

Educación para la salud: una experiencia en comunidades rurales marginales de la provincia de Manabí, Ecuador

Health education: an experience in rural communities of Manabí, Ecuador

Experiencia

Noemi Bottasso

Universidad Politécnica Salesiana - Ecuador
nbottasso@ups.edu.ec

Jazmín Cazón

Red Iberoamericana de Animación Sociocultural - Ecuador
jazmincazon@gmail.com

Recibido: 15 de marzo de 2016 / Aceptado: 19 de octubre de 2016

Resumen

La salud tiene una importancia vital para todos los seres humanos. Una persona con su salud deteriorada no podrá estudiar, trabajar y disfrutar completamente de su vida. Por lo tanto, el derecho a la salud constituye un derecho fundamental de todos los seres humanos. Las/os habitantes de las zonas rurales marginales de la región Manabí sufren profundas dificultades en el acceso a la salud, por diferentes razones. Con el objetivo de mejorar el acceso a la salud se impulsó una capacitación a 14 comunidades para introducir Botiquines Comunitarios dotados de medicamentos esenciales paliativos y material de primeros auxilios. El trabajo se realizó considerando los enfoques de la Investigación Acción Participativa, de la Educación Popular, el enfoque de género y por último el enfoque de derecho como requisito base para su desarrollo. El proceso terminó exitosamente con la capacitación de 12 Encargadas de Botiquines Comunitarios y la respectiva asignación de Botiquines Comunitarios. Se hace indispensable realizar un seguimiento al proyecto, con estudios evaluativos, talleres de profundización, siendo importante replicar el

proyecto en las comunidades cercanas excluidas en esta primera fase.

Palabras clave: Educación para la salud, empoderamiento de la mujer, Investigación Acción Participativa, educación popular, salud comunitaria.

Abstract

Health is a very important issue for every human being. A person with deteriorated health can't study, work and enjoy thoroughly of his/her life. Right to health is a fundamental right of every human being. Rural marginal zones of region Manabí inhabitants suffer serious difficulties in access of health services, for different reasons. With the objective of improve health access, we realized a training to 14 communities in order to introduce First Aid Kits with essential palliatives medication. As an alternative choice to improve access to health services, we promote an educational training of 14 rural communities, in order to bring in medicine and first-aid kits. The process has made considering the perspective of Participatory action research, Popular Education, Gender and the last, but not the least the perspective of

human rights, as first requirement for its development. The educational process successfully concluded with empowerment of 12 Health Promoters and with the respective assignment of first-aid kits. It's recommended to accomplish others activities to follow the project up, for example: an evaluative study, workshops to review,

amplify and update the matters. Finally it would be important to replicate the process in these close communities that was excluded in this first phase.

Keywords: Health education, women empowerment, Participatory Action Research, popular education, community health.

Introducción¹

Ecuador tiene un alto porcentaje de zonas rurales marginales. La población que habita en estas zonas es campesina y agricultora, vive agrupada en pequeñas comunidades y cuenta con recursos muy precarios.

La población de San Pedro de Atascoso y las comunidades limítrofes se encuentra en la zona de la Manga del Cura. Situadas en la coincidencia de las provincias de Manabí, Los Ríos

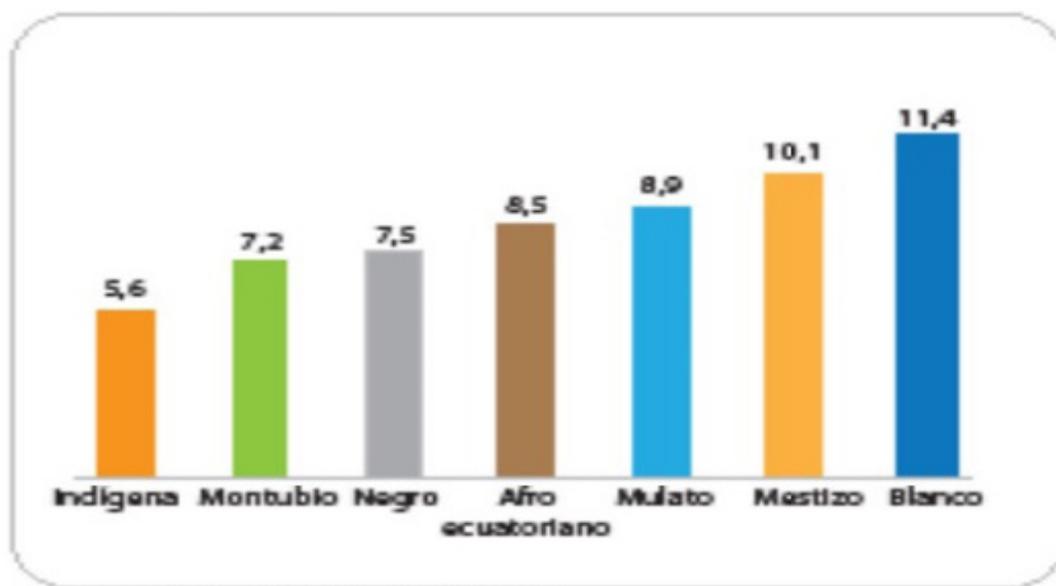
y Guayas, la Manga del Cura fue disputada a lo largo de los últimos decenios, sin llegar a un acuerdo definitivo, lo que genera que la región y sus habitantes queden abandonados por sus autoridades y tomados poco en cuenta.

En la zona donde se desarrolla el proyecto las familias son bastante numerosas (de 3 a 12 hijos por mujer), con acceso mínimo a la educación y a la salud.

En el gráfico a continuación (INEC, 2012) se puede identificar que la etnia Montubio (comunidades campesinas de la costa ecuatoriana) es la segunda, solo después de la indígena, con un valor de 7,2 en el Grado de Escolaridad. Esto significa que en promedio las/los adultas/os de la etnia Montubio tienen un nivel de estudio poco superior a la primaria.

¹ Un agradecimiento especial para el Colectivo de Mujeres de Matagalpa, que compartió su sabiduría, conocimientos y materiales para la realización del proceso de capacitación; también a las comunidades que nos acogieron y cuidaron durante todo el proceso y a todas las instituciones que velan por el bienestar de las personas más vulnerables.

Grado de escolaridad de la población de 24 años y más, según autoidentificación étnica año 2010

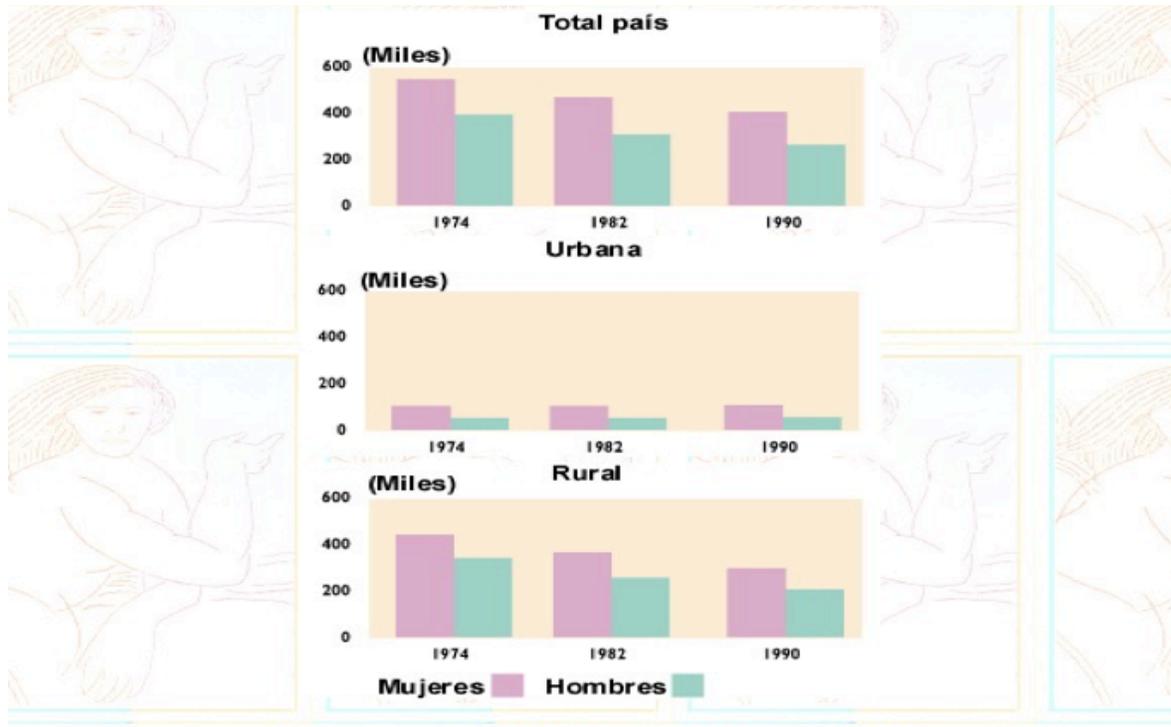


Fuente: Censos de población y vivienda 2001-2010



Otro gráfico a continuación (www.euro-sur.org/FLACSO/mujeres/ecuador/), editado por INEC muestra claramente la disparidad en el nivel de analfabetismo entre zonas rurales y zonas urbanas del Ecuador, aclarando además que el sexo femenino está manifiestamente más perjudicado.

Evolución del número de analfabetos por sexo, según zona



Fuente: INEC, Censos de población años, 1976, 1982, 1990, Ecuador

Análisis del contexto

Los principales problemas sociales que afectan la situación de salud, incluyen los altos niveles de pobreza y el aumento significativo de la indigencia. Cuando se habla de indigencia se hace referencia a la falta de los mínimos recursos económicos para poder vivir.

En la primera mitad de la década 2000-2010 hubo una reducción de la pobreza y la extrema pobreza en relación a la última década del pasado siglo. Esto se asocia a un incremento en la inversión petrolera y a las remesas de los emigrantes (J.Ponce et al, 2008).

En el Ecuador, más que una transición epidemiológica se evidencia una acumulación epide-

miológica. Esto se define como un proceso en el que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud colectiva (INEC, 1999).

El consumo de alcohol en el Ecuador presenta un incremento alarmante. Ecuador es el segundo país en América Latina con mayor consumo de alcohol, según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 2013 la OMS publicó cifras sobre el consumo de alcohol en el Ecuador. Se ingieren 9,4 litros de alcohol por habitante al año (OMS-PAHO, 2008). Según la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (MSP), los últimos datos de 2011 muestran que el consumo de alcohol en 2006 llegó al 23,5%. Consecuentemente la incidencia



de patologías/ problemáticas sociales ligadas este consumo tienen una elevada incidencia.

La salud sexual y reproductiva de una población se calcula en base a diferentes determinantes. Según los datos publicados por INEC (2009, 2011) se evidencia un pico de la tasa de mortalidad materna en los últimos años. En 2009 la INEC (ENDEMAIN, 2004) publicó otro dato muy interesante. El porcentaje de adolescentes embarazadas está aumentando, llegando casi hasta un 20%. Una adolescente de cada 5 queda embarazada entre los 15 y 19 años.

Otro determinante fundamental del nivel de salud sexual y reproductiva hace referencias a la violencia de género. El ENDEMAIN (Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil) de 2004

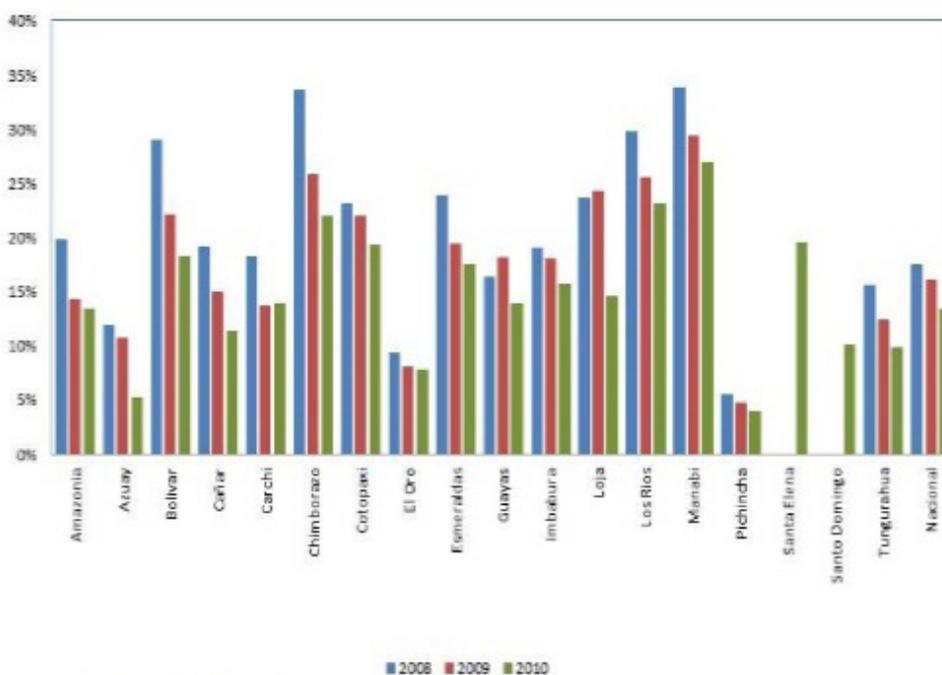
muestra que el 41% de las mujeres ecuatorianas ha sufrido violencia.

En el caso de la condición nutricional, el informe de la encuesta demográfica y de salud materna e infantil (ENDEMAIN) señala que el 23% de los menores de 5 años de edad presenta desnutrición crónica.

Área de investigación

Como se puede observar en el gráfico (INEC, 2010), la región de Manabí está seriamente afectada por un alto índice de pobreza extrema. Esto conlleva muchas consecuencias, entre otras un bajo nivel de salud.

Porcentaje de hogares en extrema pobreza por necesidades básicas insatisfechas. Ecuador 2008-2010



Fuente: INEC_ENEMDU2010

En la zona donde se desarrolla el proyecto son dos las instituciones que trabajan en el sector de atención sanitaria. Por un lado está el MSP, con el subcentro de San Pedro de Atascoso, y por

otro lado está el IESS con el subcentro de La Feria. Además de no cubrir los horarios pre-establecidos, la falta de coordinación entre los dos subcentros genera una escasa cobertura de las zonas colin-



dantes. Asimismo los subcentros no cuentan con todos los materiales necesarios y muchas veces se hace necesario referir al paciente para realizar analíticas o para recibir el tratamiento. El personal de salud también es insuficiente para la demanda de usuarios (en algunos casos el tiempo de espera supera las 4 horas), y además no se encuentra capacitado adecuadamente para la atención en el contexto rural (el nivel de comunicación entre médico y paciente es generalmente muy bajo). El servicio de luz llegó a la comunidad de San Pedro de Atascoso recién en Abril 2014. La mayoría de las comunidades colindantes sigue, hoy en día, sin acceso a la luz eléctrica. Según los últimos informes el acceso a los servicios de saneamiento de las viviendas de la zona de Manabí es muy bajo.

La zona tomada en consideración y sus habitantes tienen un bajo acceso a los servicios de salud por diferentes razones:

- La posición de la comunidad de SPDA es poco estratégica, por estar alejada de las otras comunidades y por estar rodeada de ríos que en invierno se vuelven imposibles de cruzar;
- El subcentro de salud de SPDA, el único gratuito, está destinado a cubrir las exigencias sanitarias de más de 5000 usuarias/os;
- Las lluvias vuelven completamente intransitable los caminos para llegar al subcentro de salud de SPDA;
- las comunidades están en general muy alejadas del subcentro, las más cercanas están a 2 horas a pie, las más alejadas a 8-10 horas a pie;
- Por cada comunidad solamente pocas familias disponen de un medio de transporte motorizado, las/los demás se mueven a caballo, burro o simplemente a pie.

Es necesario recordar las palabras de la Constitución de la República del Ecuador, que en el art.32 dice:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el

buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Objetivos

Objetivo general

- Mejorar la accesibilidad a servicios básicos de salud

Objetivos específicos

- Determinar la necesidad de un servicio básico de salud
- Definir la necesidad de un servicio de salud alternativo
- Generar un servicio de salud básica comunitaria

Perspectiva teórica y metodología de investigación

El trabajo se realizó considerando los enfoques de la Investigación Acción Participativa, de la educación popular, el enfoque de género y por último el enfoque de derecho como requisito base para su desarrollo.

La investigación-acción en su primitiva delimitación por Kurt Lewin remitía a un proceso continuo en espiral por el que se analizaban los hechos y conceptualizaban los problemas, se planificaban y ejecutaban las acciones pertinentes y se pasaba a un nuevo proceso de conceptualización (Carr, Kemmis, 1988, pp. 175-177). Esa búsqueda del conocimiento se caracteriza por ser colectiva, por proporcionar resultados cuya utilización y gobierno corresponde a los propios



implicados, que deben haber determinado el proceso de conocimiento a la vez que experimentado en el mismo un proceso de maduración colectiva (De Miguel, 1993, pp. 97-101). La Investigación Acción Participativa (IAP) reniega la separación sujeto-objeto tal como ha sido planteada en la teoría tradicional del conocimiento. Por supuesto, esto supone una específica relación entre los dirigentes y los dirigidos. En la IAP los dirigentes tienen (a la manera del Estado revolucionario según Lenin) como primer objetivo su desaparición, por lo que cada una de las fases –como veremos a continuación– no culmina sin que se haya avanzado en la capacidad de autogestión de los colectivos sociales implicados. En la IAP, la acción transforma al “enseñante” en facilitador y catalizador. Con el último concepto se refiere a la inteligencia para provocar una reacción reflexiva en la comunidad que se estudia, con el primero a la necesidad de ir proporcionando elementos de reflexión y análisis a los implicados sin prefigurar totalitariamente los problemas de reflexión o los objetivos de acción que los mismos elijan (Rahman, 1991, pp. 27-28) (Haverkort, 2013, pp. 161). Esta metodología otorga la posibilidad de generar un desarrollo endógeno el cual “apunta a fortalecer los procesos, conceptos y valores locales” desde las comunidades para las mismas (Haverkort et al., 2012, p. 162).

El trabajo fue realizado a partir de la perspectiva teórica de la Educación Popular (Gianotten, 1985), que se refiere al trabajo educativo que se realiza para y con los sectores populares desde la práctica cotidiana, dirigida hacia su organización autónoma, capaz de generar proyectos propios (Jara, 1984; Fals, 1986), y que busca, entre otras cosas, incrementar los niveles educativos y contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo de los sectores populares, por medio del aprovechamiento de sus recursos disponibles, efectiva o potencialmente. Dada su confluencia en la práctica, la Educación Popular se ha vinculado a dos movimientos, que, a su vez, han contribuido a su desarrollo: la metodología de la investigación participativa y el desarrollo de la organización

popular (Barreiro, 1982; Shuguerensky, 1989). El enfoque de derechos implica fortalecer las capacidades individuales y colectivas de las personas a través de la información, la educación y el involucramiento en la toma de decisiones en los aspectos que tienen que ver con sus vidas (PAMAFRO, 2008). Desde la visión conceptual de desarrollo humano de Amartya Sen resulta necesario generar dinámicas para fortalecer capacidades que conduzcan a transformaciones reales y, por lo tanto, se requiere de caminos para el acceso a las oportunidades. El enfoque de género considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. Todas estas cuestiones influyen en el logro de las metas planteadas, primeramente entre estas el empoderamiento de la mujer y el fortalecimiento y liderazgo a nivel familiar, comunitario y social. Género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de él.

Metodología de capacitación

Para desarrollar la capacitación de las Encargadas de los Botiquines se utilizaron metodologías teórico-prácticas como la Educación participativa, el Teatro del Oprimido y técnicas lúdicas. Los conocimientos y experiencias que cada participante trajo consigo fueron el punto de partida para desarrollar los diferentes temas. De esta forma se dio paso a la escucha de todas las participantes, dando valor a sus ideas y ayudando a detectar problemáticas reales.

A partir de las experiencias sumadas, los elementos conceptuales, la reflexión y las discusiones grupales y escenificación de casos de simulacro se generaron puntos de vista y soluciones nuevas y mejores a las existentes en el momento de iniciación.

Un taller es una experiencia de trabajo vivencial. Su materia prima son las experiencias propias y sus productos son planes de trabajo



que influirán en la vida de quienes participan. Un taller debe generar identidad, apropiación de la palabra, sentido de pertenencia a un grupo y compromiso colectivo. En un taller, no se puede ser neutral o simple espectador (Grundmann y Stahl, 2002). La manera en la que se enseña algo, es tan importante como lo que se enseña (Werber y Bower, 2010). Y lo más importante de la manera en que se enseña es la atención, el respeto y el interés mutuo. Estas metodologías rompen con los esquemas establecidos en torno a la educación y proponen cambios a nivel personal y por lo tanto social. Creemos que la buena enseñanza es el arte, no de meter ideas en la cabeza de la gente, sino de sacarlas (Werber y Bower, 2010).

“Lo que oigo, lo olvido,
lo que veo, lo recuerdo,
lo que hago, lo sé,
lo que descubro, es mío para siempre”.

La capacitación de las participantes tuvo el principal objetivo de generar empoderamiento en temas de salud y derechos humanos. Secundariamente se pretendió generar una referencia a nivel comunitario para atención sanitaria, especialmente en casos de emergencia y accidentes o, en caso de enfermedad, ofrecer medicamentos esenciales paliativos para dar la posibilidad de acudir a un centro médico. En última instancia se intentó capacitar a las participantes para que ellas mismas pudieran ser multiplicadoras de los conocimientos adquiridos en sus comunidades a través de la organización de charlas sobre hábitos saludables y promoción de salud.

Diagnóstico

El primer paso del proceso consistió en elevar un diagnóstico de la situación de las comunidades. Se empezaron a organizar reuniones, encuentros, talleres y charlas con toda la comunidad y sus diferentes grupos (padres y madres de familia, mujeres, jóvenes y niñas/os) para ir ganándonos su confianza.

Como resultado de estas reuniones, se detectaron algunos puntos a fortalecer ligados a la atención sanitaria y al nivel de salud de las comunidades:

- La escasa adaptación y empatía con la mentalidad del lugar y la nula formación en trabajo en contexto rurales del personal sanitario produce graves problemas de comunicación sanitari@-paciente y reduce la confianza;
- La comunicación entre el subcentro y las comunidades es insuficiente y el calendario de atención del subcentro sufre continuos cambios, por lo que a menudo acuden pacientes cuando no hay ni médica/o ni enfermera/o;
- La comunidad de SPDA tiene una escasa capacidad de coordinación, lo que complica la reclamación de sus derechos.

Durante los primeros días nos enteramos de la existencia de otro subcentro de salud del Seguro Campesino (IESS-Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social) en la comunidad aledaña de La Feria. Para acceder a este es obligatorio pagar una tasa mensual, por lo que la mayoría de la gente prefiere acudir al subcentro de SPDA, aunque quede mucho más alejado.

Las deficiencias detectadas llevaron a valorar, cómo una de las posibles metodologías para conseguir el objetivo principal planteado, la promoción de conocimientos en temas de salud y el acceso a los servicios a través de la inversión en formación y creación de botiquines comunitarios.

Con el Ministerio de Salud Pública, Distrito de Chone, se concordaron los términos de colaboración con la donación continua de los medicamentos del botiquín. Conjuntamente se resolvió que los botiquines contendrían exclusivamente medicamentos esenciales usados para cuidados paliativos y material de curación. Quedaron excluidos antibióticos y todo medicamento que pueda provocar efectos colaterales graves y que necesite de supervisión médica.

Ejecución

La primera etapa de la ejecución del proyecto fue hacer la propuesta a las comunidades y examinar sus respuestas. Durante el primer mes de ejecución del proyecto se llevaron a cabo reuniones con las



diferentes comunidades con la finalidad de sensibilizar sobre el proyecto, buscar las voluntarias para la capacitación y pedir el apoyo de la comunidad en los gastos de manuales de estudio, transporte y comida de la voluntaria. Todas las comunidades recibieron con entusiasmo, interés y disposición la propuesta, manifestando la imperante necesidad de un servicio de salud como este. La selección de cada persona voluntaria fue consensuada colectivamente con cada comunidad, a partir de algunos criterios básicos enumerados más abajo.

También se tuvo que consensuar la manera en la que la comunidad apoyara con los gastos: mingas, ofertas voluntarias, transporte, cocina etc. De las 14 comunidades en las que tuvieron las reuniones de sensibilización, 6 no pudieron participar a la capacitación por diferentes razones: problemas de cobertura telefónica, incapacidad de ponerse de acuerdo para cobrar los gastos, ninguna voluntaria disponible, dificultad de transporte, baja cohesión comunitaria, otras actividades programadas en las fechas de la capacitación, imprevistos.

Una vez que se determinó el número de las participantes, se editó e imprimió el material de la capacitación con el apoyo del Ministerio de Salud Pública. De la misma manera se definió conjuntamente el contenido de los botiquines.

- Antinflamatorios:
 - Paracetamol 500mg comp.
 - Paracetamol 5mg/100ml 120ml jarabe
 - Paracetamol 100 microg/ml gotas
- Antihistamínicos:
 - Loratadina 10mg comp.
 - Loratadina jarabe 5mg/5ml
- Antihemético:
 - Metoclopramida 10mg comp.
- Suero oral sobres
- Antifúngicos:
 - Clotrimazol 1% crema tópica
 - Clotrimazol 2% crema vaginal
- Escapel comprimido (anticonceptivo oral)
- Termómetro
- Material de primeros auxilios:
 - Gasas
 - Vendas

- Guantes
- Esparadrapo
- Povidona solución
- Solución salina

El Patronato de Acción Social de la Municipalidad de Chone ofreció colaborar con la donación de las cajas de los botiquines.

Se decidió, conjuntamente al grupo de voluntarias, desarrollar los encuentros en la comunidad más céntrica y mejor alcanzable por estar en la vía empedrada, el único camino practicable en caso de lluvias.

El personal sanitario del subcentro de Salud de SPDA está a cargo del suministro de medicamentos necesarios a las encargadas, asimismo de llevar el control de los registros de entrega de las encargadas, revisando la correspondencia entre la razón de la consulta y la cantidad de medicamentos entregados. En el caso que se detecte un uso irresponsable del botiquín se procederá al retiro inmediato del servicio.

La metodología de evaluación, el material de trabajo y la programación de los encuentros fueron retomados desde los materiales publicados por el Colectivo de Mujeres de Matagalpa-Nicaragua y la Red-COIME, y sucesivamente readaptados al contexto en cuestión.

Criterios básicos de selección de la persona encargada

El primer paso del proceso consistió en la selección de las Encargadas para la capacitación. La selección de cada Encargada fue consensuada colectivamente con toda la comunidad, a partir de algunos criterios básicos enumerados a continuación.

- Preferentemente mujer, para fomentar la participación, empoderamiento y el liderazgo de las mujeres
- Mayor de edad
- Con conocimientos básicos en lectura, escritura y cuentas matemáticas
- Que viva en una zona accesible para la mayoría de la comunidad
- Reconocimiento y respaldo de la comunidad



- Preferiblemente con experiencia anterior en actividades comunitarias de salud

Funciones de la encargada

1. Gestión de botiquín

- Tener el control de la entrada y salida de los medicamentos.
- Re-abastecimiento de medicamentos en el Subcentro de Salud de SPDA.
- Realizar una dispensación responsable de los medicamentos calculando las dosis a entregar.

2. Atención a las personas

- Detectar signos de peligro para referir.
- Diagnosticar y tratar situaciones de NO gravedad.
- Proporcionar atención de primeros auxilios.
- Aconsejar sobre medidas de prevención y cuidados para la salud.
- Explicar la suministración de los medicamentos.
- Transmitir la información de manera clara y comprobar que ésta sea entendida correctamente.
- Buscar información en los documentos de referencia a disposición.
- Atender con amabilidad a las/os usuarias/os del botiquín.
- Reconocer su campo de acción y sus limitaciones.

3. Trabajo comunitario

- Ser un referente de salud dentro de la comunidad.
- Proporcionar charlas de educación sanitaria para sensibilizar a la comunidad.
- Detectar problemas de salud comunitaria.
- Trabajar sobre la prevención de enfermedades comunes.

Las futuras encargadas ofrecerán el servicio de manera completamente voluntaria.

Equipo capacitador

Noemi Bottasso. Licenciada en Farmacia y bioquímica farmacéutica en el año 2011, en la Universidad de Pavia (Italia). Máster en Cooperación y Salud Internacional de la Universidad Autónoma de Barcelona (España). Profesora investigadora de la Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca, Ecuador.

Jazmín Cazón, argentina, 28 años. Licenciada en Arteterapia en el año 2009 y en Psicodrama en 2010 en la Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo (Argentina). En 2011 ha finalizado estudios terciarios en Coordinación de Trabajo Corporal en el Instituto de la Máscara (Argentina). En 2012 realizó trabajos de alfabetización con técnicas de Educación participativa en Mozambique (África). En 2014 ha realizado una especialización en Educación Libre en Barcelona (España).

Contenidos de la capacitación

Los contenidos abordados en la capacitación se elaboraron a partir de los documentos editados por el Colectivo de Mujeres de Matagalpa, con particular referencia a la 6ta edición del manual “Buscando Remedio” (AIS-Nicaragua et al., 2010) y de los manuales Hesperian, específicamente “Donde no hay doctor” y “Aprendiendo a promover la salud” (Werber y Bower, 2010).

1. Introducción (Taller 1)

- ¿Qué entendemos por salud?
- Sistema de Salud en Ecuador.
- Atención primaria en Salud y el papel de la Encargada del botiquín.
- Familiarización con los instrumentos de trabajo.

2. Gestión del botiquín (Taller 2)

- Características de medicamentos.
- Los datos de los medicamentos.
- Los peligros de los medicamentos.
- Vías de administración.
- Las medidas más frecuentes.



- Calcular y preparar el total de medicamento prescrito.
- Medicamentos esenciales y medicamentos de la encargada.
- Registro de consumo y existencia de medicamentos.
- Re-abastecimiento.
- Cómo orientar al uso correcto del medicamento.

3. Educación para la salud (Taller 3)

- Formas de comunicación.
- Prácticas sobre cómo transmitir información.

4. Atención a las personas (Taller 4-5)

- Enfermedades de la niñez.
- Atención a la mujer embarazada.
- Enfermedades de adultos.
- Dosificación de los medicamentos.

5. Salud sexual y reproductiva (Taller 6)

- Sexo-género.
- Derechos sexuales.
- Diversidad sexual.
- Aborto.
- Violencia de género.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- VIH-SIDA.

6. Primeros auxilios (Taller 7)

- Maniobras salvavidas.
- Hemorragias.
- Curación de heridas.
- Inmovilización en golpes y fracturas.
- Quemaduras.
- Picaduras y mordeduras de animales.
- Intoxicaciones y envenenamiento.

7. Evaluación y entrega de los botiquines

Materiales

A cada participante se le entregó:

- Manual de apoyo redactado a partir de los materiales editados por el Colectivo de Mujeres de Matagalpa, Nicaragua
- Cuaderno de autoestudio con casos prácticos para resolver
- Carpeta de registro del Botiquín donde se lleva a cabo la contabilidad de los medicamentos

Modalidad y tiempos

La capacitación constó de dos partes: los talleres presenciales grupales (54 horas) y el trabajo en casa (21 horas). Los talleres se desarrollaron con una frecuencia de dos encuentros por semana, cada martes y jueves, desde el día 18 de noviembre 2014 hasta el día 11 de diciembre 2014.

Evaluación del proceso de capacitación

La evaluación se basó en un modelo de evaluación formativa, que permite tanto al equipo facilitador como a las personas que están capacitándose medir el nivel de apropiación de los contenidos, habilidades, actitudes e instrumentos para desarrollar correctamente su trabajo. Para ello se han diseñado diversos instrumentos que permiten tener una evaluación integral y pertinente con el desempeño esperado de las encargadas de Botiquines comunitarios. Las actitudes se valoran en la participación en las sesiones presenciales y en el juego de roles. Para poder realizar la evaluación es necesario contar con una asistencia del 80% a los talleres. Estos modelos de evaluación se elaboraron a partir de los patrones utilizados por el COIME en la Guía para la formación inicial y educación permanente de la persona dispensadora de la Venta Social de Medicamentos (Red COIME-Nicaragua, 2006).

1) Instrumento para evaluar la capacidad de resolución de problemas: Llenado del cuaderno de autoestudio el cual permite evaluar la capacidad de autoestudio, el manejo de la bibliografía de referencia, la detección de dudas, la capacidad de evidenciar necesidades de estudio y la capacidad de autoevaluarse. Entre sesiones las estudiantes tuvieron que realizar ejercicios prácticos, posteriormente revisados por el equipo facilitador y



regresados con las observaciones pertinentes, para mejorarlos.

2) Instrumento para evaluar las habilidades prácticas: Juego de roles en sesiones prácticas. Permite al equipo facilitador observar el desempeño de la persona, creando situaciones lo más parecidas a la realidad. Durante el día de evaluación cada participante tenía que resolver un caso de atención en salud y un caso de atención de primeros auxilios. Cada facilitadora evaluaba cada ítem sobre 10.

Abajo los esquemas de puntaje.

Caso de atención primaria

Ítems	Puntos
Comunicación con paciente	x/10 + x/10
Búsqueda de información	x/10 + x/10
Tratamiento asignado	x/10 + x/10
Consejos/Prevención	x/10 + x/10
Hoja de registro	x/10 + x/10
Total	x/100

Caso primeros auxilios

Ítems	Puntos
Atención	x/10 + x/10
Actuación	x/10 + x/10
Higiene	x/10 + x/10
Recomendación	x/10 + x/10
Total	x/80

Partes involucradas en el proyecto

- AISE (Asociación Internacional Sanitari@s Español@s): Coordinación del proyecto “Capacitación de Encargadas de Botiquines Comunitarios en zonas rurales marginales de la provincia de Manabí, Ecuador” a cargo de Noemi Bottasso y Jazmín Cazón.
- Comunidades: alojamiento y mantenimiento de las coordinadoras, transporte intercomunidad (coche, moto, burro, caballo) pago de los cuadernos de estudio para las Promotoras.

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (Dirección Distrital 13D07 Chone): suministro de medicamentos y material de papelería.
- Patronato de Acción Social de la municipalidad de Chone: suministro de las cajas de los botiquines comunitarios.

Resultados

El trabajo investigativo empezó con la hipótesis de que, capacitando promotoras de salud comunitarias encargadas de un botiquín comunitario de medicamentos básicos, se pudiera mejorar la accesibilidad a la atención sanitaria.

A partir de esta hipótesis se plantearon actividades y se lograron los objetivos establecidos. Los resultados alcanzados, la cuya verificación implica un seguimiento sostenido en el tiempo, son sólo aplicables a las comunidades donde se realizaron las intervenciones sin opciones de generalizaciones.

El primer resultado se reveló durante las primeras reuniones de sensibilización sobre el proyecto donde las catorce comunidades implicadas recibieron con interés y disposición la propuesta. La mayoría de las comunidades se organizaron colectivamente para elegir a la voluntaria y para apoyar durante el periodo de capacitación. Nueve, de las catorce comunidades convocadas, participaron al proceso de capacitación hasta finalización. Esto lleva a diagnosticar la real necesidad de proveer servicios de salud más accesibles en estas zonas rurales marginales.

La disponibilidad del Ministerio de Salud Pública y del Patronato de Acción Social de Chone en colaborar con el proyecto señala que también las instituciones del gobierno detectan problemas sanitarios en las zonas rurales marginales en consideración. En este sentido se puede concluir que se alcanzó un resultado importante para la gestión del proyecto, puesto que se consiguió la disponibilidad a largo plazo de medicamentos esenciales gratuitos.

Un importante resultado fue la elaboración del programa didáctico de los 8 talleres, a partir de los materiales publicados por el colectivo de Mujeres de Matagalpa, Nicaragua.



Durante la fase de capacitación el nivel de asistencia, el entusiasmo y la participación activa de las integrantes demostraron no solamente la necesidad, si no el interés en expandir los conocimientos y el manejo de la salud.

Tres, de las quince mujeres que empezaron con el proceso de capacitación, se retiraron por cuestiones personales, definiendo que el 80% del número total de voluntarias finalizó el proceso de capacitación. Las doce participantes que quedaron satisficieron los requisitos de asistencia del 80% mínimo de los talleres propuestos. A continuación la tabla referentes al día de evaluación de las 12 Encargadas. El 100% de las participantes que acabaron el proceso de capacitación finalizaron positivamente. A Griselda Pinargote Solórzano, por no satisfacer el requisito de la mayor edad, no se le pudo entregar el certificado. Calificación mínima aceptada 108/180.

Nombre y apellido	Evaluación final (X/180)
Natividad Sobeida Lucas Pincay	120
Francisca Noemí Intriago Macay	151
Ana Silvia Sabando Alonzo	155
Rosa Narcisa de Jesús Zambrano Palacios	168
Dioselina Isabel Torres Muñoz	146
Tania Cedeño Torres	132
Rocío Meza Ceballo	146
Verónica Pinargote Solórzano	137
Rosario Monserrat Párraga Palacios	159
María Mariela Cobeño Palacios	166
Maura Monserrat Villamar Rodríguez	163
Griselda Pinargote Solórzano	168

Analizando los resultados finales de las capacitaciones se puede constatar que se logró capacitar exitosamente a todas las integrantes, proporcionando un servicio comunitario básico de salud de manera gratuita.

Discusión

El trabajo fue muy satisfactorio aunque se encontraron muchas dificultades de orden climatológico, geográfico, de comunicaciones, de transporte y de orden público.

- La baja cobertura telefónica dificultó el contacto con las diferentes comunidades para organizar reuniones y transporte, lo cual provocó a menudo una baja participación de la comunidad;
- El acceso a las comunidades se hacía muy dificultoso por el estado de los caminos. Con la lluvia los caminos se volvían completamente impracticables;
- La estación de las lluvias, entre diciembre y mayo, limitó el tiempo de la capacitación, puesto que a partir de diciembre/enero se volvían impracticables los caminos para el desplazamiento de las Promotoras. Se planteó que la capacitación de las Promotoras requiere más tiempo, factor crucial para lograr una real apropiación y participación de la población;
- La selección de algunas voluntarias fue dificultosa dado el rol de dependencia que tiene la mujer con el marido, quien da o no el permiso;
- En algunas comunidades no hubo la participación esperada, por lo que algunas de las Promotoras tuvieron que costear por completo los gastos;
- Los materiales utilizados en la capacitación, la mayoría impresos, no son acordes con la cultura predominantemente oral y la escasa práctica para el cálculo numérico;
- El poco apoyo y orientación del personal AISE ralentizó y dificultó el desarrollo del proyecto;
- La falta completa de recursos monetarios influyó en la calidad del material de estudio y dificultó la participación de las comunidades, las cuales tenían que costear los gastos;
- La falta de datos previos afectó la elaboración de hipótesis y la verificabilidad de los resultados finales.



- La capacitación de las Promotoras requiere más tiempo, factor crucial para lograr una real apropiación y participación de la población;
- Respetar los ritmos y formas de aprender de las Promotoras, desde una perspectiva intercultural, facilita la incorporación y apropiación de nuevos conocimientos y prácticas y exige flexibilidad en la aplicación de las estrategias y herramientas de trabajo.

Es de fundamental importancia innovar con metodologías que propicien el reconocimiento de las prácticas y representaciones sociales sobre la salud y la apropiación de conocimientos. En este sentido, enfoques como la Investigación Acción Participativa y la Educación Popular brindan aportes que pueden constituirse en alternativas de trabajo en el futuro.

Conclusiones y recomendaciones para el futuro

Mucho trabajo queda por hacer para dar seguimiento al proyecto. De fundamental importancia sería llevar a cabo un estudio evaluativo sobre los resultados en salud que se dieron a raíz de la introducción de los botiquines comunitarios. Algunas de los puntos que quedan pendientes son:

- Evaluar los conocimientos y determinar su nivel de adquisición por parte de las Encargadas;
- Determinar la calidad de la prestación del servicio de los botiquines comunitarios;
- Evaluar el uso adecuado de los medicamentos;
- Conocer las percepciones de la comunidad acerca del botiquín y de la Encargada;
- Conocer las percepciones de la Encargada acerca del desempeño de su rol.

Sin duda, hace falta reforzar temas de liderazgo y comunicación para que las Encargadas se animen a multiplicar lo aprendido organizando charlas y talleres en sus respectivas comunidades. Asimismo es imprescindible proporcionar a las Encargadas de los botiquines unos talleres de seguimiento, para poder revisar, ampliar y actualizar los

temas tratados. Estas prácticas son necesarias para poder realizar las modificaciones necesarias e ir ajustando el proyecto a las necesidades reales que se presentan a lo largo del proceso. Muchas de las comunidades cercanas que quedaron excluidas del proyecto se interesaron para averiguar la posibilidad de replicar el proyecto, puesto que detectaron la necesidad de un servicio de salud complementario a los Subcentros de Salud existentes.

Referencias bibliográficas

- Barreiro, J. (1982). *Educación popular y proceso de cientización*. México, D.F.: Editorial Siglo XXI.
- Carr, W. y Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la educación. La investigación-acción en la formación del profesorado*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- De Miguel, M. (1993). *La IAP un paradigma para el cambio social*. Madrid, España: Investigación Acción Participativa, Documentación Social nº 92.
- Endemain (2004). *Encuesta demográfica y de salud materno e infantil*. Ecuador: Endemain.
- Gianotten, V. (1985). *Organización campesina, el objetivo político de la educación popular y la investigación campesina*. Amsterdam, Holanda: Editorial CEDLA.
- Fals, O. (1986). *Conocimiento y poder popular*. Bogotá, Colombia: Editorial Presencia.
- Grundmann, G. y Stahl, J. (2002). *Como la sal en la sopa: Conceptos, métodos y técnicas para profesionalizar el trabajo en las organizaciones de desarrollo*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Haverkort, B., Delgado, F., Shankar, D. y Millar, D. (2013). *Hacia el diálogo intercientífico. Construyendo desde la pluralidad de visiones de mundo, valores y métodos diferentes comunidades de conocimiento*. Cochabamba, Bolivia: AGRUCO-CAPTURES Latinoamérica.
- Haverkort, B., et al. (2012). El aprendizaje en distintas ciencias. Desarrollo endógeno y transdisciplinariedad en la educación superior. Los desafíos para la coevolución de la ciencia dominante y las tradiciones del conocimiento indígena. En: F. Delfado, N. Tapia y D. Ricaldi (Eds.), *Desarrollo endógeno y transdisciplinariedad en la educación superior entre el*



- conocimiento eurocéntrico y el conocimiento. Cambios para el diálogo intercientífico entre el conocimiento eurocéntrico y el conocimiento endógeno. Cochabamba, Bolivia: AGRUCO-CAPTURES Latinoamérica.
- INEI (1999). *Perú: Situación y Perspectivas de la Mortalidad por Sexo y Grupos de Edad, Nacional y por Departamentos, 1990-2025, Cap. III La transición epidemiológica*. Perú: INEI.
- INEC *Censo de Población y Vivienda 2010 / Nacimientos 2010/ Egresos Hospitalarios 2010 / Defunciones 2010*, Ecuador: Dirección Zonal 5 Litoral -Departamento de Estudios Analíticos Estadísticos
- INEC (2012). *Nivel de escolaridad de los ecuatorianos, e-Análisis*, 4ª edición, Ecuador: INEC.
- Jara, O. (1984). *La aplicación del método dialéctico en la investigación participativa en la educación popular, III Seminario Latinoamericano de Investigación Participativa* (V. Gianotten & T. Wit, org.), pp. 1-18. Santiago: Editorial CEALL.
- PAMAFRO (2008). *Proyecto control de la malaria en zonas fronterizas de la región andina: Un enfoque comunitario, Informe técnico sistematización de la experiencia proyectos comunitarios en Colombia*. Ecuador y Perú: PAMAFRO.
- Ponce, J. y Vera, L. (2008). *Artículo 7: Hacia una estrategia alternativa de desarrollo económico de Ecuador*. Ecuador: FLACSO.
- Rahman, M.A. (1991). *El punto de vista teórico de la IAP*. En: O. Fals Borda y M.A. Rahman (Eds.), *Acción y conocimiento: Cómo romper el monopolio con Investigación-Acción Participativa* (pp. 21-35). Bogotá: CINEP.
- Red COIME- Nicaragua (2006). *Guía para la formación inicial y educación permanente del personal encargado de la Venta Social de Medicamentos Coordinación Interinstitucional*. Nicaragua: Red COIME.
- Shuguerensky, D. (1989). *Introducción al mundo de la promoción social. Apuntes del promotor social*. México, D.F.: Editorial UNESCO, ORELAC, CREFAL.
- Werber, D. y Bower, B. (2010). *Aprendiendo a promover la salud, cap.1*. California, EE.UU.: Hesperian. www.eurosur.org/FLACSO/mujeres/ecuador/

