

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**UNA EXPERIENCIA DE CAPACITACIÓN EN ACCIONES DE SALUD EN DOS  
MUNICIPIOS DE HUEHUETENANGO**

**SISTEMATIZACIÓN**

**Presentada a la Dirección de la  
Escuela de Trabajo Social de la Universidad de  
San Carlos de Guatemala**

**POR**

**GLORIA MAGDALENA OCHOA CASTILLO DE ALFARO**

**Previo a Conferírsele el Título de**

**TRBAJADORA SOCIAL**

**En el Grado Académico de**

**LICENCIADA**

**Guatemala, noviembre de 2007**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

RECTOR  
SECRETARIO

Lic. Carlos Estuardo Gálvez Barrios  
Dr. Carlos Alvarado Cerezo

**AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

DIRECTORA  
SECRETARIA

Mtra. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda  
Licda. Carolina de la Rosa de Martínez

**CONSEJO DIRECTIVO**

**REPRESENTANTES DOCENTES**

Licenciada  
Licenciado

Alma Lilian Rodríguez Tello  
Edwin Gerardo Velásquez

**REPRESENTANTES DE LOS PROFESIONALES**

Mtra.

María Eloisa Escobar Sandoval.

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Estudiante  
Estudiante

Isabel del Carmen Santos Chinchilla  
Mario Rolando Rojas Pérez

**TRIBUNAL EXAMINADOR**

Directora  
Secretaria  
Coordinadora IIETS  
Tutora Revisora  
Coordinadora de Área de Formación  
Profesional Específica:

Mtra. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda  
Licda. Carolina de la Rosa de Martínez  
Licda. María del Carmen Galicia Guillén  
Licda. Ana María García Noval  
Mtra. Ada Priscila Del Cid.

“Los autores serán los responsables de las  
opiniones y criterios expresados en sus obras”.

Artículo 11 del Reglamento del Consejo Editorial de  
la Universidad de San Carlos de Guatemala

## **ACTO QUE DEDICO**

- A Dios: Agradecimiento, por la oportunidad de vivir y realizarme.
- A mis Padres: José Ángel Ochoa Monzón. (Q.E.D.)  
Blanca Adriana Castillo, con mucho amor.
- A mis hijas: Claudia María y Ana Lucía, motivación y ejemplo para su superación.
- A mi esposo: José Humberto Alfaro Alfaro, con amor y agradecimiento por su apoyo y comprensión.
- A mis hermanos: Mercedes, Telma Nybia, Victor, Herman, Edgar, Dora y Esturado, con amor fraternal.
- A mi familia: Con cariño.

## **SISTEMATIZACION QUE DEDICO**

A: La Universidad de San Carlos de Guatemala.

A: La Escuela de Trabajo Social de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

A: Los integrantes de la estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

A: Personas, grupos y comunidades que trabajan, luchan y creen en el voluntariado en beneficio de las colectividades.

## ÍNDICE

|  | Página |
|--|--------|
| INTRODUCCIÓN   | i      |
| CAPÍTULO 1   |        |
| ANTECEDENTES DE LA EXPERIENCIA   | 1      |
| 1.1 Los Protagonistas Participantes de este Proyecto                               | 1      |
| 1.2 En Qué Consistió el Proyecto   | 2      |
| CAPÍTULO 2   |        |
| CONTEXTO DONDE SE REALIZÓ LA EXPERIENCIA   | 9      |
| 2.1 Contexto Geográfico  | 9      |
| 2.2 Contexto de Organización de los Servicios de Salud                             | 9      |
| CAPÍTULO 3   |        |
| DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA  | 11     |
| 3.1 Integración del Equipo Técnico de ADECO  | 11     |
| 3.2 Proceso de Inducción al Personal   | 11     |
| 3.3 Coordinación con Personal de la Dirección Departamental de Salud y Distritos   | 11     |
| 3.4 Promoción del Proyecto y Programa de Capacitación                              | 11     |
| 3.5 Definición del Programa de Capacitación del Personal de los Distritos de Salud | 12     |
| 3.6 Implementación del Programa de Capacitación                                    | 13     |
| 3.7 Metodología de Capacitación  | 13     |
| 3.8 Contenidos Temáticos   | 14     |
| 3.9 Seguimiento del Programa de Capacitación                                       | 15     |
| 3.10 Evaluación del Programa de Capacitación                                       | 16     |
| 3.11 Actores de la Experiencia   | 16     |
| 3.12 Resultados  | 17     |
| 3.13 Recursos  | 17     |
| CAPÍTULO 4   |        |
| ANÁLISIS Y REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA   | 19     |
| 4.1 Planificación  | 19     |
| 4.2 Definición de los Contenidos Temáticos   | 20     |
| 4.3 Metodología  | 20     |
| 4.4 Seguimiento, Evaluación y Supervisión de las Actividades de Capacitación       | 22     |

|   |    |
|---|----|
| CAPÍTULO 5  |    |
| PROPUESTA DE CAMBIO                               | 23 |
| 5.1 Planificación de la Capacitación              | 24 |
| 5.2 Seguimiento a las Actividades de Capacitación | 35 |
| 5.3 Evaluación de la Capacitación                 | 35 |
| 5.4 Contenido de los Temas                        | 36 |
| <br>  |    |
| CONCLUSIONES                                      | 39 |
| <br>  |    |
| FUENTES DE INFORMACIÓN                            | 42 |
| <br>  |    |
| ANEXOS  | 44 |

## INTRODUCCIÓN

La estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública, en su primer nivel de atención, implementa, a nivel nacional, alrededor de 18 programas, tanto curativos como preventivos, que incluye el programa de promoción y capacitación.

Como es de conocimiento público, el presupuesto del Ministerio de Salud Pública es uno de los más reducidos, por razones políticas, también dentro del mismo, no se incluyen estrategias metodológicas que en un alto porcentaje estén ejecutando acciones de salud preventiva. Los programas que se desarrollan son los tradicionales, que si bien, es cierto incluyen acciones que contribuyen a contrarrestar la presencia de algunas enfermedades, no son parte de un programa integral que contribuya a resolver de fondo la problemática de salud en su conjunto.

Además de la limitación presupuestaria, las estrategias y metodologías que se utilizan para la implementación de los programas, que a mi criterio no son las más indicadas y adecuadas, para trabajar con objetivos encaminados a disminuir los índices de morbi-mortalidad materno infantil y general; siendo una de las razones el poco interés de las autoridades, para innovar los programas, debido a que la estructura gubernamental no lo permite, sin lugar a dudas porque éstas vendrían a afectar los intereses de algunos grupos determinados.

Sin embargo, se reconoce el esfuerzo de algunas personas e instituciones que han estado dentro de la estructura del Ministerio de Salud Pública y han propuesto nuevas estrategias, de las cuales muy pocas se han tomado en cuenta; por razones obvias.

Personalmente no conozco, ningún cambio cuantitativo y cualitativo dentro del Ministerio que venga a revolucionar la actual estructura y promueva programas de integralidad, tanto a nivel interno como a nivel externo, como parte del plan de gobierno en donde haya interacción de los diferentes ministerios, con el fin de trabajar programas que respondan a necesidades reales de las familias de las comunidades.

En las páginas siguientes se desarrolla un documento de sistematización de una experiencia de capacitación, dentro del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública, en dos Centros y Distritos de Salud, de los municipios de Barillas y Chiantla del departamento de Huehuetenango; Programa desarrollado por personal técnico de los centros de salud y facilitado por personal técnico de la Asociación de Apoyo al Desarrollo Comunitario, ADECO, quienes a través de un convenio de ejecución del proyecto, con el Consejo de Desarrollo del Departamento de Huehuetenango, tuvieron presencia puntual durante el año 2005.

El trabajo que a continuación se desarrolla, concretamente describe, el contenido del proyecto, asignado a ADECO, dentro del cual incluye el tema de capacitación, luego hace un análisis de cómo se desarrolló el programa de capacitación en los dos distritos de salud mencionados, posteriormente se hace una propuesta de las consideraciones generales, que se deberán tomar en cuenta al hacer una capacitación en temas de salud.

Partiendo de la experiencia analizada, se hace énfasis, en los componentes de la capacitación, siendo estos: la planificación y sus componentes, seguimiento, evaluación y contenidos temáticos de la capacitación.

Incluye el listado de ideas de técnicas de la metodología participativa, como ejemplo de su utilización.

La finalidad fundamental de dicho trabajo, se refiere al cumplimiento del requisito previo, de la Universidad de San Carlos de Guatemala y de la Escuela de Trabajo Social, para obtener el título de Trabajadora Social, en el grado de Licenciada.

Además, busca contribuir con ideas puntuales para que las personas interesadas en el tema conozcan los puntos de vista personales y posteriormente se tenga elementos de juicio para derivar conclusiones propias valederas para mejorar las acciones de capacitación en temas de salubridad.

## CAPÍTULO 1

### ANTECEDENTES DE LA EXPERIENCIA

En el año dos mil cuatro, la Dirección Departamental de Salud de Huehuetenango, a través de la Unidad Técnica del Consejo Departamental de Desarrollo, propone al pleno del Consejo Departamental de Desarrollo de Huehuetenango, **CODEDEH** la ejecución de un proyecto que contribuyera a disminuir los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil en los municipios priorizados como los de mayor pobreza y riesgo en el departamento.

El proyecto denominado, **ACTUALIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD PREVENTIVA Y CURATIVA EN LOS MUNICIPIOS DE MAYOR POBREZA DE HUEHUETENANGO** fue promovido para su ejecución, invitando a las organizaciones no gubernamentales a nivel local y nacional, para participar en la respectiva licitación, el cual fue adjudicado a la Asociación de Apoyo al Desarrollo Comunitario, cuyas siglas son ADECO.

Durante el año 2005 se inician las actividades para desarrollar el mencionado proyecto en los siguientes municipios: Santa Cruz Barillas, San Juan Atitán, Santa Ana Huista, Tectitán, La Democracia, San Pedro Soloma, San Pedro Necta y Chiantla.

#### 1.1 Los Protagonistas Participantes de este Proyecto

En el proyecto señalado fueron los siguientes:

- El Consejo Departamental de Desarrollo de Huehuetenango, CODEDEH, integrado por el señor gobernador, con el cargo de Presidente, alcaldes municipales y representantes de las instituciones gubernamentales, además, Gerente y personal administrativo, cuyas funciones radican en el apoyo financiero y logístico.

- La Unidad Técnica del Consejo, integrada por los representantes titulares de cada una de las instituciones gubernamentales, inscritas y que son partes del Consejo Departamental de Desarrollo, como agentes fiscalizadores y supervisores.
- La Dirección Departamental de Salud, como ente rector de la salud en el departamento, responsabilizándose de la coordinación directa en la ejecución del proyecto, con la principal función de supervisar, monitorear y fiscalizar cada una de las actividades.
- Los Distritos de Salud de cada uno de los municipios beneficiados, anteriormente nombrados, quienes participaron directamente en las actividades, tanto en la coordinación como implementación de los programas del presente proyecto.
- Personal técnico y administrativo de la Asociación de Apoyo al Desarrollo Comunitario, - ADECO - que fue la ONG, contratada para su ejecución.
- Las comunidades beneficiadas directamente, integrantes de los equipos básicos de salud, entre ellos: facilitadores comunitarios, vigilantes de salud, comadronas tradicionales y población en general.

## **1.2 En Qué Consistió el Proyecto**

Éste consistió en desarrollar procesos de promoción y prevención de la salud en ocho municipios considerados como los de mayor riesgo y de vulnerabilidad en el departamento, en base a seis componentes, los cuales fueron los siguientes:

1. Participación Social
2. Educación permanente (capacitación)
3. Fortalecer el proceso de información educación y comunicación I.E.C.
4. Capacidad resolutive de los servicios

5. Accesibilidad de medicamentos esenciales
6. Articulación con autoridades locales

### **Participación Social**

Este componente consistió en desarrollar un programa en el cual se promoviera la participación de todos los entes organizativos que realizaran actividades de salud en cada una de las comunidades; tanto las organizaciones gubernamentales como las organizaciones no gubernamentales, de dicho componente se logró lo siguiente:

- Promover la integración de la comisión de salud en las comunidades.
- El 90% de los integrantes de COCODES y COMUDES participaron activamente.
- Se acordó con el personal institucional de salud de cada uno de los municipios la continuación de acciones para los años siguientes, se hizo énfasis en promover y apoyar acciones de salud preventiva y curativa a nivel comunitario para beneficio de su población.
- Se logró la motivación de los COMUDES de los municipios para participar directamente en el proceso de participación social continua, por medio de acuerdos y compromisos escritos.
- Se logró que los participantes del proyecto reconocieron la importancia del componente de participación social y su relación con la salud de los habitantes de cada municipio.
- La mayoría de integrantes de COMUDES y COCODES, en el área de cobertura del proyecto, se involucraron y participaron activamente en el proceso de reuniones de análisis de los problemas de su comunidad.
- Integrantes de los equipos técnicos de salud, COCODES y COMUDES, participaron en la formación de comités de emergencia, uno en cada municipio, con quienes después de prepararlos en temas de organización y emergencias se elaboró con ellos planes de emergencia en las comunidades, específicamente del componente materno-Infantil.

- Se motivó la coordinación con la dirección departamental de salud, para lograr la sostenibilidad de cada una de las acciones de este componente.
- Personal de los centros de salud se hace responsable de continuar este tipo de coordinación con las autoridades municipales al igual que con el personal voluntario para continuar con los planes de las comisiones de vigilancia Materno Infantil y de Emergencia.

### **Educación Permanente**

El componente de educación permanente significó implementar capacitación en temas de salud preventiva, en el cual se involucra a personal institucional, voluntario y actores sociales de los municipios priorizados.

Este componente es parte del programa de capacitación de la estrategia de extensión de cobertura del Ministerio de Salud Pública.

En el proyecto implementado por la Asociación de Apoyo al Desarrollo Comunitario ADECO, éste componente consistió en fortalecer el programa existente en cada distrito el cual en páginas posteriores será ampliamente desarrollado.

### **Fortalecer el Proceso de Información Educación y Comunicación, IEC**

Este componente se refiere a todas las acciones llevadas a cabo que tienen relación con la Información, Educación y Comunicación de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública. Las actividades realizadas se resumen en las siguientes:

- Socialización y reproducción de material de la Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación (I.E.C.)
- Conformación, fortalecimiento y seguimiento de la organización y activación de los comités de vigilancia Materna Infantil.

- Conformación, fortalecimiento y seguimiento de las actividades de los comités de emergencia.
- Promueve la organización de juntas de análisis integradas por personal Institucional y Voluntario para la identificación oportuna de familias y comunidades en riesgo, para la toma de decisiones.
- Capacitaciones para fortalecer la operacionalización de manejo estandarizado de casos a través de los comités de vigilancia epidemiológica infantil.
- Se realizaron reuniones con personal institucional y comunitario para la elaboración de material de información educación y comunicación en idioma propio del lugar y adecuado a sus necesidades.
- Dotación de equipo audiovisual para las salas de espera de los servicios de salud de cada municipio, televisores radiograbadoras, megáfonos, etc.
- Dentro de las innovaciones, que se han tomado en cuenta y se implementaron están: llegar a la población a través de mensajes por medio de difusión masiva, como lo constituyen las radios locales, en idioma de la región, en cada uno de los municipios, se cuenta con la grabación y difusión de cuñas radiales en idioma maya.

### **Capacidad Resolutiva de los Servicios**

Componente que consistió en dotar de recursos materiales a los Distritos de Salud, de acuerdo a una priorización de necesidades y disponibilidad presupuestaria, con la finalidad de contar con los insumos indispensables para el desarrollo de actividades programadas cuyos objetivos estén encaminados a fortalecer la atención primaria en salud de cada distrito salud.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Priorización de equipo e insumos, validados por el equipo técnico de salud de los distritos y autorizados por los coordinadores municipales y Dirección Departamental de salud de Huehuetenango.
- Compra y entrega del equipo e insumos al personal de cada Distrito de Salud.

- Cada Distrito asumió la responsabilidad de entregar el equipo mínimo de partos, a las comadronas que existen en su área de cobertura; dicho equipo será inventariado en el libro respectivo que corresponde a cada Centro de Salud.
- Se apoyó a 357 comadronas de las 427 existentes que cubre el proyecto de salud ejecutado por la Asociación.

### **Accesibilidad de Medicamentos Esenciales**

Componente que consistió en implementar tres ventas sociales de medicamentos y 33 botiquines rurales, en coordinación estrecha con personal de los distritos de salud, con la finalidad de facilitar el acceso de medicamentos genéricos a los habitantes de los municipios, reduciendo distancias geográficas y costos económicos.

Para lograrlo se realizaron las siguientes actividades:

- a) Reuniones para determinar la necesidad de la accesibilidad de medicamentos y ubicación geográfica.
- b) Reuniones para integrar y socializar las normas y procedimientos, de implementación a nivel local.
- c) Reuniones para definir la necesidad de contar con una venta social de Medicamentos y/o de un botiquín rural, de acuerdo a la demanda y aspectos epidemiológicos.
- d) Talleres de capacitación por municipio para la administración de ventas sociales de medicamentos y botiquines rurales, incluyendo el uso apropiado y la administración de los medicamentos.
- e) Reuniones para la organización, preparación de locales y requerimiento de recursos para las ventas sociales y botiquines.
- f) Reuniones de coordinación con el Programa de Accesibilidad de Medicamentos del Ministerio de Salud Pública, -PROAM-, para establecer el respaldo legal de cada venta social y botiquín rural, se legalizaron las ventas sociales y botiquines,

con la administración y respaldo, legal, temporalmente, de la Asociación de Apoyo al Desarrollo Comunitario ADECO.

### **Articulación con Autoridades**

Componente que consiste en motivar y promover la participación de las autoridades en el desempeño de sus funciones dentro de un programa integral de actividades que promueva la solución de problemas comunitarios.

Los resultados de todo el proyecto se resumen en los siguientes:

- Se logró que los COCODES de los distritos se activaran y programaran reuniones de trabajo.
- Se integraron comisiones de salud de los municipios, fortalecidas, motivadas y activas, con disponibilidad para trabajar los temas de salud.
- Las Comisiones de Salud, alcanzan cierto grado de importancia, liderazgo y son valorizadas por la estructura del COMUDE y Comités de Emergencia dentro de COCODES.
- Se logra que las autoridades municipales den importancia y programen acciones en relación al componente salud.
- Se elabora programa de capacitación en los distritos de salud el cual se inició con apoyo del personal de ADECO.
- Se desarrolla el componente de Educación, Información y Comunicación, (I.E.C.) que incluye, programa de Cuñas Radiales, distribución de Afiches y otros documentos escritos a los Distritos de Salud.
- Se equipó a los Distritos de Salud atendidos, de acuerdo a una priorización de necesidades en cuanto a insumos y equipo, incluyendo equipo para comadronas y Vigilantes de Salud.
- Se implementaron 3 Ventas Sociales de Medicamentos y 33 Botiquines Rurales en los municipios atendidos.

- Se motiva y fortalece la organización comunitaria para abordar los problemas de salud de cada comunidad.

## CAPÍTULO 2

### CONTEXTO DONDE SE REALIZÓ LA EXPERIENCIA

#### 2.1. Contexto Geográfico

Para fines de sistematización se toma como muestra representativa la experiencia llevada a cabo, en dos distritos de salud de los municipios de Chiantla y Santa Cruz Barillas, ubicados en el departamento de Huehuetenango. El primer municipio se seleccionó porque durante un año se le dió seguimiento al Programa de Capacitación de parte del personal de ADECO, el segundo municipio, Chiantla, la implementación del Programa de Capacitación se llevó a cabo durante el año 2005, de parte del personal de ADECO, mientras que durante el año 2006 no contó con el apoyo y acompañamiento del personal de ADECO.

#### 2. 2. Contexto de Organización de los Servicios de Salud

El manual de normas y procedimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, para la prestación de servicios de salud, establece como estructura organizativa, tres niveles de atención, de los cuales el primero está estructurado de la siguiente manera:

**Centros de Salud**, ubicado en la cabecera municipal, integrado y representado por: un Director, generalmente es un Médico; enfermera graduada, técnico en salud rural, inspector de saneamiento ambiental, técnico en laboratorio, médicos generales, auxiliares de enfermería personal de intendencia, en algunos distritos, Trabajadora Social y personal administrativo. Todos integran el equipo multidisciplinario, denominado Equipo Técnico de Salud, siendo cada uno responsable de la implementación de actividades específicas, tanto a nivel curativo como preventivo, se le denomina distrito de salud, cuando se refiere a los servicios de todo el municipio y cuando de **el** dependen otros servicios, como los puestos de salud, con cobertura a nivel de la cabecera municipal y sus aldeas.

**Puestos de Salud:** Existen varios en cada municipio, según necesidades y presupuesto del Ministerio, cada Puesto de Salud está bajo la responsabilidad de un Auxiliar de enfermería, que apoyado por personal voluntario de la comunidad, realizando también acciones de salud curativa y preventiva.

**Nivel Comunitario:** Integrado por representantes de las familias que viven en las comunidades rurales: **comadronas adiestradas tradicionales, vigilantes de salud y facilitadores comunitarios**, denominado personal voluntario de la comunidad, todos han sido inducidos y capacitados en temas de salud, para desempeñar funciones específicas y sencillas, quines tienen como objetivo primordial apoyar las acciones de salud preventivas designadas por el Ministerio de Salud.

Comadronas tradicionales, generalmente existe un número no determinado porque surgen por naturaleza, por identificación, porque imitan el trabajo de sus madres o abuelas, o porque familiares las inducen, atienden la demanda de las familias de las comunidades.

Los vigilantes de salud, son seleccionadas en asambleas comunitarias, siempre y cuando llenen ciertos requisitos tales como: saber leer y escribir, ser aceptados por las familias que representan, que tengan características de liderazgo y disponibilidad de tiempo para trabajar voluntariamente en su comunidad, se les asigna como responsabilidad un mínimo de 20 familias, con quienes desarrollan actividades de salud preventiva.

Los facilitadores comunitarios, son seleccionados por los vigilantes de salud y deben cumplir con ciertos requisitos: tales como: haber sido Vigilante de Salud y disponer de medio tiempo para trabajar en su comunidad apoyando y facilitando el desarrollo de los programas de extensión cobertura. Los facilitadores comunitarios, generalmente trabajan como responsables de la supervisión y monitoreo de las actividades de los vigilantes de salud de cada comunidad.

## **CAPITULO 3**

### **DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA**

#### **3.1 Integración del Equipo Técnico de ADECO**

Se promocionó, seleccionó y contrató al personal, siendo ellos un coordinador del proyecto, dos técnicos de campo y el personal administrativo correspondiente, con un perfil educativo, afín al componente de salubridad, se cumplió con los requisitos de contratación de personal de la ley de contrataciones del Estado, el tiempo utilizado para esta fase, fue de aproximadamente un mes.

#### **3.2 Proceso de Inducción al Personal**

Se llevó a cabo a través de un taller de inducción, que implicó: información del contenido del proyecto y capacitación en cuanto a su desarrollo, lográndose al finalizar el mismo, además de la socialización de su contenido, la concientización del personal participante, en cuanto a la responsabilidad de cada uno de ellos, en el desarrollo de las actividades programadas, de manera que se escribió la planificación general del desarrollo del proyecto.

#### **3.3 Coordinación con Personal de la Dirección Departamental de Salud y Distritos**

Como una de las primeras actividades programadas del plan de trabajo de los técnicos, se incluyó una estrecha coordinación con las autoridades de salud para promocionar, socializar y planificar las actividades de capacitación dirigidas al equipo básico de salud de cada uno de los distritos; esta actividad implicó varias reuniones de trabajo, principalmente con el departamento de Trabajo Social y enfermería de la Dirección Departamental de Salud.

#### **3.4 Promoción del Proyecto y Programa de Capacitación**

La fase siguiente, consistió en promocionar el contenido del proyecto con el personal

institucional de los Distritos de Salud beneficiados, para lo cual se preparó un taller de información y socialización, efectuado en la cabecera departamental con participación de las autoridades departamentales, tanto de salud como del Consejo Departamental de Desarrollo, generando como resultados concretos: la socialización del contenido del proyecto, información del mismo, concientización y motivación del personal para el desarrollo de actividades operativas del Programa de Capacitación.

Los contenidos desarrollados en esta actividad se resumen en los siguientes: Definición y contexto del proyecto en general y específicamente del componente de capacitación, objetivos, metas, contenidos, presupuesto disponible para cada distrito, etc.

### **3.5 Definición del Programa de Capacitación del Personal de los Distritos de Salud**

Para contar en cada uno de los distritos de salud con un Programa de Capacitación se hizo necesario programar y llevar a cabo varias reuniones de trabajo con el personal institucional, a pesar de que es un programa impuesto de parte del Ministerio de Salud Pública se detectó que, en los dos distritos de salud, Chiantla y Barillas, no existía ningún programa formalmente escrito ni mucho menos en desarrollo, en estos casos, generalmente, el personal, desarrolla pláticas aisladas a los grupos de personal voluntario de la comunidad a quienes citan para determinadas fechas, lo que se llama educación informal, no sistemática, sin secuencia lógica de los temas; por lo tanto fue necesario, preparar a los responsables, para elaborar y definir de acuerdo a las necesidades educativas de cada equipo básico de salud, una planificación específica y sistemática que reuniera los principales requisitos de planificación y respondiera a las necesidades del grupo a capacitar.

El Programa de Capacitación se divide en dos fases, planificación general y planificación específica, la primera, se desarrolló en forma narrativa como un documento de apoyo, elaborado como guía para el personal de ADECO,

posteriormente se elaboró con el personal de cada distrito la planificación específica, la cual incluyó:

- Introducción
- Objetivos Generales
- Objetivos Específicos
- Temas a Desarrollarse
- Metodología
- Cronograma de Capacitación
- Evaluación de las Actividades de Capacitación

### **3.6 Implementación del Programa de Capacitación**

Para operativizar el programa de capacitación de cada distrito, el técnico responsable, de parte de ADECO, en coordinación con el responsable de capacitación en los distritos hicieron un cronograma, que incluyó: fecha, lugar, tema, responsable y recursos, previa invitación y citación a los participantes a través de invitaciones verbales o recordatorios de fecha de asistencia a la sede del Distrito de Salud.

La convocatoria de las personas estuvo bajo la responsabilidad del representante del distrito, que es la persona que permanece más tiempo en las comunidades y es conocedora del tiempo disponible y fecha oportuna para capacitación.

### **3.7 Metodología de Capacitación**

La metodología de capacitación fue de carácter deductiva, basada en disertación de temas en forma magistral, explicativa, definiendo conceptos y explicando contenidos de los temas para llegar a conclusiones y transmisión de conocimientos.

Tanto en el municipio de Barillas, como el de Chiantla, la capacitación consistió en

explicaciones verbales de parte del técnico, al grupo participante o receptor, transmitiendo conocimientos y conceptos de temas de salud, que previamente fueron asignados por programas de Salud del Ministerio de Salud, ocasionalmente la capacitación se tornó atractiva, por la utilización de láminas que muestran dibujos que son analizados por el expositor, que trata de enseñar al grupo de personas, en otras palabras la metodología se basó en el proceso enseñanza-aprendizaje, en forma tradicional, transmitiendo conocimientos del que sabe al que no sabe.

En cada una de las actividades se contó con el apoyo logístico para los participantes, como refacción y/o almuerzo dependiendo del horario y lugar donde se desarrolló la actividad de capacitación.

### **3.8 Contenidos Temáticos**

- **Para Personal Técnico del Equipo Básico de Salud**

El contenido de los temas que se trabajó para el personal técnico de cada Distrito de Salud fue el siguiente:

- a) Salud mental, normas de atención en salud mental y relaciones interpersonales.
- b) Actualización en traumatología forense e implicación médico legales, con enfoque en mortalidad materna infantil.
- c) Derechos sexuales y reproductivos, reduciendo la mortalidad materna.
- d) Situación de salud en los grupos de riesgo, especialmente los que tienen alta tasa de mortalidad infantil
- e) Importancia del cuidado prenatal para evitar la incidencia de discapacidad.
- f) Revisión del manual de referencia para la aplicación de las normas del primer y segundo nivel.
- g) Situación de la salud en los grupos de riesgo, control prenatal y mortalidad infantil.

- h) Taller de formación Aproximación a la salud, la enfermedad y la atención desde la cultura maya.
- i) Taller de Guía para la preparación de proyectos y planes de monitoreo y evaluación relacionado con la reducción de mortalidad materno infantil.

- **Para Personal Voluntario de la Comunidad**

Los temas que se trabajaron en la capacitación para el personal voluntario de la comunidad fueron los siguientes:

- Hipodermia y canalización
- Normas de atención del primer nivel
- Emergencias obstétricas y planificación familiar
- Infecciones respiratorias agudas, neumonías, causas y tratamiento
- Parto limpio y seguro
- Riesgos en post-parto
- Plantas medicinales
- Embarazo de alto riesgo
- Primeros auxilios, control pre y post natal
- Ruptura prematura de membranas
- Pre- eclampsia
- Desnutrición
- Desarrollo embrional
- Hemorragia post parto y retención placentaria
- Control prenatal y enfermedades asociadas al embarazo
- Síndrome diarreico agudo, causas y tratamiento

### **3.9 Seguimiento del Programa de Capacitación**

Los programas de capacitación de los distritos objeto de análisis en los municipios de Barillas y Chiantla, Huehuetenango, no cuentan en su planificación con ninguna

acción de seguimiento, algunas veces, al inicio de la reunión se hace un recordatorio del tema disertado en la reunión anterior, lo que se considera que no corresponde a ningún seguimiento planificado con objetivos claros, sino ubicación de las personas en la actividad educativa.

### **3.10 Evaluación del Programa de Capacitación**

La evaluación de las capacitaciones se hizo durante el desarrollo del tema, generalmente al finalizar la capacitación, y en la mayoría de los casos de manera informal improvisada, basada en saber lo que el grupo memorizó del tema disertado, con el fin de saber si los participantes fijaron, o no, los conocimientos, no se cuenta con un documento que objetivamente refleje la evaluación y principalmente, que la misma sea de utilidad.

### **3.11 Actores de la Experiencia**

Los principales actores de la experiencia de capacitación fueron los siguientes:

- Representante designada por la dirección departamental, quien da acompañamiento al programa con la principal función de supervisar, monitorear y fiscalizar cada una de las actividades.
- Los Centros de Salud a través de personal técnico, (enfermera, médico, técnico en salud rural, inspector de saneamiento y auxiliares de enfermería), quienes integran los equipos básicos de salud y son beneficiarios directos porque reciben y participan en las capacitaciones, tanto como receptores como emisores, dependiendo de la organización y planificación.
- El personal voluntario de las comunidades, (facilitador comunitario, vigilantes de salud y comadronas tradicionales), quienes son beneficiarios directos al participar y constituirse en capacitados.
- El personal técnico de la Asociación de Apoyo al Desarrollo Comunitario, ADECO

quienes facilitan el proceso de capacitación y frecuentemente capacitadores de los grupos beneficiados.

- Los grupos de madres de las comunidades quienes se convierten en receptoras, grupo beneficiario final.

### 3.12 Resultados

Entre estos se tienen:

- El Personal Institucional y voluntario, actualizó e incrementó conocimientos, durante el desarrollo de la capacitación.
- Cada uno de los distritos de salud, de cada municipio, cuenta con un plan de capacitación escrito.
- Personal de los distritos priorizó temas importantes en la capacitación como lo relacionado a materno infantil.
- El apoyo y la promoción de capacitaciones, de parte del personal de ADECO, durante la capacitación.
- Se desarrollaron 10 talleres a personal técnico de los Centros de Salud, promovidos por el personal de ADECO, lo que no se hubiera desarrollado sin el apoyo logístico de la ONG.

### 3.13 Recursos

Los recursos utilizados en la experiencia se resumen en los siguientes:

- **Humano:** Representados por el personal técnico y administrativo tanto de ADECO, como del Ministerio de Salud Pública y todos los comunitarios.
- **Materiales:** Insumos y equipo adecuado para talleres de capacitación; refacciones y otros incentivos.
- **Institucionales:** Dirección Departamental de Salud, Centros de Salud, Municipalidades, ADECO, Consejo de Desarrollo y otras ONG's existentes.
- **Económicos:** El costo de las capacitaciones se estima que fue en el municipio de Barillas: mil quinientos quetzales, por evento, (Q.1,500.00) , incluyendo el

transporte de los participantes y en municipio de Chiantla: de mil quetzales por evento, también incluyendo el transporte (Q.1,000.00).

## **CAPÍTULO 4**

### **ANÁLISIS Y REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA**

Para analizar la experiencia de capacitación en temas de salud en los municipios de Barillas y Chiantla del departamento de Huehuetenango, se hace desde el punto de vista de los componentes que a continuación se describen y que se consideran son los importantes:

#### **4.1 Planificación**

La planificación de las actividades de capacitación se considera que no fue apegada a las necesidades comunitarias, porque no hubo participación de los beneficiarios en dicha actividad, sino únicamente del representante del distrito y facilitador de ADECO, el contenido de la planificación fue de acuerdo a los intereses de personal técnico, asumiendo o pensando por el grupo beneficiario.

La temática a desarrollar, los objetivos a lograr, la metodología, las metas, preparación del material didáctico, recursos y detalles propios de la planificación de la capacitación, pasaron a ocupar un segundo lugar, dándole más importancia más al cumplimiento del cronograma de actividades.

Sin embargo, la planificación es efectiva para los capacitadores porque se constituye en una guía de cumplimiento de las actividades.

Resumiendo se puede considerar que la planificación de las actividades de capacitación, tanto para el personal técnico de los Centros de Salud, como el personal voluntario de las comunidades no se hizo basado en lineamientos técnicos, ni participativos lo que no permite que la misma sea un proceso de enseñanza-aprendizaje apegado a las necesidades de capacitación de las personas involucradas y por lo tanto limita el proceso reflexivo de cada actividad.

## 4.2 Definición de los Contenidos Temáticos

Los temas desarrollados, fueron los sugeridos por el Ministerio de Salud Pública y para su desarrollo no fueron validados a nivel operativo es decir con los grupos comunitarios, por lo que los mismos, responden a intereses institucionales más que de los grupos, esto significa que los contenidos no fueron propuestos por las bases, siendo importante validar los temas con los representantes de cada grupo o tomar en cuenta las necesidades de capacitación de cada uno de los mismos.

Los temas de capacitación que se disertaron y son asignados por el Ministerio de Salud Pública, fueron definidos de acuerdo a una problemática a nivel nacional no así de cada comunidad, sin tomar en cuenta las características peculiares de cada grupo y/o localidad.

En este programa se desarrollan temas y se imparten y transmiten conocimientos teóricos, que efectivamente son básicos y quizá importantes, para resolver determinados problemas de salud, y otros para mejorar las condiciones de vida de las familias, en el caso de que los pongan en práctica, lo que puede cambiar una determinada situación, pero no se sabe exactamente que sea una necesidad sentida por todo el grupo.

Por otra parte es importante indicar que los contenidos o temas de capacitación que se desarrollaron no están relacionados con otros temas o problemas que en el momento preciso estén afrontando las familias de las comunidades, de manera que el enfoque sea integral, por ejemplo, si se capacita a un grupo de madres sobre el tema **Higiene de los alimentos** no se aborda ni se tome en cuenta el tema de la disponibilidad de agua; si se habla de **Desnutrición Infantil** no se aborda el tema factor económico de las familias, etc.

## 4.3 Metodología

La metodología de capacitación que se utilizó, fue deductiva y se basó en la

exposición de temas en forma magistral basándose en la transmisión de conocimientos teóricos, con la utilización eventual de algunas técnicas participativas, lo que permitió que se lograra la fijación de algunos conocimientos.

Las técnicas participativas que eventualmente se utilizaron en la capacitación, su objetivo, fue recrear, estimular a los participantes, para retomar la atención, generalmente al inicio de la actividad, pero no se aprovechó cada una de ellas para reflexionar al respecto, se desaprovechó cada una de las oportunidades del uso de las técnicas, habiéndose podido promover la participación y analizar el tema que en esa ocasión se desarrolló.

El lugar donde se desarrolló la capacitación no fue el adecuado, mobiliario insuficiente, interrupciones continuas de parte del personal técnico, interferencia por ruido y otros distractores, paso de vehículos, ambientes abiertos, ubicados muy cerca de otros servicios como clínicas de consulta médica, etc. En ambos casos obedece primero a la falta de disponibilidad de recursos adecuados facilitados por el Ministerio de Salud Pública y otra por la falta de iniciativa y creatividad del facilitador y del capacitador, porque si existen en las comunidades lugares que previamente pudieron haber ubicado y preparado.

La distribución y colocación física de los participantes fue tradicional, como aula escolar, una fila después de la otra, sin tomar en cuenta los grupos etarios, cantidad y sexo de los participantes; esto bloqueó la confianza e identificación y participación, lo que no facilita el logro de los objetivos previamente propuestos para dicha actividad.

Se puede incluir en este párrafo lo relacionado a los recursos que se utilizan para las capacitaciones, indicando que, generalmente se hace uso de los recursos que el Ministerio proporciona, o los que existen en los distritos de salud, sin tomar en cuenta la existencia de recursos naturales, locales propios de cada lugar, o la creatividad e iniciativa para construir y/o utilizar sus propios recursos, principalmente recursos prácticos y objetivos.

El técnico facilitador, denominado dentro de la estructura del Ministerio de Salud Pública, como capacitador, no propuso la plena participación de los presentes ni la utilización de técnicas participativas que permitieran el movimiento y accionar de la totalidad de los integrantes del grupo, para promover la reflexión del conocimiento existente, partir de la experiencia del grupo, y así iniciar un proceso de análisis, de manera que se valoricen los aspectos positivos, se eliminen los erróneos y se incrementen nuevos conocimientos que permitan el crecimiento del grupo en general.

#### **4.4 Seguimiento, Evaluación y Supervisión de las Actividades de Capacitación**

No se logró definir en cada una de las capacitaciones un seguimiento, evaluación o supervisión, sistemático y/o planificado de las actividades de capacitación, principalmente a nivel práctico, cuando los participantes o grupos están poniendo en práctica lo que han aprendido, por ejemplo, cuando se capacita sobre el tema rehidratación oral; no se planifican visitas de evaluación y supervisión para saber si están poniendo en práctica los nuevos conocimientos o lo están haciendo correctamente, si las técnicas utilizadas son las adecuadas o no, etc. de tal manera que basados en los resultados de dicha visita, se puede orientar, asesorar, guiar corregir y mejorar la práctica, incrementar o ampliar conocimientos.

Se hicieron capacitaciones de temas separados e independientes, en la mayoría de casos un tema no relacionado con el otro, no se consideró ni planificó la relación entre la una y la siguiente capacitación; se considera importante relacionar un tema con el siguiente.

Esto es que no hay secuencia de las acciones de capacitación que se realizan, entre un evento y otro, lo que contribuye al olvido de lo aprendido con anterioridad y logro de objetivos aislados, de disertación de pláticas no así de un proceso de educación permanente.

El seguimiento, la evaluación, el monitoreo y supervisión de un proceso de capacitación, son considerados, como indispensables, para establecer y garantizar el éxito del mismo y sobre todo el crecimiento humano de las personas y grupos.

## **CAPÍTULO 5**

### **PROPUESTA DE CAMBIO**

Para hacer una propuesta de cambio, en el componente capacitación de temas de salud, fue necesario, conocer el proceso de capacitación que se lleva a cabo y tener claridad de lo que significa la misma en la temática de salud, la propuesta se hará por componente de acuerdo a los temas que se analizaron en el capítulo anterior.

De acuerdo a la experiencia en el tema se considera que la capacitación es: Una técnica del método científico, mediante el cual se incrementan, intercambian, analizan y reflexionan conocimientos y/o experiencias, con la principal finalidad de fortalecer la capacidad de las personas y/o grupos, de manera que se esté preparado para contribuir a operar cambios cualitativos y cuantitativos que mejoren la calidad de vida de las familias, al resolver determinados problemas.

En la capacitación se requiere de la participación de más de dos personas, un facilitador del proceso, denominado capacitador, que no necesariamente es el maestro, el que lo sabe todo, el más importante, el indispensable, sino un moderador del grupo, que estratégicamente conduce y facilita la realización de las actividades planificadas para lograr los objetivos de capacitación.

Por otra parte el grupo beneficiario o participante motivado para formar parte de un proceso de enseñanza-aprendizaje.

Los resultados de las capacitaciones fortalecen el proceso de formación del ser humano, estimulando su capacidad, iniciativa, liderazgo, desenvolvimiento, capacidad de expresión verbal y corporal, toma de decisiones, etc. para contar con las herramientas necesarias que le permitan cambiar las cosas que, a criterio personal son las más adecuadas.

La propuesta de cambio que a continuación se presenta, es sencilla y concreta,

sugiriendo algunos conceptos, que se consideran, deben tomarse en cuenta cuando se hace una capacitación en temas de salud.

## **5.1 Planificación de la Capacitación**

La base fundamental de una capacitación lo constituye la planificación, puesto que esta misma, es una guía que permite, definir los pasos a seguir; la planificación no se desarrolla precisamente en el orden que se escribe, pero si es importante tomar en cuenta su contenido.

Al realizar la planificación de una capacitación se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

- Que sea explícita y entendible, escrita en forma sencilla y clara.
- Que se proponga objetivos alcanzables, que estén de acuerdo al nivel educativo del grupo.
- Que se promueva la participación de los integrantes del grupo.
- Que se utilicen técnicas participativas, utilización de recursos llamativos o innovadores para mantener la motivación del grupo.
- Que los contenidos temáticos hayan sido validados y que respondan a necesidades sentidas del grupo.
- Que el ambiente o lugar donde se realice la capacitación sea adecuado.
- Que se tome en cuenta el número de participantes.
- Que se estime el tiempo, horario y disponibilidad de la mayoría de los participantes, sin afectar sus intereses personales.
- Que la persona que facilite el proceso tenga capacidad para promover procesos de educación popular y permanente.
- Que el facilitador del proceso de capacitación reúna ciertas características y cualidades personales, por ejemplo, que tenga voz clara y fuerte, dominio de grupo, capacidad para mantener la motivación, que conozca técnicas de educación popular, que conozca la temática a desarrollar, etc.

- Que el facilitador se identifique con el grupo y tenga aceptación en el mismo.
- Que la presentación personal del facilitador, sea similar o igual a la del grupo para no crear barreras entre ambos.
- Otros.

Los componentes más importantes a desarrollar al planificar una capacitación son los siguientes. Justificación, Objetivos, Metas, Actividades, Cronograma de Actividades, Metodología, Recursos, Seguimiento y Evaluación

- **Justificación**

En esta parte de la capacitación es preciso que las personas que elaboran la planificación, enumeren las razones que motivan realizar la capacitación, lo ideal es hacer la planificación conjuntamente con todos los participantes o sus representantes, se sugiere que cada una de las razones, definidas, se haga como un proceso de reflexión de manera que se esté consciente del por qué se está planificando.

La justificación de la capacitación de un tema, debe hacerse en base al análisis del diagnóstico de las necesidades de capacitación y se facilita cuando se hace un listado, hasta agotar las respuestas de la pregunta: ¿Por qué se está planificando?

- **Objetivos**

En esta parte, de la planificación, deberá definirse con los participantes lo que se pretende lograr con la capacitación, es decir contestar a la pregunta: ¿Para qué vamos a desarrollar la capacitación? ¿Qué vamos a lograr con la capacitación?

La definición de los objetivos, permite considerar los resultados que se pretenden alcanzar con las actividades de capacitación; además permiten definir los criterios para hacer evaluaciones correspondientes.

Los objetivos de capacitación deben reunir ciertas características:

- Deben ser claros y sencillos.
- No ambiciosos, es decir alcanzables.
- Definirlos en base a recursos, necesidades y tiempo disponible.
- Deben ser concretos.
- Deben basarse en el diagnóstico de las necesidades de capacitación del grupo.

Cuando se definen objetivos de capacitación debe tomarse en cuenta el intercambio de intereses, tanto del facilitador, como del grupo seleccionado.

- **Metas**

En relación a la definición de metas de planificación y como se indicara en el capítulo de análisis, estas no son tomadas en cuenta, la mayoría de veces se obvian, sin tomar en cuenta que las metas, le permiten al facilitador contar con los indicadores o parámetros para efectuar las evaluaciones y revisar el logro de los objetivos y resultados esperados.

Cada uno de los objetivos en forma cuantificado representa una meta, se sugiere a los planificadores no dejar de definir metas durante la planificación de una capacitación.

Al igual que los objetivos, las metas propuestas deberán ser alcanzables y de acuerdo y elaboradas en base a necesidades de capacitación.

- **Actividades**

En esta parte de la planificación como es de suponer, se escriben todas las acciones, actividades que se piensan realizar, las cuales van íntimamente relacionadas con los objetivos y con las metas.

Se conoce variedad de actividades a desarrollarse, cuando se está planificando, la persona responsable tiene la oportunidad para poner en juego su iniciativa, creatividad y decisión para definir la clase de actividad que va a desarrollar durante su desarrollo.

Las actividades deberán ser dinámicas, no pasivas, es decir que se incluya movimiento, promueva la participación del grupo; cuando se definen las actividades que se van a desarrollar debe tomarse en cuenta: el espacio o lugar donde se desarrollará, si son hombres o son mujeres, la cantidad de participantes, la edad, tema, objetivos, etc.

Las actividades deben constituir la parte que integra la planificación porque permite al facilitador del proceso, la consolidación de los objetivos y metas propuestas.

- **Metodología**

La metodología define la forma de cómo llevar a cabo la capacitación, describe las técnicas que se van a utilizar, y nos permite la guía que va a ser utilizada en la realización de la capacitación.

Una metodología es el conjunto de pasos que tratan de llegar a un resultado concreto. La metodología busca fomentar en las personas las diferentes y variadas formas de adquirir conocimientos, de manera que permita tener una visión amplia de la realidad.

En esta parte el facilitador debe conocer o investigar técnicas participativas, crear ideas y cultivar la iniciativa, para plasmar por escrito la forma o manera en la cual se implementarán las actividades de capacitación.

La metodología de capacitación es la parte de la planificación, que permite al facilitador y al grupo, contribuir a la consolidación del logro de los objetivos.

La metodología debe incluir técnicas seleccionadas de acuerdo a los contenidos temáticos, características del grupo y condiciones de los espacios, además incluir procesos de reflexión, tanto del contenido de la técnica, su desarrollo y relación con el contenido del tema; el análisis de las vivencias, experiencias positivas, negativas, de las mismas, permite fortalecer la capacitación.

Tomando en cuenta que cuando se hizo el análisis de la experiencia de sistematización, se consideró el componente metodológico como débil, en su definición y utilización, es importante sugerir a los lectores que se le dé la importancia necesaria a este componente.

Se sugiere la utilización de la metodología, denominada participativa, con la variedad de técnicas que existen, a pesar de que esta implica investigación; vale la pena tomarse el tiempo para seleccionar las técnicas que se van a utilizar de acuerdo al tema a desarrollarse.

En la metodología participativa, que es la que en la presente propuesta se sugiere, el capacitador, únicamente es un facilitador del proceso, quien estratégicamente conduce el evento, siendo los participantes del grupo los protagonistas centrales del mismo.

Las ventajas más importantes de la metodología participativa se resumen en las siguientes:

- Facilita el desarrollo de las actividades
- Induce y motiva a la participación de la totalidad del grupo
- Estimula y fortalece el desenvolvimiento
- Contribuye a romper barreras de participación

- Contribuye a fijar conocimientos y facilita el recuerdo de los mismos
- Ejercita la práctica
- Promueve el análisis de los problemas propios de la comunidad
- Facilita la búsqueda de posibles soluciones a la problemática
- Prepara a los participantes a asumir responsabilidades
- Motiva y estimula el seguimiento de las actividades
- Otras

La metodología participativa se fundamenta en tres aspectos básicos e importantes:

1. No es producto de una moda ni de la época moderna, pues presenta un largo trayecto histórico.
2. No está diseñada con el único fin de ser divertida, sino que existe un fundamento neurofisiológico que recomienda el uso de la misma aplicando una serie de técnicas y materiales didácticos para apoyar el aprendizaje.
3. Sus fundamentos pedagógicos han sido probados por diferentes escuelas de la enseñanza y del estudio de la conducta.

Se considera que la metodología participativa da mejores resultados cuando los grupos interesados tienen una conducción sólida y un liderazgo innovador; asimismo, la mejor metodología para planear o desarrollar una capacitación específica es la que responde a los objetivos, valores y capacidades personales de todos los participantes que forman parte de un proceso.

Al igual que cuando se definen las actividades de una capacitación, también en la selección de la metodología y técnicas de trabajo, se debe pensar en los siguientes factores condicionantes:

- El contenido temático

- Las características del grupo, sexo, edad, cantidad de participantes, nivel educativo, aspectos sociales y culturales, etc.
- Hora de capacitación
- Disponibilidad de tiempo y espacios físicos del lugar de capacitación
- Recursos disponibles
- Imparcialidad durante su desarrollo
- Dejar tiempo para reflexionar el contenido de la capacitación y la metodología del desarrollo de la actividad
- Que el facilitador conozca el idioma nativo o en caso contrario, prever la presencia de un traductor
- El facilitador se identifique con el grupo
- Que conozca bien el tema y el procedimiento de cada técnica, por lo que es recomendable practicar cada técnica antes de su uso
- Tener creatividad y flexibilidad para desarrollar las técnicas
- Conocimiento en la utilización y manejo de los materiales y equipos audiovisuales, para lo cual es recomendable que el técnico haga la prueba o ensayo correspondiente antes de hacer uso de los equipos y materiales
- Buena capacidad de síntesis, análisis y dinamismo
- Capacidad para promover la reflexión entre los participantes

Según el Manual de Técnicas Participativas, del proyecto JALDA, documento No. 10, Sucre Bolivia, año 1995, en el componente capacitación, las técnicas participativas y dinámicas están agrupadas de la siguiente manera:

- **De presentación y de animación**
- **De análisis y profundización**
- **De evaluación**

En cada técnica se describen los materiales necesarios, el tiempo que se va a utilizar durante su desarrollo, el número adecuado de participantes, el procedimiento de la

técnica, las conclusiones y las recomendaciones; asimismo, en algunas técnicas se presentan experiencias importantes surgidas durante el desarrollo.

Las técnicas participativas son consideradas como un componente de la metodología, como el medio o procedimiento que se usa para realizar la metodología misma; en otras palabras, las técnicas son sólo uno de los muchos ingredientes interactivos de cualquier metodología participativa; bajo esta definición, se puede esperar la utilización de una determinada técnica en diferentes metodologías.

Las técnicas participativas están compuestas por diferentes actividades, como por ejemplo: Dinámicas de grupo, sociodramas, adecuación de juegos populares con fines de capacitación, títeres, vídeos, dibujos y cualquier otro medio que tenga como objetivo generar la participación, el análisis, la reflexión y un cambio de actitud consciente y duradero en los participantes, lo que conduce a una planificación de acciones para la solución de problemas.

Las técnicas participativas **no son un pasatiempo ni una distracción, sino una poderosa fuerza impulsiva que facilita el aprendizaje**, profundiza los temas expuestos y propone además a una educación liberadora, eminentemente participativa.

Con la finalidad de comprender mejor la importancia de las técnicas participativas y los objetivos que se persigue con las mismas, a continuación señalamos dos clasificaciones, una que clasifica a las técnicas según los sentidos que utilizamos para comunicarnos, y otra que es más una agrupación de técnicas según el objetivo principal de las técnicas participativas.

En el Manual de Técnicas Participativas, del proyecto JALDA, documento No. 10, Sucre Bolivia, año 1995, clasifica las Técnicas Participativas, según los sentidos que utilizamos para comunicarnos:

- **Técnicas o dinámicas vivenciales**

Que se caracterizan por crear una situación ficticia donde las personas se involucran, reaccionan y adoptan actitudes espontáneas. Estas técnicas pueden ser para animar o para realizar un análisis. Ejemplos de estas técnicas son: **Figuras Partidas o Presentación por Parejas y Juego de la Memoria, respectivamente.**

- **Técnicas con actuación**

Que se caracterizan por la expresión corporal, a través de la cual se representan situaciones de comportamiento y formas de pensar, por ejemplo el sociodrama, los títeres, etc.

- **Técnicas auditivas y audiovisuales**

Que se caracterizan por el uso del sonido o de la combinación con imágenes, por ejemplo: **Riodrama y Proyección de Vídeos.** Estas técnicas permiten aportar elementos de información adicional y/o enriquecer el análisis y reflexión sobre algún tema.

- **Técnicas visuales.**

Que son las técnicas escritas y las técnicas gráficas; las primeras se refieren a todo material que utiliza la escritura como elemento central (por ejemplo Papelógrafo o Trabajo de Grupos), cuya característica es que el producto final es el resultado directo de lo que el grupo conoce, piensa o sabe de un determinado tema. Las técnicas gráficas se refieren a todo material que se expresa a través de dibujos y símbolos, por ejemplo: **Mapas Parlantes, Dibujos, Afiche,** etc.

De acuerdo al **objetivo general** que se quiere lograr con el uso de las diferentes técnicas, se pueden agrupar de la siguiente manera:

- **Técnicas o dinámicas de presentación y de animación**

Según la experiencia del investigador, éstas permiten que los participantes se presenten ante el grupo, conozcan a los otros participantes, creando de esta manera un ambiente fraterno, participativo y horizontal en el trabajo de formación. Generalmente estas técnicas son dinámicas vivenciales, porque todos los presentan participan del evento; por ejemplo: las figuras partidas (o presentación por parejas), desgranando maíz, la telaraña, etc. Las técnicas rompehielos o de animación tienen la finalidad de mantener una atmósfera de confianza y seguridad en los participantes, que les permita participar activamente durante los procesos de enseñanza-aprendizaje. Ejemplo de estas técnicas son **el barco se hunde, la moneda**, etc; generalmente las técnicas de este grupo se caracterizan por ser activas y permiten relajar a los participantes, involucrar al conjunto y se hace notar que en el desarrollo de cada una de estas técnicas está presente el humor.

- **Técnicas o dinámicas de análisis y profundización**

La característica principal de estas técnicas es que permite analizar y reflexionar con profundidad los conocimientos sobre un tema en desarrollo; dan paso a los participantes a asimilar y comprender más objetivamente la importancia de un tema, además de permitir que los mismos expresen ideas propias, conozcan causas y consecuencias de los problemas y se llegue a conclusiones para proponer posibles alternativas de solución; por ejemplo, **Juego de la Memoria, Refranes dichos en dos partes, por delante y por detrás, Rompecabezas de dibujos reflexivos, Análisis en grupo de dibujos o láminas reflexivas**, etc.

- **Técnicas o dinámicas de evaluación**

Estas técnicas permiten evaluar algunos indicadores de un evento desarrollado, con la finalidad de mejorar la organización de eventos similares; entre los indicadores que son evaluados a través de estas técnicas figura; la participación de los asistentes, los

métodos y técnicas empleadas, la actuación de los técnicos, la claridad y comprensión de los temas, el interés despertado por ellos, entre otros. Las opiniones de los participantes giran alrededor de lo que les gustó, lo que no les gustó, lo que se podría mejorar para próximas ocasiones; ejemplos de estas técnicas son los rostros, la pelota preguntona, el correo, etc.

#### ▪ **Análisis del uso de las técnicas**

Una vez concluido el uso de cada técnica y de acuerdo al tipo de la misma, el técnico debe empezar a plantear a los participantes y en forma secuencial, las siguientes preguntas:

1. ¿Qué pensamos sobre lo que vimos (técnicas visuales), escuchamos (técnicas auditivas) y vivimos (técnicas vivenciales)?
2. ¿Qué relación tiene ésta con nuestra realidad, con nuestra comunidad, etc.? (inducir a que los participantes relacionen la ejecución de la técnica con la realidad)
3. ¿Qué nos enseña esto? (coadyuvar a que los participantes saquen sus propias conclusiones)

El técnico no debe olvidar que los objetivos principales de las técnicas participativas, según el tipo de la técnica, son:

- La participación
- La animación
- La integración de los participantes
- Hacer más sencilla la comprensión de un tema o contenido desarrollado

Si ponemos en práctica lo anterior seguramente estaremos contribuyendo a lograr un cambio en los participantes en su forma de pensar, sentir y actuar, respecto al tema que se desarrolla.

## **5.2 Seguimiento a las Actividades de Capacitación**

Durante la planificación de una capacitación en temas de salud para personal institucional y personal voluntario de la comunidad, es recomendable e indispensable incluir, tiempo o espacio, recursos y disponibilidad para el seguimiento de los temas, primero porque los contenidos se prestan para monitorear, supervisar y evaluar en el campo, segundo para comprobar el logro de los objetivos propuestos inicialmente.

Durante estas actividades el facilitador o responsable de la capacitación continua con el proceso, sobre la práctica y permite; sí corresponde a los objetivos iniciales, como lo es la fijación de los conocimientos incluidos durante la capacitación o nuevos, porque surgen de acuerdo a la situación supervisada, contribuir y fortalecer al cambio de actitudes, comportamientos y/o prácticas en beneficio de la persona, familia y/o comunidad, dependiendo del tema.

Deberá incluirse durante el seguimiento de las actividades de capacitación, instrumentos que faciliten el proceso y permite hacer de manera ordenada y sistemática, estos deberán utilizarse con estrategia, ya que a veces su uso muy visual inhibe algunas acciones de los participantes porque no les gusta que lo que dicen o están haciendo sea escrito; deberá utilizarse únicamente como guía, que el facilitador memoriza y llena después de la entrevista, acompañamiento o demostración al respecto.

Los resultados de la supervisión de una actividad, deberán tomarse en cuenta para la siguiente capacitación con el grupo, esto es, valorizar, los aspectos positivos y corregir lo incorrecto de acuerdo a los contenidos.

## **5.3 Evaluación de la Capacitación**

A igual que el seguimiento es de mucha importancia incluir dentro de un proceso de capacitación, la evaluación de los contenidos de capacitación, esta se debe hacer:

durante y después de la capacitación, principalmente en las visitas de campo en donde se puede comprobar el éxito de la actividad.

La evaluación es el medio que permite a los participantes conocer el logro de los objetivos, metas y los resultados esperados, conocer el impacto que esta ha tenido o está teniendo, es decir, el incremento de conocimientos, el cambio de actitud, mejoramiento de las prácticas e inclusive el comportamiento de los integrantes del grupo.

Al igual que la supervisión los resultados de la evaluación deberán utilizarse para fortalecer las siguientes capacitaciones que se tienen planificadas.

#### **5.4 Contenido de los Temas**

En el capítulo en donde se analiza lo relacionado a contenido de los temas de capacitación, dirigido a personal institucional y personal voluntario de las comunidades, se comprobó que los que se desarrollan, son los sugeridos o impuestos por el Ministerio de Salud Pública u otras instituciones, por lo tanto los objetivos, responden a intereses personales o institucionales.

La estructura organizativa promovida por el Ministerio de Salud Pública, existe y es una de las más sólidas de los sectores del gobierno, ya que a través del Programa de Extensión de Cobertura, y con la contratación de organizaciones no gubernamentales para hacer acciones de salud, se ha consolidado dicha organización, sin embargo considero que no se aprovecha para realizar un proceso de capacitación de manera integral, es decir no solamente en temas de salud, asignados por el Ministerio, sino que se debe tomar en cuenta lo necesario de capacitación y desarrollo de los grupos beneficiados.

Se considera que se desaprovecha la oportunidad inclusive de implementar proyectos comunitarios que realmente estén contribuyendo a mejorar las condiciones

de vida de los comunitarios, si se diera el caso que las autoridades gubernamentales a través de los Ministerios hicieran una integración de sus programas de trabajo.

Sin embargo, como esta situación no se da, no, porque quienes dirigen los sectores gubernamentales no lo sepan, tampoco porque no estén concientes, de la importancia de trabajar en forma integrada y en equipo; se considera que la razón es porque no les interesa, quizá porque sus intereses estarían afectados desde diferentes puntos de vista.

Tomando en cuenta que el presente proyecto se llevó a cabo porque se disponía de fondos externos al Ministerio de Salud Pública, es decir facilitados por el Consejo de Desarrollo de Huehuetenango, de lo contrario se puede asegurar que el Programa de Capacitación desarrollado no se hubiera implementado; se sugiere concretamente lo siguiente:

**A nivel operativo, es decir, distritos de salud,** que el personal institucional, se interese por implementar el Programa de Capacitación, en base a:

- El diagnóstico de necesidades educativas de cada comunidad en particular
- Intereses comunitarios de los integrantes de los grupos beneficiados
- Coordinación a nivel local con las organizaciones que realicen programas de salud
- Proponerse objetivos alcanzables y que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de los beneficiarios, tomando en cuenta la integralidad de la problemática comunitaria.

**A nivel de la Dirección Departamental de Salud y Nivel Superior,** es mi contribución al sugerir, la importancia de evaluar, supervisar y monitorear el programa de Información, Educación y Comunicación, I.E.C. con el objetivo fundamental de optimizar los recursos disponibles e impactar en los grupos beneficiados, no olvidando la importancia de la coordinación a ese nivel y la

propuesta también de programas que integren la satisfacción de las diferentes necesidades poblacionales.

Sería interesante escribir e implementar un proyecto de apoyo al Programa de Capacitación a nivel departamental, con la finalidad de preparar a los equipos básicos de salud, para abordar la temática de capacitación, de manera que realmente se desarrolle dicho Programa en cada Distrito con o sin el apoyo externo.

## CONCLUSIONES

1. Durante el año dos mil cinco (2005) se llevó a cabo un programa de capacitación en los Centros de Salud de los municipios de Chiantla y Barillas, del departamento de Huehuetenango, dirigido al equipo básico de salud, integrado por personal de distritos, y personal voluntario de la comunidad, promotores, facilitadores y comadronas tradicionales.
2. El Programa de Capacitación no es innovador, desde la planificación, selección de los contenidos, metodología y utilización de recursos.
3. La planificación de las actividades de capacitación la hacen los técnicos sin tomar en cuenta la participación de los integrantes de los grupos, por lo que no responde a intereses de comunes.
4. Las capacitaciones que se llevan a cabo en los dos distritos de salud de los dos municipios, no corresponden a un proceso técnico y profesional, que incluya, planificación, seguimiento y evaluación de las mismas, únicamente se dan pláticas aisladas que no corresponden a la secuencia de los temas, por lo que no se puede considerar un Programa sistemático de capacitación.
5. Las capacitaciones que se llevan a cabo en los Centros de Salud, se concretan a desarrollar temas de salud, con el principal objetivo de cumplir con el desarrollo de actividades asignadas.
6. Los contenidos de capacitación, corresponden a temas asignados por el Ministerio de Salud Pública y no se hace validación de los mismos con los grupos participantes, por lo que algunos temas no corresponden a necesidades de capacitación sentidas y manifestadas.

7. La metodología que se utiliza en la capacitación de los grupos, adolece de técnicas participativas y motivadoras, que no permiten hacer actividades dinámicas que contribuyan al logro de objetivos de cada una de las actividades propuestas.
8. Cuando ocasionalmente se utilizan técnicas participativas, únicamente tienen como objetivo motivar, recrear, y no se aprovecha su contenido y objetivo para efectuar procesos de reflexión.
9. La planificación y el desarrollo de programas de capacitación, dirigida al personal institucional y personal comunitario de los Centros y Distritos de Salud, de los municipios de Barillas y Chiantla, del departamento de Huehuetenango, únicamente se escribió y desarrolló, cuando el personal de ADECO, estuvo apoyando el proceso.
10. La motivación y estímulo recibido de personas ajenas al Ministerio de Salud Pública, motivan el desarrollo de Programas de Educación.
11. Las personas responsables de las actividades de capacitación no ponen en juego su iniciativa y la utilización de recursos locales que les permita la optimización de los mismos para contar con material educativo o didáctico innovador que motive y estimule a los participantes y facilite el logro de objetivos.
12. Las capacitaciones que se realizan en los Centros de Salud, objeto de análisis, se hace de una manera aislada a los factores condicionantes a la problemática existente en las comunidades, es decir no se hace análisis de contexto, para conocer causas, efectos e interrelaciones causales, de los problemas, de manera que se esté en condiciones y contribuyendo con el grupo para hacer planes de acción inmediata.

13. En la propuesta técnica, se considera importante, definir un proyecto que apoye y prepare al personal institucional para que, responsables de los distritos de salud, estén preparados para planificar programas de capacitación, tanto para personal institucional, como para personal voluntario de las comunidades
14. Los programas de capacitación a todo nivel deberán planificarse en base al diagnóstico de necesidades e intereses educativos.
15. Las capacitaciones en temas de salud deberán ser un componente más de otros programas de desarrollo social, que se relacionen con la salud preventiva de las familias atendidas.
16. La implementación de programas a nivel local como departamental, es importante y beneficiosos, porque además de optimizar los recursos existentes, el enfoque de trabajo es integral.
17. La metodología seleccionada para programas de capacitación deberá ser la adecuada, acorde a las características de los grupos de trabajo, objetivos de los temas a desarrollarse y ambientes a utilizarse.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

- Entrevista a personal responsable de capacitación de los Distritos de Salud y personal de la Asociación de Apoyo al Desarrollo Comunitario –ADECO– responsable del apoyo a las actividades de capacitación.
- Entrevista a personal técnico de los centros de salud de los municipios de Barillas y Chiantla, Huehuetenango.
- Entrevistas a profesionales con experiencia en procesos de capacitación a integrantes de los grupos organizados de la comunidad.
- Espósito V. Miguel. 2003. Diagnóstico Rural Participativo, una guía práctica, proyecto comunicación y didáctica, Centro Cultural Proveda, Santo Domingo República Dominicana.
- Guías de capacitación a integrantes del equipo básico de salud del programa Extensión de Cobertura.
- Informe final del proyecto de Actualización y Capacitación de las Acciones de Salud Preventiva y Curativa en los municipios de mayor pobreza de Huehuetenango. Proyecto financiado por El Consejo de Desarrollo Departamental de Huehuetenango y coordinado con la Dirección Departamental de Salud, durante el año 2005.
- Memoria anual de actividades de la Dirección Departamental de Salud de Huehuetenango, 2004.
- Planes de Capacitación de los Distritos de Salud de los municipios de Chiantla y Barillas, departamento de Huehuetenango.

- Proyecto JALDA. Documento No. 10 Manual de Técnicas Participativas, “Estudio de Validación del Desarrollo Rural Participativo Basado en la conservación de suelos y Aguas” Sucre Bolivia. 1995

## **Anexos**

