica con pequeños dispensarios, formación de promotores de salud y acompañamiento con personal sanitario voluntario, en su mayoría de Europa y Estados Unidos. Todos los trabajadores de salud que trabajaban en estas comunidades eran considerados objetivos militares por el estado y la fuerza armada. Algunos de estos promotores fueron amenazados, capturados y otros asesinados

por el ejército y varios dispensarios comunales los ocuparon y saquearon durante los operativos en la zona.

Durante la población permaneció refugiada en los campamentos hondureños fue apoyada y atendida por voluntarios internacionales, Médicos sin Fronteras, y ACNUR. Fueron instalados dos pequeños hospitales, dos clínicas y un laboratorio clínico, para atender a más de 11,0000 refugiados distribuidos en siete campamentos.

Estos profesionales capacitaron a varias personas voluntarios en el refugio para que les apoyaran en enfermería, laboratorio clínico, en actividades de saneamiento, y otras actividades preventivas, quienes posteriormente se convirtieron en promotores y promotoras de salud. Durante el retorno hacia El Salvador, los promotores capacitados y algunas parteras empíricas venían equipados con botiquines para dar primeros auxilios, atender partos y dar atención médica básica a los enfermos durante el viaje.

Al llegar a la comunidad de Guarjila, las primeras acciones en salud desarrolladas fueron la instalación de letrinas colectivas de hoyo seco, protección de las fuentes de agua y hervir el agua para el consumo familiar. El equipo de promotores/as de salud se instaló en una de las pocas viviendas que aún quedaban con techo, en el centro de la comunidad y empezaron a organizar el primer dispensario comunitario, *que “contenía medicamentos básicos como acetaminofén, amoxicilina, ibuprofeno, diclofenac, clorfeniramina, calamina, sueros orales”*; desde el primer día dieron atención a las personas que sufrían de dolores, diarreas, enfermedades de la piel y heridas provocadas por la guerra.

Posteriormente, el equipo de promotores/as organizó visitas a las cocinas y comedores colectivos para verificar el proceso de preparación, almacenamiento y distribución de los alimentos preparados, orientaban a niños y adultos para el lavado de manos, y el uso adecuado de las letrinas colectivas. *“Fue el equipo de salud el que hizo ese gran trabajo... desde el inicio empezaron a trabajar en la parte de educar a las personas como usar las letrinas, y daban consultas. En ese tiempo no teníamos médico.”* A los pocos días después del retorno el dispensario fue

abastecido con medicamentos y otros insumos médicos por miembros de la Iglesia Luterana y temporalmente fueron apoyados por una médica estadounidense.

Conformación del equipo de salud y desarrollo de la salud comunitaria.

Al inicio el Equipo de promotores/as de salud lo conformaron dos mujeres jóvenes, y un hombre adulto. Posteriormente, en asamblea comunitaria la población eligió a varias mujeres jóvenes entre los 16 y 25 años que podían leer y escribir para que se integraran al equipo de salud, la mayoría de ellas habían cursado entre segundo y cuarto grado de escuela primaria. *“Para elegir las personas que trabajarían en el equipo de salud se hacían asambleas comunitarias, donde se llevaban varios nombres propuestos y era la asamblea la que decidía a quienes quería en el equipo de salud”*. A finales de 1988 el equipo estaba conformado por 14 mujeres.

En enero de 1988, llegó a la comunidad una monja y médica estadounidense, llamada *Ana Manganaro*, quien se quedó a vivir en la comunidad para acompañarla y trabajar con las promotoras de salud. A partir de entonces las promotoras atendieron a los pacientes menos graves, les diagnosticaban, trataban, curaban sus heridas y les inyectaban; y la médica les apoyó con lo/as pacientes más complicados., este mecanismo de atención se mantuvo hasta el año 2002. El equipo de promotoras de salud y la Dra. Ana Manganaro visitaban otras comunidades de la zona para apoyarlas en la atención a pacientes y en campañas de vacunación hasta principios de 1993, y se retiró del país por enfermedad terminal y falleció en junio de 1993.

Después de la firma de los Acuerdos de Paz, varias sanitarias que provenían de las estructuras de Sanidad de la ex guerrilla se incorporaron al equipo de salud de la comunidad de Guarjila y otras comunidades.

En 1994, de forma alterna dio inicio el proyecto del Centro de Rehabilitación conformado inicialmente por cuatro promotoras, apoyadas por técnicos en fisioterapia y en salud mental. Este proyecto tuvo como objetivo inicial atender a los lisiados de Guerra de la ex guerrilla; posteriormente el centro amplió los servicios con la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) dirigida a toda la población pero especialmente a los niños con alguna discapacidad física o mental.

El número de promotoras de salud en la Clínica comunal disminuyó con el transcurso de los años, para 1995 el equipo estaba conformado por seis promotoras de salud, tres parteras y una médica. Algunas promotoras migraron hacia los Estados Unidos, lo que llevó a la incorporación de nuevas trabajadoras de salud electas por la comunidad.

Entre 1993 y 1995, el equipo de salud fue apoyado por médicos voluntarios la mayoría de EEUU y de Europa. Desde octubre de 1995 hasta el año 2003, el equipo de salud y la clínica fueron coordinados por la Dra. Christa Baatz, conocida como “Victoria”, médica alemana que estuvo incorporada en la Guerrilla y posterior a la firma de los Acuerdos de Paz se quedó viviendo en Guarjila, y ha sido una de las impulsoras del modelo de salud comunitaria. En este período estuvieron otros internacionales profesionales de salud apoyando el trabajo de salud. A partir del 2003 hasta la fecha el trabajo de salud ha sido coordinado por un médico salvadoreño.

Formación y capacitación de las promotoras de salud.

El equipo de salud fue capacitado por la Dra. Ana Manganaro y los médicos de la guerrilla en la práctica diaria, en temas relacionados a las necesidades de salud de la comunidad, para que las promotoras adquirieran habilidades en primeros auxilios, medir la temperatura, tomar la presión arterial, pesar y tallar a los niños y adultos, curar heridas o quemaduras; diagnosticar y tratar diarreas y deshidratación, parasitosis, gripes, faringitis, neumonías, infecciones o infestaciones de la piel como impétigos, abscesos, escabiasis, o tiñas de la piel y pies.

A inicios de 1988, las promotoras comenzaron un proceso de capacitación continua impartido por la Comisión Arquidiocesana de la Pastoral en salud (CAPS) del arzobispado de San Salvador y a finales de 1988 la Comisión Diocesana de la Pastoral en Salud (CODIPSA) de la Diócesis de Chalatenango, dio continuidad a este proceso de formación. Además, el equipo de salud fue capacitado y entrenado para asistir en cirugías complejas por los médicos de la guerrilla durante las visitas que realizaban a la comunidad y posterior a la firma de los Acuerdos de Paz. Los contenidos de las primeras capacitaciones del CAPS y CODIPSA, comprendían

habilidades básicas sobre primeros auxilios, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más frecuentes, transmisión de enfermedades, manejo de diarreas y deshidratación, uso adecuado de medicamentos básicos, como medir y dar medicamentos orales o inyectados, saneamiento ambiental, elaboración de medicina natural, alimentación y nutrición; causas sociales de las enfermedades y metodología de educación popular para trabajar con la comunidad. Cada equipo de promotores de salud de las comunidades recibía un Libro *Donde No Hay Doctor*, el cual se convirtió en una herramienta básica de aprendizaje en grupo, para los promotores/as de salud de muchas comunidades.

Como se mencionó anteriormente, las promotoras de salud tenían un nivel de escolaridad entre primero y cuarto grado, y muchas de ellas se les dificultaba leer y escribir. Para superar esta situación, en 1993 la mayoría de promotoras fueron incorporadas al programa de nivelación escolar para obtener el noveno grado y posteriormente el bachillerato. Este programa de nivelación escolar fue un componente de los Acuerdos de Paz para facilitar la inserción de los excombatientes y las familias que habían participado en la guerra. Para fortalecer las capacidades del equipo de salud, la Dra. Baatz, gestionó becas de pregrado universitario a través de la agencia oficial de ayuda católica de Inglaterra y Gales. (CAFOD) para que algunas de las promotoras pudieran estudiar una carrera universitaria en enfermería y laboratorio clínico. Dos promotoras de salud se graduaron en enfermería en el año 2002, y dos más en laboratorio clínico en año 2009. El resto de promotoras de salud no estudiaron una carrera universitaria. Los contrapartes y ONGs han participado en temáticas como: VIH-SIDA, equidad de género, derechos humanos, metodología participativa, administración y contabilidad. Las parteras empíricas de la comunidad, incluidas cuatro del equipo de salud fueron capacitadas y acreditadas por el Ministerio de Salud en 1998.

Organización de los Promotores de salud.

La primera organización de comunidades a nivel regional fue constituida por seis comunidades: Guarjila, Las Flores, Arcatao, Las Vueltas, Los Ranchos y Guancora,

bajo el nombre de Coordinadora de Comunidades y Repoblaciones de Chalatenango (CCR).

En los años siguientes esta organización se amplió a 55 comunidades distribuidas en todo el Departamento. Después de la guerra, esta organización asumió la promoción y defensa de la organización de las comunidades, la lucha por los derechos humanos, movilización para la tenencia de la tierra, créditos, vivienda, salud, educación y gestión para el desarrollo de proyectos productivos y de infraestructura comunitaria.

Los promotores de salud estaban organizados en una amplia red constituida por más de 300 promotores(as), apoyados por esta organización regional, las comunidades, las Juntas Directivas, algunas ONGs y la Iglesia católica.

En 1992, posterior a la firma de los Acuerdos de Paz, los promotores de salud conformaron la Asociación de Promotores de salud de Chalatenango (APROSAC), para defender y promover el trabajo de salud que realizaban, luchar por el reconocimiento y la acreditación, y que el Ministerio de Salud les asignara plazas remuneradas.

En el mismo año la CCR, la Asociación Nacional de Trabajadores Agropecuarios (ANTA), la Comisión Diocesana de la Pastoral en Salud (CODIPSA), la Asociación Salvadoreña de Ayuda Humanitaria-PROVIDA y la Asociación de promotores de Centroamérica (APDCA), elaboraron un plan de reorganización de la salud en las comunidades, basado en el planteamiento de los SILOS diseñado por la OPS/OMS y *el documento de Alma Ata sobre la Atención Primaria en Salud*. Contemplaba: a). Reestructurar y mejorar la atención comunitaria en salud, incorporando la salud preventiva. b). Insertar la atención en salud brindada por los Promotores comunitarios al sistema Gubernamental. c). Armonizar los esfuerzos de Gobiernos extranjeros y ONGs que estaban presentes en el área.

Comprendía una serie de estructuras que iban desde lo local, lo regional y lo departamental:

- El Organismo Local de salud Integral (OLSI): compuesto por los promotores comunitarios de salud y las Juntas Directivas de cada comunidad.

- El Organismo Municipal de Salud Integral (OMSI): compuesto por un representante de cada OLSI, miembros del equipo de salud del Municipio y la Directiva Comunal Municipal.
- El Organismo departamental de salud integral (ODSI): compuesto por un representante de cada OMSI, el Referente de Salud de la CCR y las principales ONGs en salud de la Región.

Esta organización funcionó desde 1992 a 1994, progresivamente, fue disminuyendo debido a las acciones de boicot de las autoridades del Ministerio de Salud, después que reabrieron las Unidades y puestos de salud en la zona. En 1997, la Clínica de Guarjila hace referencia a estas estructuras como espacios de intercambio de experiencias, coordinación y capacitación. En el mismo año la asamblea general de Promotores de Salud reiteró su compromiso para continuar trabajando en las comunidades y aprobaron la creación de una Escuela Para la Educación Permanente de Promotores de Salud, con la esperanza que su trabajo fuera reconocido y remunerado por el Ministerio de Salud. Las Juntas directivas de las comunidades y la CCR se pronunciaron a favor de sus promotores de salud, y apoyaron sus proyectos regionales.

En el marco de esa organización de salud desde las comunidades, la clínica de Guarjila *“se constituyó en el corazón de diversas actividades de salud de la zona nororiente de Chalatenango... y funcionó como Centro de referencia y contra referencia de salud integral...que llenaba el gran vacío gubernamental del Ministerio de salud por la falta de cobertura de servicios de salud a estas comunidades”*. El trabajo de la clínica *Ana Manganaro tenía como base* la participación comunitaria, la toma de decisiones de forma colectiva, el trabajo intersectorial, promoción de la salud, medicina preventiva y curativa; y *“La diversidad de los servicios prestados, beneficiaban a la población y permitía que los pacientes fueran atendidos en la misma comunidad”*.

Los promotores de salud de las otras comunidades referían los pacientes a Guarjila, para que fueran evaluados por los médicos, al inicio la Dra. Ana Manganaro y posteriormente la Dra. Christa Baatz u otros voluntarios. Estos médicos evaluaban si

era necesario ingresar al paciente por unos días, *“si el paciente no estaba muy grave revisaban el tratamiento que habían indicado los promotores y luego los enviaban con una contra referencia, que indicaba el diagnóstico y tratamientos recibidos, además el seguimiento que debían darles los promotores en su comunidad”*.

Durante varios años, la referencia y contra referencia funcionó a través de los promotores de salud de la zona bajo este mecanismo, daban el seguimiento a los pacientes contra-referidos, además acompañaban a los pacientes a la clínica o al hospital de Chalatenango.

En 1999, APROSAC y la CCR se pronunciaron en contra de la decisión unilateral de la Regional de Chalatenango del Ministerio de Salud por asignar plazas de promotores para Guarjila y otras comunidades sin tomar en cuenta las estructuras de salud y los promotores de salud de las comunidades. Propusieron que las plazas fueran ocupadas por los promotores de salud que vivían y trabajaban en las comunidades, y no permitirían el contrato de promotores de salud provenientes de otras comunidades. Como resultado de esta lucha algunos promotores de las comunidades fueron contratados, y así como algunas enfermeras que aún trabajan en los equipos de salud actuales. Guarjila logró hasta el año 2003, que una de sus promotoras fuera contratada.

Proceso de Concertación con El Ministerio de salud.

Como se mencionó anteriormente, el Ministerio de Salud abandonó a principios de la década de los 80 los Puestos de salud ubicadas en las zonas en conflicto armado. Finalizada la Guerra y firmados los Acuerdos de Paz en Enero de 1992, la atención médica continuó siendo brindada por la red de salud conformada durante el conflicto armado a predominio de promotores/as de salud con el apoyo de la Iglesia Católica, médicos de la ex guerrilla, ONGs, y médicos extranjeros voluntarios.

A finales del mismo año, inició un proceso de diálogo y negociación con el Ministerio de salud, para que la atención en salud a la población de las zonas exconflictivas se prestara de forma integrada entre el Ministerio de Salud y los trabajadores de salud que ya brindaban estos servicios en las comunidades. Se pretendía que el Ministerio

de salud acreditara y asignara las plazas remuneradas a los promotores comunitarios y que las comunidades manejaran un presupuesto comunitario de salud. Este proceso llevó a realizar consultas a través de las asambleas de las comunidades, los promotores de salud, la organización regional y las ONGs. Además los promotores de Salud iniciaron el proceso de nivelación escolar para obtener certificación de sexto, noveno y bachillerato con el fin de alcanzar los requisitos que exigía el Ministerio de salud para ser acreditados.

En Marzo de 1993 se firmó un convenio-marco entre la CCR y el Ministerio de salud, con el respaldo de las ONGs, (PROVIDA, CODIPSA, APDCA), ANTA, OPS/OMS, PRODERE, ONUSAL, Alcaldía y gobernación de Chalatenango.

El convenio establecía:

- La prestación conjunta de servicios de salud con el Ministerio de Salud en ocho municipios (Arcatao, Nueva Trinidad, San José las Flores, San Isidro Labrador, San Antonio los Ranchos, Las Vueltas, El Carrizal y San Fernando), y la ejecución de un programa de salud integrado e integral entre el personal de MSPAS, las ONGs, la Comunidad y la población organizada.
- El Ministerio de salud se comprometió a proporcionar un médico, una auxiliar de enfermería y un inspector de saneamiento ambiental en cada establecimiento, quienes debían trabajar de manera conjunta con el personal de salud de las comunidades.
- La prestación conjunta de servicios de atención a la salud-enfermedad permitiría el desarrollo progresivo de un modelo de atención que integrara la promoción y educación en salud, prevención y atención a la enfermedad y rehabilitación. Así como el saneamiento básico y protección del medio ambiente, con participación plena de la comunidad organizada y la contribución de otros sectores presentes en las comunidades.
- El Ministerio de Salud se comprometía a capacitar y acreditar a los promotores de salud en conjunto con las ONGs y las Agencias de cooperación externa, pero no se comprometió al nombramiento y asignación de plazas remuneradas.
- Se conformó una comisión conjunta para evaluar y supervisar el desarrollo de las

actividades de salud y apoyar al Ministerio de Salud en la definición del nuevo modelo prestador de servicios de salud.

Las comunidades cumplieron su parte del convenio, pero el Ministerio de salud tardó un año en asignar el personal que trabajaría en las comunidades y desconoció el acuerdo para trabajar de manera conjunta con los promotores comunitarios de salud. La comisión para la acreditación no fue tomada en cuenta, llevando al fracaso el convenio concertado. Lo único que el Ministerio de Salud cumplió fue impartir un Curso Básico a 22 Promotores de Salud, no obstante no asignó ninguna plaza para promotores de salud que pertenecían a las 55 comunidades organizadas, e intento asignar promotores de salud que no vivían en las comunidades.

La riqueza del personal capacitado y su amplia experiencia en la salud comunitaria, comprometidos con los habitantes de sus comunidades, fue destruido de forma gradual por el Ministerio de Salud, ignorando la experiencia y la importancia de trabajar en coordinación con los trabajadores de salud que por muchos años atendieron las necesidades de salud de las comunidades.

La experiencia de salud de Guarjila sobrevivió a este contexto. Al inició no fue prioridad para el Ministerio de Salud, pero cuando conocieron la experiencia y la potencialidad del trabajo de salud intentaron cooptarla, pero Guarjila contaba con fortalezas propias diferentes a otras comunidades de la zona exconflictiva: una fuerte organización y participación comunitarias, empoderamiento y una mayor capacidad instalada en infraestructura, y con un equipo de salud mejor organizado con mayor capacidad, apoyado por médicos y otros profesionales voluntarios; además el apoyo internacional que contribuía al financiamiento; permitiendo que la comunidad defendiera el trabajo que desarrollaba el equipo de salud y no fue posible que el Ministerio de salud entrara sin aprobación de la asamblea general.

Organización y funcionamiento de la experiencia de salud comunitaria en la Comunidad de Guarjila.

Al inicio, la experiencia de salud comunitaria tuvo como objetivo la atención a la enfermedad y a los lesionados como consecuencia de la guerra, la mayor parte del

trabajo se concentraba en atención médica curativa para la población de Guarjila y las comunidades del oriente de Chalatenango, debido a que era la única comunidad que contaba con médico permanente en la zona y con mayor capacidad resolutive, tenía más recursos que las otras comunidades que contaban solamente con promotores de salud y pequeños dispensarios. Las promotoras de salud narran que al inicio su trabajo diario era la atención a los pacientes y que muy pocas acciones estaban encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. *“Cuando iniciamos, no teníamos un plan de trabajo... la mayoría de acciones eran curativas, no teníamos esa iniciativa de salir y hacer visitas a las champas, porque no habían casas,... En ese momento era necesario curar, había mucha gente enferma sin acceso a los servicios de salud, no solo de Guarjila sino de toda la zona conflictiva de Chalatenango”*. “Las circunstancias bélicas impusieron la medicina curativa de emergencia a expensas de la preventiva. A pesar de las limitaciones en recursos humanos y físicos en las áreas conflictivas, los promotores comunitarios prestaron diversos servicios: tratamiento de enfermedades comunes, curación de heridas, preparación de medicamentos con plantas, campañas de saneamiento ambiental, vacunación, charlas sobre higiene”

“Se trabajaba un poquito en la prevención como el caso de las vacunas”. A principios de 1989, la Diócesis de Chalatenango a través de CODIPSA gestionó vacunas a la Departamental del Ministerio de Salud para vacunar en las zonas conflictivas a través de los promotores de salud que estaban distribuidos en todas las comunidades.

El equipo de salud de Guarjila apoyó a los médicos y otros voluntarios en las campañas de vacunación que se realizaban en las zonas. *“Durante muchos años esta población no había sido vacunada por el difícil acceso a estas comunidades”* y la prohibición de los militares para dar atención en salud a las mismas. Para realizar las campañas de vacunación los trabajadores de salud de la Iglesia y otros voluntarios debían obtener un salvoconducto del Jefe militar de la 4ta. brigada de Infantería para entrar a la zona conflictiva. A pesar de eso, algunos trabajadores de salud fueron detenidos y capturados por el Batallón Atlacatl (uno de los batallones

élites) mientras realizaban las jornadas de vacunación. Muchos de los promotores de salud eran acosados e interrogados frecuentemente por los militares, cuando realizaban su trabajo en las comunidades. En algunas ocasiones hubo saqueo de algunos dispensarios.

Educación y Promoción de la Salud.

Las primeras acciones de educación en salud iniciaron dentro de las instalaciones de la clínica con la población que esperaba la consulta médica, orientada a la prevención y manejo de enfermedades gastrointestinales. *“Empezamos a dar orientación sobre la prevención.. principalmente sobre la deshidratación de los niños porque en ese tiempo habían bastante diarreas. La gente no tenía muy claro la importancia de la higiene personal de los niños y los adultos, empezamos a dar charlitas de 15 ó 20 minutos en el pasillo de la clínica sobre el Suero oral, lavado de manos, parásitos y dar información a la gente sobre la automedicación y los medicamentos que no se deben de usar”.*

Las acciones planificadas de educación en salud dirigidas a grupos comunitarios, empezaron en 1995, con embarazadas, madres de niños desnutridos, jóvenes, maestros, alumnos y en reuniones por sectores de la comunidad. Los contenidos educativos comprendían, higiene y saneamiento, anatomía y fisiología humana, primeros auxilios, educación sexual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades comunes, alimentación saludable en la escuela y otros. Estas acciones fueron acompañadas de intervenciones de saneamiento como enchiquerar los cerdos que deambulaban libremente en la comunidad.

En estos grupos se analizaban las condiciones de vida de las familias y la comunidad que afectaban la salud: el deficiente abastecimiento de agua potable, las viviendas precarias, el mal estado de las calles de la comunidad, la disposición de las aguas residuales, la falta de energía eléctrica, las causas de la pobreza como generadora de enfermedad y la exclusión que sufrían las comunidades de la zona.

Las acciones de promoción de la salud comenzaron con el surgimiento mismo de la experiencia, y tienen que ver con la organización desarrollada, el abordaje y toma de

control de los determinantes, el trabajo intersectorial, la capacitación del personal de salud, el desarrollo en la comunidad de sus capacidades para participar y otras similares. Las acciones de educación en salud a la población - un elemento de la promoción- se ampliaron a otros ámbitos como la utilización de la radio comunitaria, “*Radio Sumpul*” a través de cuñas radiales y programas semanales sobre prevención de enfermedades, salud materno infantil, alimentación saludable, lactancia materna, consulta temprana, no automedicación, uso adecuado de antibióticos, campañas contra medicinas inútiles, informar del trabajo del equipo de salud y promoción del seguro comunitario.

En ese mismo año el equipo de salud impulso el “*Proyecto de Salud Materno Infantil*”, que comprendía la organización y capacitación de un grupo de Madres de niños/as menores de cinco años como Promotoras de la Salud Materno infantil, la promoción del consumo de soya, sesiones mensuales a las embarazadas sobre cuidados del embarazo, parto, puerperio, cuidados del recién nacido y lactancia materna. Se realizó el primer diagnóstico antropométrico de niños/as menores de cinco años con el apoyo del grupo de mujeres recién formado.

La promoción del consumo de Soya comprendía capacitación sobre el cultivo, el procesamiento del grano, y la preparación de diferentes tipo de productos.

También fueron capacitadas en la preparación de Medicina Natural, derivada de plantas medicinales. Entre los productos preparados se encontraban jarabes para la tos, extractos, jabones, ungüentos y tés.

En 1997, se levantó el primer Diagnóstico Comunitario que sirvió para reestructurar los “sectores” (Colonias o Barrios) de la comunidad, diseñar el perfil de salud comunitario para el abordaje de los determinantes sociales de la salud y los factores de riesgo, definir población para cobertura de vacunación y materno infantil y elaborar el mapa de riesgo. También se realizaron otros estudios sobre embarazo precoz y prácticas médicas tradicionales.

En el año 2003, para mejorar el saneamiento fue asignada una promotora que visitaba las viviendas una vez al mes para revisar con la familia la higiene de la vivienda, las pilas, los solares, y promover el método SODI (Desinfección solar del

agua); si encontraba sucia la vivienda hablaba con la familia para modificar la situación y la visitaba más frecuentemente hasta lograr mejoría, esto permitió disminuir las diarreas, parasitismo, dengue y neumonías entre otras.

En saneamiento se organizaron campañas de limpieza de toda la comunidad con participación de otros sectores como jóvenes, alumnos y maestros de la escuela.

Trabajo intersectorial y participación social en salud.

La Directiva comunal como autoridad de la comunidad realiza reuniones periódicas con los distintos sectores para identificar y priorizar los problemas comunitarios, discutir las prioridades y planificar acciones. En estas reuniones conocidas como “reuniones ampliadas” se discuten diferentes temas de interés comunitario, se generan discusiones y acuerdos los cuales son llevados a la asamblea general quien al final toma las decisiones más importantes para la comunidad.

En los primeros años la directiva comunal establecía lineamientos para la planificación y evaluación para que cada área elaborara los planes anuales, posteriormente eran presentados a la Asamblea comunitaria un consolidado de los planes de todas las áreas quien los aprobaba o modificaba. Estos planes debían basarse en la problemática y necesidades reales de la comunidad.

El Equipo de salud desarrolló sus propios mecanismos intersectoriales y de participación comunitaria. Las acciones intersectoriales han sido principalmente con los maestros/as, la ADESCO, algunas ONGs y últimamente con el Ministerio de Salud. Han existido esfuerzos de gestión y coordinación constante con instituciones estatales, especialmente con la municipalidad aunque la mayoría de veces no participaron. El equipo ha participado en la mesa departamental de derechos humanos que promueve la Procuraduría de Derechos Humanos, conforman el comité de protección civil y la Mesa intersectorial de salud.

El equipo de salud tiene organizados diferentes grupos comunitarios entre ellos las embarazadas, madres de niños menores de cinco años, Jóvenes, Mujeres, Adultos mayores, grupo materno infantil y sectores comunitarios. Además, mantiene una

coordinación estrecha con otros trabajadores de salud, la Iglesia, lisiados de Guerra, grupos de producción, otros grupos de mujeres y otros grupos organizados.

Rendición de cuentas y Contraloría social.

Desde el inicio de la repoblación la comunidad mantiene formas de controlaría social en las distintas áreas de trabajo. Si un miembro del equipo de salud brindaba mala atención lo señalaban en la asamblea comunitaria y la persona tenía que dar una explicación, pedir disculpas y comprometerse a superar la falta. Las promotoras de salud eran nombradas por la asamblea y también podían ser removidas si no cumplían con el trabajo.

Al final de cada año el equipo realiza reuniones de evaluación con cada grupo comunitario y entregan un informe de actividades y financiero a la Directiva comunal y a la asamblea comunitaria.

Las gestiones que realiza el equipo de salud especialmente lo referente a financiamiento para el funcionamiento o para programas específicos son avalados por la junta directiva.

Sostenibilidad y Financiamiento

Desde el inicio, el proyecto de salud fue financiado con apoyo externo proveniente de contrapartes solidarias de Europa y Estados Unidos; entre ellas PROVIDA, Centrale Sanitaire Suisse (CSS), CAFOD, Grupo “Viva Guarjila” de la Ciudad de Bielefeld Alemania, Fundación Luxemburguense, Grupo de amigos de Hermana Ana Manganaro de San Luis Missouri, Fundación Tamarindo, Grup de Solidaritat Jon Cortina, GlobeMed y otros.

En apoyo directo que trabajaron como voluntarios en la Clínica “Ana Manganaro”, se encuentran, los Dres. Martín Hermann y Maja Hess de Suiza, el Dr. Gerhard Lotze y la Dra. Bettina Köpcke de Alemania, EL Dr. Francisco Gutierrez de México, los Dres. Brian y Tomás Lee de EE.UU, el Dr. Mauricio Calderón de Guatemala, estudiantes de medicina de la Universidad de Nigmegen de Holanda y otros.

Algunas veces el apoyo financiero fue mínimo, debido a ello en 1994 la asamblea comunitaria aprobó para que cada familia aportara 10 colones mensuales que se llamó “seguro comunitario” para garantizar la compra de medicamentos e insumos médicos y de laboratorio, además la comunidad aportaba una contribución para el combustible de la ambulancia y así garantizar la sostenibilidad del proyecto. Las familias en extrema pobreza y los adultos mayores solos estaban excluidos de esa contribución y recibían igual atención.

Este mecanismo logró aportar hasta el 20 % del gasto total anual en salud, y se mantuvo funcionando hasta el año 2009. El gasto promedio anual en los últimos 10 años de la clínica Ana Manganaro fue de 80,000 dólares.

En todo este período no hubo ninguna contribución económica, recursos humanos y materiales por la municipalidad, el gobierno central ni del Ministerio de Salud.

Al inicio, el equipo de salud trabajó sin ninguna remuneración, a cambio la comunidad les proveía un paquete de alimentos para la familia. Entre 1992-1994 recibieron 50 colones mensuales- aproximadamente equivalente a seis dólares- de 1994 al año 2000, recibieron un aproximado de 50 dólares y entre los años 2001-2003, cien dólares. A partir del 2003 recibieron entre 250 y 350 de acuerdo a las funciones que desempeñaban. Al principio el fondo provenía de grupos y personas solidarias y fue administrado por PROVIDA, del cual se entregaba un pequeño reconocimiento financiero mensual a todos los promotores de las comunidades organizadas en la CCR. Posteriormente los fondos destinados al apoyo del equipo de salud como donaciones y de contrapartes que apoyaban a la Clínica ingresaron a una cuenta especial de la clínica para pagar equitativamente un pequeño sueldo a todas las promotoras de Guarjila.

Prestación de servicios.

La capacidad instalada de la Clínica “Ana Manganaro” progresó con el tiempo en la medida que se resolvieron las necesidades de infraestructura, abastecimiento de medicamentos y otros insumos médicos, mejoramiento de las habilidades de las promotoras de salud y el apoyo técnico de profesionales.

Respecto a la Infraestructura, desde 1987, el equipo de salud estuvo instalado en una de las casas de la comunidad, la cual carecía de las condiciones mínimas necesarias para trabajar.

Dada la necesidad de tener unas instalaciones más adecuadas, la organización comunitaria con el apoyo técnico de la Dra. Ana Manganaro y el Padre Jon Cortina iniciaron gestiones con algunos grupos de la solidaridad internacional para construir una Clínica Comunal. Los grupos solidarios respondieron positivamente a la solicitud y en 1990 la comunidad inició la construcción de dos edificios en un terreno comunal, asignado para el nuevo centro de salud comunitario. En ese período la guerra estaba en una de sus peores fases, y los militares mantenían militarizada la zona y no permitían el paso de alimentos, artículos de consumo diario, materiales para viviendas u otro tipo de construcción.

Para construir las instalaciones de la clínica la directiva comunal junto a la Dra. Manganaro y el Padre Cortina intentaron inútilmente obtener el permiso para trasladar los materiales hasta la comunidad, al no obtenerlo las comunidades decidieron transportar los materiales evadiendo los retenes militares. Cada poblador adulto, joven o niño ayudaron a trasladar los materiales y a principios de 1991 la Clínica fue terminada de construir con el apoyo comunitario. Una vez construida, las comunidades celebraron como una victoria contar con su propia Clínica Comunal construida por ellos mismos. Para su inauguración participaron el obispo de Chalatenango acompañado por el padre Jon Cortina y otros sacerdotes, y celebraron una Misa en Acción de gracias en las nuevas instalaciones, en medio de combates militares y la amenaza de ser destruida por el ejército.

La nueva Clínica constaba de dos edificios; en el primero se brindaba la consultas médica, atención de enfermería y laboratorio clínico; y se habilitaron espacios para archivo, preparación de pacientes, consultorios para promotoras y médicos, una área para curaciones, laboratorio clínico, farmacia, biblioteca y área de preparación y esterilización de materiales.

El segundo edificio sirvió como sala de operaciones, atención de partos e internamiento de pacientes; conocido por la población como el “Hospitalito”.

Para entonces el equipo de salud tenía una promotora como coordinadora y se distribuían las responsabilidades de acuerdo a las capacidades de cada una. Algunas promotoras que tenían más habilidades en la atención de pacientes fueron responsables de la consulta médica, otras se dedicaban a la preparación de material, curaciones, laboratorio clínico y farmacia. La limpieza de las instalaciones las realizaba todo el equipo de salud al final del día.

Al final de la guerra, el quirófano fue utilizado por los médicos y paramédicos que trabajaban en los hospitales clandestinos de la Guerrilla, para realizar intervenciones quirúrgicas a combatientes, población civil herida y militares que dejaban abandonados en combate.

Durante los enfrentamientos o bombardeos de artillería, aviones y helicópteros de la fuerza aérea la mayoría de veces fueron dirigidos a las comunidades, como la masacre a una Guardería en la comunidad de Guancora en 1990, en la que murieron varios niños y otros heridos de gravedad que posteriormente quedaron con secuelas permanentes.

En 1993, PROVIDA donó una ambulancia nueva a la Comunidad, fue administrada por el equipo de salud y sirvió para el traslado de pacientes de toda la zona.

Después que finalizó la guerra, el quirófano continuó siendo utilizado para realizar cirugías mayores entre cesáreas, apendicetomías, operación de hernias de pared abdominal y otras cirugías menores como reducción de fracturas, extirpación de Pterigiones, cataratas, nevos, quistes, circuncisión a niños con fimosis entre otros. A partir de 1999 el quirófano también ha servido para realizar campañas ambulatorias de cirugías de hernias inguino escrotales y umbilicales con anestesia local, realizadas y financiadas por el medico Suizo Martin Hermann, quien de forma solidaria ha apoyado a las comunidades por más de 15 años.

En 1997, la oferta de servicios comprendía, atención a la embarazada una vez por semana, atención de partos, atención de niño/a sano, vacunación, consultas por promotoras de salud y médicos, curaciones, visitas domiciliarias a pacientes crónicos y en rehabilitación, Atención de emergencia las 24 horas, servicio de ambulancia,

farmacia, laboratorio clínico, jornadas de desparasitación en la escuelas y la comunidad, jornadas de cirugía Oftalmológica y pequeñas cirugías.

En cuanto a atención materna, hasta 1991, la mayoría de partos eran domiciliarios y atendidos por parteras empíricas de la comunidad, que mantenían una estrecha relación con el equipo de salud. Cuando se construyeron las instalaciones de la clínica fue asignada una sala de partos y el equipo comenzó a concientizar a las parteras empíricas y embarazadas para que los partos fueran atendidos en dicha sala. Se dio inicio a un proceso de capacitación sistemática para las parteras empíricas, esto permitió que ellas detectaran complicaciones y buscarán ayuda médica inmediata o trasladarlas al hospital de Chalatenango con acompañamiento de la partera.

El trabajo de salud fue organizado en horarios diferenciados con el objetivo de establecer un equilibrio entre las intervenciones de atención a la enfermedad, las de prevención y promoción de la salud, divididas entre trabajo intramural y comunitario.

Durante la mañana atendían la consulta médica, de enfermería y laboratorio clínico. Por las tardes los controles infantiles y de embarazadas, las sesiones educativas con los grupos comunitarios, visitas a la escuela, y programas radiales en la radio comunitaria, la preparación de medicina natural, las visitas domiciliarias integrales a pacientes crónicos, discapacitados y adultos mayores que por su discapacidad o avanzada edad no podían llegar a la clínica.

La visita domiciliar ha sido una de las intervenciones mayormente utilizada para dar seguimiento a los grupos vulnerables: embarazadas, madres lactantes, familias con niños desnutridos y con discapacidad, saneamiento deficiente y pacientes con patología crónicas; intervenciones para prevenir el dengue, convocatorias para sesiones educativas, seguimiento para el examen de detección de cáncer cervicouterino, atención de emergencias, etc. Durante las asambleas la misma comunidad solicitaba al equipo de salud no descuidar la visita frecuente a cada familia. Los horarios para las actividades educativas fueron adaptados al tiempo disponible de la comunidad y muchas se realizan en horarios no laborales, después de las seis de la tarde o durante los fines de semana.

Investigación en salud.

Desde el inicio se realizaron varias investigaciones en la comunidad, que permitieron realizar cambios en el modelo de atención y el diseño de nuevas intervenciones. Entre las más importantes figuran el estado nutricional y anemia de niños/as menor de 5 años, de primaria y embarazadas, el estado socioeconómico de las familias y su relación con la salud, embarazo en adolescentes, parasitismo intestinal y neurocisticercosis, estudios comparativos de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y reproductiva. Los resultados de estas investigaciones fueron divulgados con la comunidad y sirvieron de base para varias intervenciones como: nutrición complementaria con soya para niños desnutridos, programa de salud sexual y reproductiva en la escuela, letrización, capacitación permanente a maestros y padres de familia, campañas de desparasitación, enchiqueramiento de cerdos y programa de escuelas saludable que incluía educación en salud a maestros/as, alumnos y padres, estudios antropométricos, tamizaje visual, refrigerio escolar complementario con soya y salud oral.

Indicadores generales de la comunidad.

Desde la repoblación de la comunidad en 1987 la población ha trabajado para mejorar las condiciones de vida progresivamente mediante el trabajo organizado y el apoyo financiero de organizaciones solidarias de diversas nacionalidades. En cuanto a vivienda el 89% son propietarios de sus viviendas, el 94% son de ladrillo y cemento, el 84% tienen techo de teja, el 92% son de piso de cemento, cerámica o ladrillo y solo 5% tienen techo de asbesto. Respecto a los servicios básicos, el 98% tiene conexión domiciliar de agua potable, el 98% cuenta con letrina en buen estado, el 95% tiene conexión de energía eléctrica y el 71% tiene teléfono.

En cuanto a servicios públicos, las calles internas son de tierra en su mayoría, están deterioradas y no tienen mantenimiento, no hay un sistema de drenaje de aguas lluvias ni residuales, el alumbrado público es deficiente y no hay un parque adecuado para la recreación, servicios que son responsabilidad de la Municipalidad. El único

servicio que presta la Alcaldía Municipal de Chalatenango de forma irregular es la recolección de desechos sólidos.

Actualmente, la comunidad cuenta con una variada infraestructura comunal que ha sido construida por la propia población, con apoyo de los grupos de solidaridad: una casa comunal, la escuela y el instituto nacional, la Clínica Ana Manganaro, el centro de rehabilitación, la radio Sumpul, casas para talleres, un pequeño hospedaje, una capilla, comedor, panadería, carpintería, tienda, casa de artesanías, casa de la juventud, guardería, casa de los adultos mayores y una casa-museo. Un pequeño parque central y un área de deportes.

El aporte del Gobierno a la Comunidad desde 1997 hasta el 2009 fue principalmente en materia de educación a través del Centro Escolar de primaria y el Instituto Nacional de secundaria compartido con el Municipio de San Antonio Los Ranchos; no hay evidencia de inversión de otros Ministerios.

En cuanto a la cultura, deporte y recreación hay varios grupos de jóvenes, mujeres y hombres organizados: la radio comunitaria, grupo de jóvenes “el tamarindo”, grupo de teatro “nuevas vidas teatro”, dos grupos de música, grupo de danza, equipos de fútbol de hombres y mujeres; el grupo de teatro hace énfasis en el rescate de la memoria histórica.

Principales indicadores de salud.

En estadísticas vitales se encontró que la última muerte materna fue una adolescente que falleció durante el parto en 1997, también en ese mismo año hubo una muerte infantil. A pesar del estricto sistema de diagnóstico comunitario y fichas familiares permanente actualizadas, no se ha documentado con posterioridad a 1997 muertes maternas o infantiles por causas prevenibles.

El comportamiento de la natalidad ha sido monitoreado por el equipo de salud desde el año 2000, y para el 2007 la tasa bruta de natalidad fue de 14.4. (Niños nacidos en un año por mil habitantes).

Respecto a la atención de partos el último parto domiciliar fue en el año 2003, y desde entonces todos los partos han sido hospitalarios o en establecimientos de

salud. En el 2009 el 89% de los partos fueron atendidos en el hospital de segundo nivel y el 11% en Hospital de tercer nivel. La atención prenatal la reciben el cien por ciento de mujeres embarazadas, el 75% se inscriben antes de las doce semanas con un promedio de 6.5 controles. El embarazo en adolescente es del 21%, y el 75 % de los embarazos se dieron entre las edades de 20 y 34 años. El 44% de las embarazadas eran de primera vez y el 31% de segundo embarazo y solo el 3% con su quinto embarazo. El 100% de las mujeres reciben controles en el puerperio y son visitadas en el domicilio por una promotora de salud. El índice de Planificación familiar es del 40% para las mujeres en edad fértil

En la atención infantil, no se reporta muertes infantiles prevenibles desde 1997 y no hay reportes de muertes perinatales desde el 2003. El 100% de los niños reciben controles infantiles desde el nacimiento, con esquemas completos de vacunación para su edad. Los niños menores de cinco años con bajo peso es del 12.9 %, no había ningún niño en desnutrición, moderada o severa para el año 2007. Según los datos de referencia de la OMS solo el 3% de niños menores de cinco años tienen retardo del crecimiento (<-2DE: Menos dos desviaciones estándar), no se encontró ningún niño con retardo severo del crecimiento.

La morbilidad por diarreas ocupan el onceavo lugar lo que representa el 1.33 % de la consulta y el parasitismo intestinal el quinto lugar con el 5.6%.

En saneamiento ambiental, el 90% de las viviendas se reportan con limpieza adecuada, el 80% de las letrinas tiene un adecuado mantenimiento, el 73% de la población utiliza el método SODIS para potabilización del agua. No hay descargas de aguas negras a los riachuelos como tampoco cerdos sueltos en las calles.

Respecto a enfermedades transmisibles hay una baja incidencia en dengue, malaria, Chagas, tuberculosis pulmonar, enfermedades de transmisión sexual y no existen casos de VIH hasta la fecha.

VI- DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

El modelo de salud comunitaria en Guarjila, fue construido y desarrollado por la propia población, surgió durante la guerra contra la tiranía militar en un contexto adverso que se caracterizó por la militarización progresiva del país y la represión sistemática institucionalizada, que obligó a la migración de la mayoría de la población que vivía en las zonas conflictivas a países vecinos principalmente Honduras y Nicaragua. Esto demuestra, que si la población está unida y organizada, es capaz de desarrollar proyectos éxitos para resolver sus propias necesidades y superar las dificultades.

Los pobladores que habitan Guarjila, estuvieron refugiados en uno de los campamentos de Mesa Grande Honduras y fue uno de los primeros grupos que retornaron en 1987 en pleno conflicto armado y desde el inicio de la repoblación, se caracterizaron por mantener un alto nivel de organización comunitaria, solidaridad y trabajo colectivo para resolver sus problemas.

Guarjila, como muchas comunidades repobladas, construyeron su comunidad desde la nada, y fue la propia población la que se organizó para construir y mejorar progresivamente sus condiciones de vida: abastecimiento de agua, producción de alimentos, saneamiento básico, vivienda, educación y salud. En este sentido el modelo de salud comunitario construido se visualiza como un componente del desarrollo integral de la comunidad.

La organización, la participación comunitaria, el empoderamiento y el trabajo intersectorial han sido los principales elementos para mantener el trabajo de salud y el desarrollo integral progresivo de la comunidad. Este proceso de organización comunitaria se ha desarrollado a través de diferentes estructuras organizadas en los diferentes contextos históricos. Para la conformación de las diferentes estructuras hay mecanismos de elección democráticos establecidos y la asamblea comunitaria es la máxima autoridad para la toma de decisiones trascendentales para la comunidad. Esta organización y participación han sido importantes para la

movilización social en la defensa y exigencia de los derechos universales, civiles y políticos; la comunidad es parte del movimiento social organizado a nivel nacional.

Los mecanismos de trabajo intersectorial han permitido que la comunidad avance en la identificación y abordaje de las determinantes sociales para mejorar las condiciones de vida y salud de la población, con participación activa de los diferentes sectores y actores de la comunidad; permitiendo mejoras en los indicadores sociales, económicos, de educación y salud. Este trabajo intersectorial se ha desarrollado especialmente al interior de la comunidad y no habido participación de organismos gubernamentales como consecuencia del aislamiento a que fue sometida la comunidad.

El modelo de salud ha funcionado fundamentalmente a través de agentes comunitarios de salud: promotoras de salud comunitaria, parteras, promotoras de Rehabilitación, y personal médico nacional e internacional, además de grupos de apoyo en áreas como materno infantil, nutrición, medicina natural y promoción de la salud.

Las intervenciones en salud desarrolladas por el equipo han progresado desde la atención medicalizada centrada en el tratamiento de la enfermedad, justificada por la guerra y la carga de enfermedad de la población, y el fortalecimiento de la prevención de enfermedades y educación en salud. La promoción de la salud y el abordaje de los determinantes sociales están presentes desde el principio de la experiencia (organización y participación comunitaria, trabajo intersectorial, búsqueda de la equidad). En los últimos años se incluyó el enfoque de género y derechos humanos. Este trabajo se ha realizado a través de diferentes grupos comunitarios organizados y grupos vulnerables, trabajo intersectorial y visitas domiciliarias integrales sistemáticas planificadas y la radio comunitaria; lo que ha permitido avances importantes en la prevención, educación y promoción de la salud. Se evidencia poca inversión estatal en los años anteriores al 2007, en infraestructura comunitaria y social, la mayoría de los proyectos comunitarios incluida la infraestructura pública fueron financiados por grupos de la solidaridad internacional y donaciones de agencias de Europa y Estados Unidos; en algunas

áreas como salud, agua y saneamiento, la comunidad aportó una contribución económica importante para el mantenimiento y la sostenibilidad, Ejem: seguro comunitario que cubrió hasta un 20% del gasto en salud y la cuota mensual para mantener el sistema de agua.

El Derecho humano a la salud, es un Derecho fundamental establecido en la constitución de la República de El Salvador. Este derecho fue negado a la población de Guarjila por más de 22 años, como reflejo de la exclusión de los Gobiernos de turno que por decisión política no mostraron ningún interés en apoyar a la comunidad debido a su carácter revolucionario y militancia en el FMLN.

El compromiso, la pertenencia y la identificación del equipo de salud con la comunidad ha sido fundamental para el desarrollo del trabajo de salud, reflejada en una mínima deserción de los trabajadores de salud a pesar de haber trabajado por muchos años de forma voluntaria y posteriormente con mínima remuneración.

Esta experiencia de salud se desarrolló en un esfuerzo más amplio como parte de una red de promotores de salud de más de 100 comunidades en Chalatenango y se mantuvo por más de doce años atendiendo a la población en sus necesidades básicas de atención en salud en ausencia del Estado. Esta red de promotores/as de salud fue apoyada desde sus inicios por la iglesia católica, la organización regional y gremial de las comunidades CCR y ANTA y algunas ONGs progresistas y voluntarios independientes durante el conflicto y posterior a los acuerdos de paz en 1992.

Después de la firma de los acuerdos de Paz en 1992, hubo un esfuerzo importante de las comunidades organizadas a través de sus organizaciones gremiales (CCR y ANTA), la Iglesia Católica y algunas ONGs, con la intermediación de la OPS, para que el Ministerio de Salud reconociera el trabajo de salud que realizaban los promotores/as para que restableciera los servicios de salud en los Municipios de la zona nor-oriental de Chalatenango que fueron abandonados al inicio de la guerra, respetando la organización de las comunidades e incorporando a los promotores/as de salud de estas zonas para trabajar de manera integrada; en este esfuerzo se firmó un convenio en 1993, el cual no fue cumplido por el Ministerio de Salud quien de forma progresiva destruyó la organización de los promotores/as de Salud de las

comunidades. La comunidad de Guarjila no permitió que el Ministerio de Salud interviniera en el trabajo de salud comunitario que desarrollaban, lo que les permitió mantenerse de forma independiente y continuar desarrollando un modelo de salud alternativa con una amplia participación comunitaria.

La Equidad ha sido un valor practicado por la comunidad lo cual se evidencia en las acciones desarrolladas dirigidas a disminuir las desigualdades al interior de la misma; impulsando programas para los diferentes grupos poblacionales con énfasis a los más vulnerables, entre ellos los adultos mayores, mujeres embarazadas, niños/as, lisiados de guerra y discapacitados.

El acceso a la salud ha sido universal, tanto en la prestación de servicios de salud como en los programas de prevención de las enfermedades y promoción de la salud. Todas las personas han tenido las mismas oportunidades independientemente de su condición social y económica, estas oportunidades también beneficiaron a otras comunidades que solicitaban atención en salud y que vivían en las mismas condiciones que la población de Guarjila.

El equipo de salud ha mantenido un esfuerzo constante en brindar servicios eficientes, trato digno a las personas, con respeto, confianza y conocimiento de las condiciones de vida de la población. El equipo de salud vive en la comunidad y se identifica con ella, una de las debilidades de los trabajadores de salud en general, es que no pertenecen a las comunidades lo que conlleva a una frágil relación entre población y trabajadores de salud por su poca identidad e interés en los problemas comunitarios.

La solidaridad al interior de la comunidad fue un principio fundamental para la convivencia, la organización comunitaria y la movilización, lo que les permitió sobrevivir la guerra y avanzar en el desarrollo integral de la comunidad con participación de todos y todas. Ejemplo de ello fue el trabajo colectivo en la construcción de viviendas, producción de alimentos, construcción del sistema de agua, seguridad, y de infraestructura comunitaria; esto se refleja también en el apoyo a otras comunidades durante y después de la guerra para el cumplimiento de los Acuerdos de Paz, el derecho a la tierra y a vivir en los lugares de origen;

participación en las luchas por la no privatización del sector salud, en otros sectores como agua potable, telefonías y en contra de minería, así como el apoyo a comunidades que han sufrido desastres. Además Guarjila contó con la solidaridad de varios grupos de distintos países, mediante apoyo político, económico, acompañamiento directo y denuncia en el exterior de las violaciones a los Derechos Humanos que sufría la población.

Respecto a la contraloría social y rendición de cuentas, fueron dos componentes desarrollados por la comunidad, participando de manera activa en la elaboración, ejecución y monitoreo de los proyectos comunitarios, permitiendo que hubiera transparencia en el manejo de los fondos y en la toma de decisiones. La controlaría social en el trabajo de salud se desarrollaba a través de las asambleas comunitarias y en reuniones de sectores, señalando los aspectos que debían mejorar los miembros del equipo de salud.

Determinantes sociales de la salud.

Los principales determinantes sociales de la salud identificados en la comunidad y donde han podido incidir están relacionados con determinantes intermedios, especialmente mejoras en las condiciones de vida: viviendas construidas de materiales duraderos 94%, agua potable domiciliar y letrización en el 98% de las viviendas, mejoras en el saneamiento básico domicilia en el 80%, energía eléctrica en el 95%, el 71% con teléfono. El 67% de las familias cocinan afuera de la vivienda y el 70% le dan algún tratamiento al agua antes de consumirla. A nivel comunitario se encuentra la Escuela, el instituto nacional, el centro de Salud “Clínica Ana Manganaro”, la Radio comunitaria, Centro de Rehabilitación, Centros de reunión y recreación como la casa comunal, casa del adulto mayor, creación de fuentes de empleo y producción comunitarias como panaderías, talleres, deshidratado de frutas, lácteos, producción de miel de abejas y otras. La organización de la comunidad les permitió tener representación el consejo municipal de la Alcaldía de Chalatenango lo que facilitó obtener el servicio de Tren de Aseo Municipal y algunas mejoras de calles internas y alumbrado público. Igualmente la comunidad por su nivel organizativo y

sus logros en el desarrollo local ha incidido a nivel nacional e internacional, evidenciado por los reconocimientos y exposición de su experiencia en foros nacionales e internacionales (Movimiento para la Salud de los Pueblos, contraparte de instancias académicas como la Universidad de El Salvador, Unión Europea y otros, e intercambios de la experiencia con grupos nacionales y extranjeros).

Análisis de indicadores de salud.

Los principales resultados en salud percibidos por los grupos comunitarios, se enmarcan dentro de la prevención, la educación en salud y la adopción de conductas saludables; especialmente en saneamiento básico e higiene personal, tratamiento de agua de consumo humano, enfermedades gastrointestinales y parasitarias, infecciones respiratorias, infecciones de transmisión sexual, disminución de la automedicación, consulta temprana y mejoras en los hábitos alimenticios.

Entre los principales indicadores de impacto del trabajo de salud comunitaria se evidencia la ausencia de mortalidad materna por más de 10 años, lo cual es el reflejo de la mejora en los indicadores en atención prenatal, inscripción precoz, parto hospitalario, control puerperal, disminución del embarazo en adolescente, alta tasa de planificación familiar, las edades seguras para los embarazos, bajo promedio de embarazada con espacios intergenésicos largos, la atención temprana, el seguimiento estricto a la embarazada, la educación en salud y la calidad y calidez en la atención.

No hay muertes infantiles prevenibles desde 1997 lo cual evidencia la mejora en indicadores de atención infantil como el control de niño sano en el 100%, la inscripción precoz, esquemas completos de vacunación para su edad, baja tasa de desnutrición para los cuales se ha implementado un programa de nutrición con soya, la buena aplicación de la estrategia AIEPI. También, la baja incidencia de diarreas y parasitismo intestinal reflejan las mejoras en la higiene familiar, el abastecimiento y tratamiento de la calidad del agua, el saneamiento comunitario, la lactancia materna y mejoras en la alimentación de los niños y niñas.

Para la prevención, educación y promoción de la salud el equipo de salud desarrolló estrategias que permitieron mejorar la salud en los diferentes ciclos de vida y grupos vulnerables, teniendo como resultado una baja incidencia de enfermedades transmisibles: inmunoprevenibles, ITS y VIH, enfermedades relacionadas con el agua y saneamiento; y transmitidas por vectores.

Según el marco conceptual de la promoción de la salud, la comunidad tiene avances importantes en la creación de espacios y entornos saludables y protectores; el fortalecimiento de la participación comunitaria y el empoderamiento (poder de decisión) de la sociedad civil, el desarrollo de habilidades personales, capacidades y competencias; y la reorientación de los servicios de salud, a excepción de la incidencia en políticas públicas saludables que debido a la marginación política que sufría la zona en gobiernos anteriores no había participación en los espacios de construcción de políticas.

LECCIONES APRENDIDAS.

1. La experiencia de salud Comunitaria en Guarjila es un componente del desarrollo integral de la comunidad, lo cual permitió desarrollarse y mantenerse en el tiempo, a pesar de las adversidades.
2. Una comunidad organizada tienen mayor capacidad resolutive y por consiguiente tienen mayores posibilidades de desarrollarse.
3. Guarjila es una comunidad pobre, que ha logrado mejores indicadores de salud y desarrollo, en comparación con otros municipios del departamento y el País.
4. Los proyectos desarrollados en la comunidad de Guarjila tuvieron éxito porque participó en la identificación y priorización de los problemas, en el diseño, gestión y desarrollo de los mismos.
5. La contraloría social que ha ejercido la comunidad ha garantizado que estos se ejecuten apropiadamente.

6. El Equipo de Salud ha mantenido un alto nivel de protagonismo y liderazgo; y son agentes de cambio para la transformación de las causas injustas que afectan a la comunidad.
7. En la comunidad de Guarjila las mujeres han tenido un papel importante en la experiencia de salud y el desarrollo socioeconómico superando la inequidad de género.
8. La comunidad mantiene un alto espíritu y colaboración para el mantenimiento y recuperación de la memoria histórica.

VII- CONCLUSIONES.

1. La experiencia sistematizada está basada en los principios de la APS integral, promovida y desarrollada desde la comunidad en un contexto de conflicto armado. Se evidencia que fue la comunidad la protagonista del proceso de construcción de la salud comunitaria, no para sustituir al estado o de obviar la responsabilidad del gobierno, sino por la necesidad a que la población se vio enfrentada y por el abandono del estado durante los años del conflicto armado.
2. La organización y participación comunitaria, la intersectorialidad, el empoderamiento, la movilización social y el poder de decisión son elementos principales desarrollados por la comunidad que le permitió desarrollar, defender, gestionar y sostener la experiencia de salud y otras áreas de desarrollo comunitario a nivel local, a pesar de un contexto adverso caracterizado por la marginación y represión estatal.
3. La comunidad ha practicado valores como la solidaridad, la equidad comunitaria y el sentido de pertenencia, los cuales le han permitido una mayor cohesión social, mantener altos niveles de organización comunitaria, empoderamiento y protegerse de amenazas externas.
4. El trabajo de salud comunitaria es comprendido en una visión global del desarrollo de la comunidad y la organización comunitaria ha funcionado como un proceso político-ideológico comunitario, el cual ha estado unido a la lucha social sistemática, en el plano local, regional o nacional; la comunidad se sostuvo en el tiempo por su organización interna y la articulación con las otras comunidades de la zona, el movimiento social a nivel nacional y el apoyo de la solidaridad internacional.

5. Las intervenciones en salud establecieron un equilibrio entre a) la prestación integral de servicios de salud intra y extramural, b) la prevención a nivel individual, familiar y comunitario, y c) la promoción de la salud especialmente el fortalecimiento de la participación, la intersectorialidad y el empoderamiento; y el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias tanto comunitarias como del personal de salud.

6. Las mejoras en las condiciones de vida: vivienda, agua y saneamiento, seguridad alimentaria y nutricional, educación y servicios integrales de salud, se evidencian a través de los indicadores en la ausencia de mortalidad materno infantil por más de una década, altas coberturas de inmunización, planificación familiar, inscripción precoz de la embarazada y recién nacido, la baja incidencia de desnutrición infantil y materna, de enfermedades transmisibles: inmunoprevenibles, ITS/VIH; enfermedades relacionadas con el agua y saneamiento y transmitidas por vectores, así como la consulta temprana y baja automedicación.

7. La sistematización de la experiencia de salud comunitaria en Guarjila impulsada por la propia comunidad, con resultados importantes en el estado de salud de la población, demuestra que la Atención Primaria en Salud Integral es viable, y probablemente los resultados serían mejores si se hubiera contado con el apoyo del gobierno y una política de salud basada en el modelo de APS I.

VIII- RECOMENDACIONES.

Al Ministerio de Salud.

1. Que promueva la investigación cualitativa en Atención Primaria en Salud integral para fortalecer la actual reforma de salud.
2. Retomar elementos de la experiencia de Salud comunitaria de Guarjila para fortalecer el proceso de reforma de salud en El Salvador.
3. Profundizar en otras investigaciones más específicas en la comunidad, tomando como base los resultados de esta sistematización de 20 años de la experiencia de salud comunitaria en Guarjila, Chalatenango.

A la comunidad.

1. Mantener la cohesión social, y los mecanismos de organización y participación social y la intersectorialidad para defender y fortalecer los logros alcanzados.
2. Dar a conocer su experiencia a las instituciones gubernamentales, formadoras y otras comunidades.
3. Continuar apoyando los esfuerzos para la recuperación de la memoria histórica y mantenerla viva para las nuevas generaciones.

A las instituciones Formadoras.

1. Promover más la investigación cualitativa en salud en las universidades e instituciones formadoras, debido a la escasez de estudios de este tipo en el país.

A la Maestría de Salud pública.

1. Motivar a los estudiantes de la Maestría para continuar investigando experiencias de salud comunitaria en otras regiones del país, que permitan generar evidencias para sustentar la viabilidad de la APS integral.

2. Que proporcione mayores herramientas para la investigación cualitativa en salud y se incorpore a los módulos obligatorios, y no opcionales como fue en nuestra generación.
3. Que el formato de presentación de tesis para estudios cualitativos se adapte a este tipo de investigaciones y no debería ser igual que las investigaciones cuantitativas

IX- BIBLIOGRAFIA.

1. Arguello L. Lecciones aprendidas en la Descentralización en Nicaragua. VI Coloquio en Salud. UES; 1998.
2. Arias Peñate JS. Atlas de la pobreza y la Opulencia en El Salvador. 1ra. ed. San Salvador: Talleres gráficos UCA; 2010.
3. Asamblea Legislativa. Constitución de la República de El Salvador. [Internet]. Decreto No. 38. Diciembre, 1983. Available from: <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/constitucion-de-la-republica>
4. Asamblea Legislativa. Ley de creación del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Decreto No. 442 Nov 16, 2007. Available from: <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/ley-de-creacion-del-sistema-nacional-de-salud>
5. Asamblea Legislativa de la Republica de El Salvador. Código Municipal [Internet]. Decreto No. 274. Available from: <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/codigo-municipal/?searchterm=Codigo%20municipal>
6. Asamblea Legislativa: Comisión de Medio ambiente y Salud Pública. Seminario de comparación de propuestas de Reforma del Sector Salud en El Salvador. San Salvador; 1998 p. 17–21.
7. Asociación Equipo Maíz. El Salvador en Cifras y trazos. 1ra ed. San Salvador: Equipo de educación Maíz; 1996.
8. Baatz C. Testimonio Sanitario de un Vivencia real y Cierta “La Lucha de El salvador por su dignidad” [Tesis de grado para incorporación al Grado de Doctorado en Medicina]. [San Salvador]: Universidad de El salvador (UES).; 1994.
9. Baatz C. Capacidad resolutive de comunidades rurales que cuentan con promotores (as) de salud en Chalatenango y Morazán [Tesis para optar a la Maestría en Salud Pública]. [San Salvador]: UES; 1998.
10. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud [Internet]. 1ra. ed. Washington, D.C.; 1993 [cited 2012 Jun 3]. Available from: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/11/04/000011823_20051104145818/Rendered/PDF/341290spanish.pdf
11. Barten F, Espinoza E. Rescue of Local Experiences in El Salvador and Nicaragua for the Health Sector Reform Process. En: European Commission Contract Holders´Meeting. Downing College, Cambridge, UK. 1998.
12. Barten F, Pérez-Montiel R, Espinoza E, Morales C. Democratic Governance – fairytale or real perspective? Lessons from Central America. Environment and Urbanization 14(1) 129-144. 2002.
13. Browning, David. El salvador, la Tierra y el Hombre. San Salvador; 1998.
14. CEPAL, IUDOP, GTZ. Oferta, demanda e intermediación laboral: aportes para la integración de jóvenes al mercado de trabajo salvadoreño. [Internet]. San Salvador: CEPAL; 1996. Available from: <http://www.uca.edu.sv/publica/iudop/libros/Ofertademanda.pdf>
15. Chris van der Borgh, Cooperación Externa, Gobierno Local y Reconstrucción Post-guerra, Amsterdam. Edit. Rozemberg Publishers, 2003. pp 159
16. Cummings A. “Iniciativas Innovadoras de Desarrollo Económico Local en Chalatenango.”San Salvador: Boletín Alternativas para el Desarrollo de la Fundación Nacional para el Desarrollo (FUNDE) No. 79; 2002.
17. ED-UCA,CCR y PRODERE. Las escuelas populares de Chalatenango. San Salvador: Talleres gráficos UCA; 1994.
18. Ellacuría I. Veinte años de historia en El Salvador (1969-1989). 1ra ed. San Salvador: Talleres gráficos UCA; 1993.
19. Espinoza E. Disponibilidad y Precio de Medicamentos Esenciales en El Salvador durante el segundo semestre del 2006. [Internet]. UES: Observatorio de Políticas públicas en Salud.

- Centro de Investigación y Desarrollo en Salud (CENSALUD); 2007. Available from: www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200611SV/sdocs/survey_report.pdf
20. Espinoza E, Elías MA, Villalta V. El SILOS de la Zona Norte de San Salvador 1992-1997: Una experiencia innovadora en salud. Tesis para optar al grado de Maestría en Salud Pública. [San Salvador]: UES; 2000.
 21. Espinoza E. Rescate de experiencias locales innovadoras en salud en El Salvador y Nicaragua, período 1980-1995, para el proceso de reforma del sector salud. San Salvador; 2000.
 22. FLACSO Programa El Salvador/Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local en El Salvador, FISDL. Mapa de pobreza: Política social y Focalización. 1ra ed. San Salvador; 2005.
 23. Freire P. Pedagogía del Oprimido. 1ra. ed. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 1970.
 24. Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN). Programa de Gobierno 2009-2014: Nace la Esperanza Viene el Cambio. San Salvador; 2009 p. 97.
 25. Keune L. Sobrevivimos la guerra: La historia de los pobladores de Arcatao y de San José Las Flores. San Salvador: Adelina Editores; 1996.
 26. Kroeger A, Luna R. Atención Primaria de Salud: Principios y Métodos. 2da. ed. México: Pax México; 1992.
 27. Landolt P. La Construcción de Comunidades en Campos Sociales Transnacionales: El Caso de Los Refugiados, Migrantes y Repatriados de El Salvador. [Internet]. Buenos Aires: Centro de Estudios Migratorios Latinomaericanos CEMLA; 2004 [cited 2012 Jun 3]. Available from: http://www.yorku.ca/cohesion/LARG/PDF/Landolt_04_laconstruccion.pdf
 28. Lungo M. Economía y sostenibilidad en las zonas exconflictivas en El salvador. 1ra ed. FUNDASAL; 1997.
 29. Marinis P. La Comunidad según Max Weber: desde el tipo ideal de la Vergemeinschaftung hasta la comunidad de los combatientes. Buenos Aires: CONICET, Universidad de Buenos Aires; 2010.
 30. Martín Baró I. Psicología social de la guerra. 1ra. ed. San Salvador: UCA Editores; 1990.
 31. Martín-Baró I. Monseñor: una voz para un pueblo pisoteado. La voz de los sin Voz. 1ra. ed. San Salvador: UCA Editores; 1980.
 32. Martínez Peñate O. El Salvador: Historia General. 1ra. ed. San Salvador: Nuevo Enfoque; 2002.
 33. Menéndez EL. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. Rosario, Argentina.; 1998.
 34. Ministerio de Salud. Construyendo la Esperanza: Estrategias y Recomendaciones en Salud del Nuevo Gobierno. San Salvador.; 2009 May p. 36.
 35. MINSAL. Informe de Labores 2009-2010. San Salvador: Ministerio de Salud; 2010 Jun p. 32–51.
 36. Montoya A. El Desarrollo Económico comunitario: Diagnóstico socioeconómico de cien comunidades de El Salvador. Revista ECA No. 595-596. 1998 Jun;
 37. Naciones Unidas. De la Locura a la Esperanza. La guerra de los 12 años en El Salvador. Informe de la Comisión de la Verdad 1992-1993. 1ra. ed. San Salvador: Arcoiris; 1993.
 38. OMS. Declaración de Alma Ata: Atención Primaria de Salud. Switzerland.; 1978.
 39. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. [Internet]. Ottawa; 1986. Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
 40. OMS. Glosario de la Promoción de la Salud [Internet]. Ginebra; 1998 [cited 2012 Jun 3]. Available from: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
 41. OMS, Comisión de determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una Generación: Alcanzar la Equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, Informe Final. [Internet]. Buenos Aries, Argentina: Ediciones Journal S.A; 2008. Available from: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/index.html
 42. OPS. Evaluación de la promoción de la salud: Principios y perspectivas. Washington D.C; 2007.

43. OPS/OMS. Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Documento borrador para discusión. 2005.
44. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud: estrategias para el desarrollo de los Equipos de APS. Documento No. 1 Serie de Documentos de La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 1ra. ed. Washington, D.C.; 208AD.
45. Organización Panamericana de la Salud. Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, métodos, Experiencias. Washington, D.C.; 1990.
46. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de salud de El Salvador 2000-2005: monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Washington D.C; 2007.
47. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Documento No. 4. Serie de Documentos de La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D.C.; 2010.
48. PNUD. Informe Sobre Desarrollo Humano El Salvador 2007-2008 . El empleo en uno de los pueblos más trabajadores del mundo. San Salvador; 2008.
49. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2010, De la Pobreza y el consumismo al bienestar de la gente. Propuesta para un nuevo modelo de Desarrollo. San Salvador; 2010.
50. Rifkin SB, Walt G. Why Health improves: Defing the issues concerning "Comprehensive Primary Health Care" and "Selective Primary Health Care". 1986.
51. Romero F. La prensa Gráfica. Un ISSS con carencias se abre a informales. San Salvador; 2008 Enero; Available from: <http://archive.laprensa.com.sv/20080801/nacion/1112647.asp>
52. Rovere M. ¿Es estratégica la estrategia de Atención Primaria? Taller: Contextualizando y Revitalizando la Atención Primaria en Salud: Ponencia. San Salvador; Sep 27, 2007.
53. Sánchez Cerén S. Con sueños se escribe la vida. 1ra. ed. Ocean Sur; 2008.
54. Servicio Jesuita para el Desarrollo "Pedro Arrupe." Tiempo de recordar y tiempo de contar: Testimonios de comunidades repatriadas y reubicadas de El Salvador. 2da. ed. San Salvador: Talleres gráficos UCA; 1994.
55. Tonini G. Manual de Epidemiología Comunitaria. Quito, Ecuador: CECOMET; 1997.
56. Universidad de El salvador. Boletín Informativo de la Secretaría de Relaciones Nacionales e Internacionales de la UES. No 20, Año 5. 2006.
57. Universidad de El salvador, Facultad de Medicina. ¿Con que pluma se está escribiendo la Reforma de Salud? VI Coloquio en Salud. San Salvador: Ediciones Universitarias; 1998.
58. Vega R, Acosta N, Mosquera P, Restrepo O. Atención Primaria de Salud: Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la Equidad en Salud. 1ra. ed. Bogotá D.C.: Unión Gráfica Ltda.; 2009.
59. Walsh JA, Warren KS. Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. 1980. Soc. Sci. Med. 14C, 145; 1980.
60. Werner D, Sanders D. Cuestionando la solución; Las Políticas de Atención Primaria en Salud y Supervivencia Infantil. [Internet]. Health Wrights; 1995. Available from: <http://www.healthwrights.org/hw/content/books/CLS/index.htm>

ANEXOS

ANEXO No. 1

Selección de los Grupos Focales

Grupos Focales.

A) Los Grupos Focales fueron realizados según al área en que trabajaban o habían trabajado, están:

- Personas que fueron directivos durante o después de la repoblación: Alejandro Rauda, Angel Serrano, Antonio Dubón, Matilde Alfaro.
- Directivos en funciones al momento de hacer la investigación: Armando Marín, Constantino Guardado, Marina Miranda, Carlos Quintanilla, Odir Serrano.
- Equipo de ex-promotoras de salud del Municipio San José Las Flores: Milagro, Isabel, Cecilia, Raimunda.
- Equipo de Promotoras de Salud de Guarjila: Angélica Serrano, Aide Guardado, Marina Miranda, Telma Chávez, Estela López, Reinady Ortega, Esperanza Sibrián, Marlene Cruz.
- Maestros del Centro Escolar de Guarjila: Armando Marín, Carlos Quintanilla, Mauricio Morales, Moris Amaya, Paula Castro, Marlene Henríquez, Rosa Morales.

ANEXO No. 2

Instrumentos de Recolección de Datos.

1. Guía de Grupos Focales.

Nombre del Grupo Focal: _____

Fecha: _____ Nombre de los realizadores: _____

Datos de los participantes en el Grupo Focal:

Nombre	Teléfono
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____

Preguntas Generadoras:

1. Cuéntenme la historia desde el refugio en Honduras, el retorno y la repoblación de Guarjila.

2. ¿Que hicieron como comunidad para resolver las necesidades básicas cuando llegaron a Guarjila?.

3. ¿Cómo se organizaron para resolver estas necesidades y de qué forma se involucró la comunidad?

4. ¿Quiénes les apoyaron durante el retorno y la repoblación?

5. ¿Cómo resolvieron las necesidades de servicios básicos, posterior a la repoblación ejem: Agua, vivienda, saneamiento básico, alimentación, salud y educación?

6. ¿Cómo inició el trabajo de salud comunitaria en la comunidad y quienes fueron sus actores principales?

7. ¿Cómo se organizó el trabajo de salud comunitaria?

8. ¿Cómo fue capacitado el equipo de salud comunitaria y quienes facilitaron ese proceso?

9. ¿Qué apoyo recibieron del Ministerio de salud para el desarrollo del trabajo de salud comunitaria?

10. ¿Hubo algún proceso para establecer relaciones y buscar apoyo con el Ministerio de Salud?

11. ¿Qué factores facilitaron y limitaron la construcción de la experiencia de salud comunitaria en Guarjila entre 1987-2007?

12. ¿Cuál ha sido la incidencia del trabajo de salud comunitario de Guarjila en el Sistema Nacional de Salud?

13. ¿Cuáles consideran que han sido los principales logros del trabajo de salud comunitaria en estos 20 años?

2. Guía de Entrevista a Profundidad a Actor Clave

Nombre del entrevistado: _____ Sexo: _____

Edad: _____ Teléfono: _____

Grupo u organización a la que pertenece. _____

Fecha de realización: _____

Preguntas Generadoras:

1. Cuénteme la historia desde el refugio en Honduras, el retorno y la repoblación de Guarjila.

2. ¿Qué hicieron como comunidad para resolver las necesidades básicas cuando llegaron a Guarjila?.

3. ¿Cómo se organizaron para resolver estas necesidades y de qué forma se involucró la comunidad?

4. ¿Quiénes les apoyaron durante el retorno y la repoblación?

5. ¿Cómo resolvieron las necesidades de servicios básicos, posterior a la repoblación ejem: Agua, vivienda, saneamiento básico, alimentación, salud y educación?

6. ¿Cómo inició el trabajo de salud comunitaria en la comunidad y quienes fueron sus actores principales?

7. ¿Cómo se organizó el trabajo de salud comunitaria?

8. ¿Cómo fue capacitado el equipo de salud comunitaria y quienes facilitaron ese proceso?

9. ¿Qué apoyo recibieron del Ministerio de salud para el desarrollo del trabajo de salud comunitaria?

10. ¿Hubo algún proceso para establecer relaciones y buscar apoyo con el Ministerio de Salud?

11. ¿Qué factores facilitaron y limitaron la construcción de la experiencia de salud comunitaria en Guarjila entre 1987-2007?

12. ¿Cuál ha sido la incidencia del trabajo de salud comunitario de Guarjila en el Sistema Nacional de Salud?

13. ¿Cuáles consideran que han sido los principales logros del trabajo de salud comunitaria en estos 20 años?

Revisión Documental.

OBJETIVO: Obtener información pertinente de fuentes documentales relacionados con la experiencia de salud Comunitaria de Guarjila, que ayude a sustentarla y sistematizarla.

TIPO DE DOCUMENTOS A REVISAR.

Documentos internos. (de la Clínica Ana Manganaro)

- Planes de Trabajo de la experiencia de salud de Guarjila.
- Informes anuales propios de la experiencia de salud de Guarjila.
- Documentos de Proyectos.
- Diagnósticos comunitarios.
- Perfiles de salud.
- Planes de intervenciones específicas.
- Documentos de monitoreo o Evaluaciones.
- Convenios.
- Otros documentos de interés que puedan aportar información.(Perfil de la institución, Guías , manuales, material educativo, etc.)

Documentos externos a la Clínica Ana Manganaro.

- Documentos de la ADESCO: Planes de trabajo, informes, etc.
- Documentos de Organizaciones del Movimiento social. (Coordinadora de Comunidades y Repoblaciones, PROVIDA, CRIPDES, CORDES).
- Documentos de organismos de Iglesias (Comisión Diocesana de la Pastoral en salud de Chalatenango, CODIPSA; Comisión Arquidiocesana de la Pastoral en Salud, CAPS)

Datos relevantes del a revisar.

1. Indicadores demográficos de la comunidad.
2. Datos históricos de la comunidad y de la institución.
3. Datos Socioeconómicos de la comunidad.
4. Datos sociopolíticos de la comunidad.
5. Indicadores Epidemiológicos de la comunidad.
6. Intervenciones en salud realizadas.
7. Resultados: indicadores de impacto.

3- Guía de Revisión Documental.

Institución: _____

Nombre del Documento _____

Tipo de documento: _____

Fecha de revisión: _____

Información relevante del documento.

4- Guía de Revisión Bibliográfica.

Ficha Bibliográfica

Fecha de Revisión: _____

Investigador: _____

TIPO: LIBRO _____ BOLETÍN _____ REVISTA _____

AUTOR: _____
Apellidos (s), Nombre (s)

TITULO Y SUBTITULO: _____

EDICION: _____ LUGAR DE EDICION: _____

EDITORIAL: _____ AÑO DE EDICION: _____

NUM. DE PÁGINAS: _____ SERIE, COLECCIÓN O NUMERO: _____

LOCALIZACION DE LA OBRA: _____

CITA Páginas _____

Si es necesario, completar al reverso.

4- Guía de observación participante.

OBJETIVO: Observar y registrar todos los procesos de organización y participación comunitaria, de intersectorialidad, de convivencia, la forma de tomar decisiones y la distribución de responsabilidades en la comunidad.

Nombre del Observador: _____ Fecha: _____

ASPECTOS A OBSERVAR.

Nombre de la Actividad: _____

Tipo de actividad: _____

Objetivo de la actividad: _____

1. ¿Quiénes participan?: _____

2. ¿Cuántos participan? _____ ¿Hombres? _____ ¿Mujeres? _____

3. Actitud de los participantes: opina, debate, ayuda a tomar decisiones, se responsabiliza de alguna tarea. _____

8. Otros aspectos que el observador considere importante de acuerdo a los objetivos para la investigación. _____

RESUMEN DE LA ACTIVIDAD.

RECOLECCIÓN DE FOTOGRAFÍAS.

Las fotografías se recogieron con el apoyo de los participantes en los grupos focales, quienes las prestaron de forma voluntaria para revisarlas, seleccionarlas y escanearlas: Entre las principales personas que prestaron las fotografías fueron: miembros de la junta directiva, promotoras de salud, maestros y algunas personas individuales desde la comunidad.

Las fotografías se seleccionaron tomando en cuenta el contexto histórico, las condiciones de vida y el desarrollo de la comunidad.

PRESTAMO DE FOTOGRAFÍAS

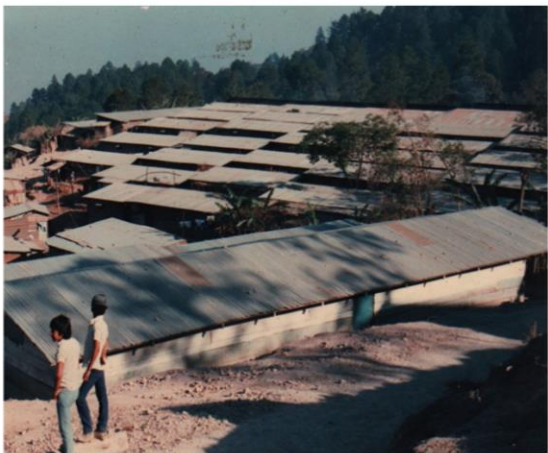
Nombre de la persona: _____ Teléfono: _____

No. De Fotografías Prestadas: _____

Fecha del préstamo: _____ Fecha de Devolución: _____

ANEXO No. 3

Fotografías según momentos históricos y condiciones de vida.



Campamento Mesa Grande Honduras



Equipo de Promotores/as de Salud Campamento Mesa Grande



Llegada de los pobladores desde Honduras a Guarjila, 10 de octubre de 1987



Construcción de las Primeras Viviendas de Zacate v Baharaque en Guarilla. 1987



Promotora de Salud Atendiendo a paciente.



Maestra popular impartiendo clases



Promotoras al inicio de la Repoblación



Promotoras con la Dra. Ana Manganaro



Equipo de Promotoras de salud con la Dra. Christa Baatz (victoria) en Guarjila.



Dra. Argelia Dubón (Delmy), atendiendo a niña en la Clínica de Guarjila.



Sesión educativa con personas con enfermedades crónicas en la Clínica de Guarjila



Fachada de la Clínica Ana Manganaro en 2004