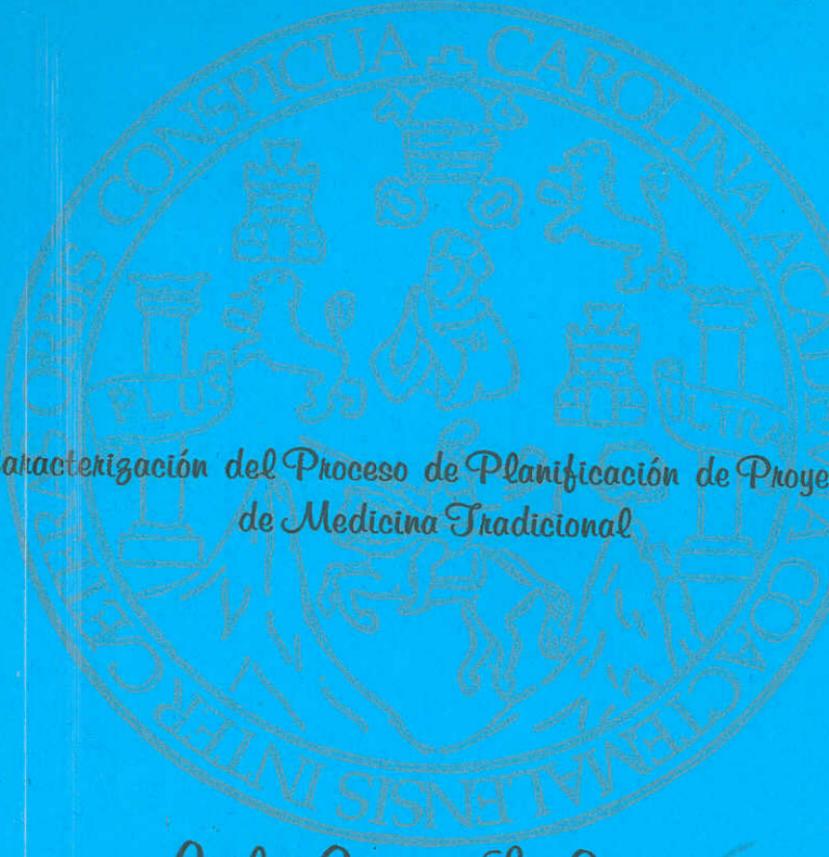


Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

The seal of the Universidad de San Carlos de Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a seated woman holding a book, surrounded by various symbols including a crown, a lion, and architectural elements. The text "UNIVERSITAS CAROLINA ACADÉMICA" is inscribed around the top, and "SACRUM INTERCIVITATENSIS" is at the bottom.

Caracterización del Proceso de Planificación de Proyectos
de Medicina Tradicional

Carlos Enrique Lix Socop

Maestría en Salud Pública
Con énfasis en Gestión Social en Salud

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor. **Carlos Enrique Lix Socop**

Carné universitario No: **100008629**

Ha presentado, para su EXAMEN PRIVADO DE TESIS, previo a optar al título de *Maestro en Salud Pública con Énfasis en Gestión Social de Salud*, el trabajo de tesis titulado: **"CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE PROYECTOS DE MEDICINA TRADICIONAL"**

Que fue asesorado por: Dr. Giovanni Salazar Moreno.

Y revisado por: Dra. Cizel Zea Iriarte.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la presente **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

Guatemala, 16 de julio del año 2,003



Dra. Cizel Zea Iriarte
Coordinadora de Maestría
en Salud Pública



Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez
Director de Fase IV



Dr. Carlos Alvarado Dumay
Decano
Facultad de Ciencias Médicas



Chimaltenango, 11 de junio de 2003

A coordinadora
Maestría en Salud Pública
Universidad de San Carlos de Guatemala.
Dra. Cizel Zea.

Estimada Dra. Zea.

La saludo muy cordial y respetuosamente, asimismo, desearle muchos éxitos en sus labores diarias al frente de la Maestría en salud pública.

El motivo de la presente es para manifestarle que he asesorado el proceso de elaboración de la tesis del Dr. Carlos Enrique Lix Socop, titulado "**Caracterización del Proceso de Planificación de Proyectos de Medicina Tradicional**" y considero que el documento del informe final cumple con los requisitos técnicos y metodológicos que debe contener un trabajo de investigación.

Por lo anterior, **apruebo el presente informe final** de tesis del Dr. Lix, para continuar los trámites administrativos correspondientes.



Dr. Giovanni Salazar Moreno
Colegiado No. 7,127

Dr. Giovanni Salazar Moreno
Col.: 7,127

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, FASE IV
PROGRAMA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



DICTAMEN DE REVISOR DE TESIS

SEÑORA COORDINADORA DE MAESTRÍA:

Cumpliendo con la función a la que me comprometí, he ofrecido asesoría y seguimiento continuo al estudiante: **CARLOS ENRIQUE LIX SOCOP**.

Con carné universitario No. **100008629**, durante la elaboración de su informe final de tesis que viene realizando en la Maestría en Salud Pública, titulado:

*“CALIDAD DEL SERVICIO DEL PROGRAMA DE
PALIFICACIÓN FAMILIAR”*

Actualmente, tanto el desarrollo metodológico del estudio como su contenido, cumplen con los requisitos que un informe final de una investigación científica debe de incluir; por lo tanto cumple con los requisitos del Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Atentamente,

Dra. Cízel Zea Iriarte
Nombre del Revisor
No. de colegiado: 6514


Firma del Revisor

Guatemala, 29 de agosto 2002



Guatemala, 22 de mayo 2003

Doctora
Cízel Zea Iriarte
Coordinadora Maestría en Salud Pública
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Estimada doctora Zea:

Para su conocimiento y efecto le informo que luego de revisar el informe final de tesis presentado por el estudiante Carlos Enrique Lix Socop, titulado **“Caracterización del proceso de planificación de proyectos de medicina tradicional”**. El mismo cumple con los requisitos establecidos por la Maestría en Salud Pública.

Agradeciendo la atención a la presente de usted, atentamente.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Alfredo Moreno Quiñónez
Coordinador de Investigación
Maestría en Salud Pública



Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas
Director Consultor Col. No. 345

AL SERVICIO DE LA COMUNICACIÓN
DEL IDIOMA CASTELLANO Y
RELACIONES INTERPERSONALES

Teléfono. 4341340

Guatemala, 23 de junio de 2003.

Maestría en Salud Pública
Facultad de Ciencias Médicas
Ciudad Universitaria Zona. 12
USAC

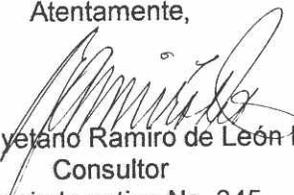
A quien interese.

Tengo el honor de saludarlo y, al mismo tiempo, informarle que en mi calidad de especialista en formalidades lingüísticas, he revisado: sintaxis, morfología, semántica, ortografía, metalingüística y otros aspectos. Respeté las correcciones de los señores asesores, en cuanto a lo técnico de la especialidad, con el fin de asegurar el contexto de la tesis del :

DR. CARLOS ENRIQUE LIX SOCOP

Recibí el original para supervisar las correcciones realizadas en la copia que, también, debe presentar el profesional en mención.

Atentamente,


Lic. M.A. Cayetano Ramiro de León Rodas
Consultor
Colegiado activo No. 345

Lic. Cayetano Ramiro de León Rodas
COLEGIADO No. 345. LETRAS

2a. Calle 39-95, Zona 7 Cotiú.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

	RESUMEN	
I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	4
III.	JUSTIFICACIÓN	32
IV.	OBJETIVO	33
V.	MATERIAL Y MÉTODOS	34
VI.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	40
VII.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	58
	CONCLUSIONES	71
	RECOMENDACIONES	73
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
	ANEXOS	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	40
Tabla No. 2	44
Tabla No. 3	47
Tabla No. 4	50
Tabla No. 5	53
Tabla No. 6	55

RESUMEN

El presente estudio se realizó con trece programas comunitarios de salud, asociados a la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud -ASECSA-, ubicados en los departamentos de Chiquimula, Jalapa, Chimaltenango, Sololá, Quetzaltenango, San Marcos y Huehuetenango, los cuales corresponden a la Región centro occidente de ASECSA.

El objetivo del estudio fue caracterizar el proceso de planificación que realizan los distintos programas. Se realizaron entrevistas estructuradas a informantes claves de los distintos programas para explorar las siguientes dimensiones del proceso de planificación: definición de una política de trabajo en medicina tradicional, la identificación de problemas y necesidades, la priorización de necesidades, el desarrollo del plan del proyecto, la planificación de la ejecución y la evaluación.

Los resultados del estudio indican que los programas comunitarios de salud consideran la definición de una política de trabajo en medicina tradicional, la identificación de problemas y necesidades, la priorización de necesidades, el desarrollo del plan del proyecto, la planificación de la ejecución y la evaluación como pasos sistemáticos y secuenciales que conforman su proceso de planificación; la mayoría de tales pasos se realizan en conjunto representantes institucionales y representantes legales, legítimos y complementarios de la comunidad, con excepción del desarrollo del plan de proyecto y la planificación de la ejecución.

I. INTRODUCCIÓN

Los proyectos de medicina tradicional que ejecutan los programas comunitarios de salud los cuales forman parte de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud -ASECSA- son planificados de una manera poco conocida y sistematizada. Esto dificulta el proceso administrativo que contribuya al desarrollo y permanencia de dichos proyectos.

Este conocimiento y sistematización es necesario para fortalecer la gerencia institucional y su articulación con la realidad sociocultural de las comunidades donde se trabaja con proyectos de medicina tradicional.

Estudiar estos programas comunitarios de salud que responden a los problemas y necesidades de las comunidades a través de proyectos de medicina tradicional ejecutados por comadronas, promotores y promotoras de salud aporta experiencias para replantear el proceso de planificación de futuros proyectos comunitarios de salud con énfasis en medicina tradicional.

Se necesita reconsiderar la forma de planificación de los proyectos de medicina tradicional con programas comunitarios de salud, para homogeneizar herramientas actuales de planificación con las comunidades.

El objetivo del presente estudio se definió con énfasis en la caracterización del proceso de planificación de proyectos de medicina tradicional en programas comunitarios de salud.

El estudio es descriptivo transversal, efectuado con representantes de trece programas comunitarios de salud, coordinados por la Región centro occidente de ASECSA, seleccionados a conveniencia del investigador por encontrar, en dicha región el apoyo necesario para la realización del estudio.

La técnica utilizada se basó en la realización de entrevistas a informantes claves de los trece programas comunitarios de salud que, en su conjunto, estuvieron representados por tres *directores* y *cuatro directoras*, *dos encargados de proyecto*, *cuatro coordinadores de proyecto*, *una junta directiva compuesta por siete hombres*, *un presidente de junta directiva* y *un gerente*. Así mismo, se realizó la revisión documental que permitió corroborar las respuestas proporcionadas por los(as) informantes claves.

Los resultados del estudio muestran en qué medida y en qué forma los programas comunitarios de salud en su conjunto caracterizan un proceso de planificación para proyectos de medicina tradicional de la manera que a continuación se detalla:

En la definición de la política de trabajo, la participación de la comunidad es importante; los programas comunitarios de salud identifican, de manera clara, los intereses institucionales y las razones de trabajar con determinadas comunidades. Se sugieren principios para implementar tal política y se evidencian acciones que contribuyen al desarrollo comunitario.

La identificación de problemas y necesidades se realiza en conjunto, comunidad e institución; para esto se destacan técnicas y herramientas para su realización, se definen los(as) participantes de parte de la comunidad y de parte de la institución, y, se conoce de esta manera, las demandas de la comunidad acerca de la medicina tradicional.

La priorización de necesidades es un paso implementado a continuación de la identificación de problemas y necesidades, o, durante la realización de la misma; define técnicas y procedimientos, establece los participantes, tanto de la comunidad como de la institución y describe las demandas priorizadas por la comunidad.

En el desarrollo del plan del proyecto, se sistematiza la información recabada anteriormente y se construyen planes de trabajo que van desde lo cotidiano, lo operativo y lo táctico. Estos planes son elaborados sobre la base de la disponibilidad de recursos financieros y humanos, estableciendo la población meta, objetivos claros y acordes a su política de trabajo.

En la planificación de la ejecución se define una estructura organizacional, establece puestos de trabajo y desempeño del personal, medios de coordinación con la comunidad y garantiza la disponibilidad de recursos financieros.

En el plan de evaluación, se consideran las motivaciones para realizarla, su frecuencia, personas responsables para su definición, se establece técnicas y herramientas para el monitoreo y se realiza una evaluación previa a la ejecución del proyecto.

II. ANTECEDENTES

A. Concepto de medicina tradicional

Muchas veces se relaciona la medicina tradicional con las costumbres de los pueblos indígenas, pero, pretendiendo vincularla con formas primitivas o mágicas. Pero, al mismo tiempo, también se ha relacionado con la forma de curación de quienes no tienen acceso a los servicios institucionales de salud, así lo considera Naranjo *"estas poblaciones cuentan con escasísimo servicio oficial y a él recurren más bien de modo excepcional"*. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce en 1978, la importancia de la utilización de los conocimientos y metodologías de la medicina tradicional, por ser *"la Medicina accesible física y económicamente a la población rural y es aceptable social y culturalmente"*; (2). En ese entonces, la medicina tradicional era considerada solamente como una opción, dada la realidad de inaccesibilidad a los servicios institucionales de salud, y la discusión se dió en el contexto del análisis de la salud para todos, en el año 2,000.

Para Villatoro (3)

"Se entiende por medicina tradicional, la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. La medicina tradicional puede considerarse también como una firme amalgama de práctica médica activa y experiencia ancestral"...

El mismo concepto fue utilizado en un estudio realizado en relación con la medicina tradicional de Guatemala para su integración en el sistema de Atención Primaria de Salud del País: área maya quiché. (4)

Según el estudio efectuado en Guatemala por Hurtado (2), se rescata la atención de salud brindada a la población por los terapeutas indígenas y considera a la medicina tradicional como:

... "concepción de atención de la salud de la población indígena, ofrecida por los terapeutas tradicionales, (curanderos, comadronas, compeñehuesos, hierberos, sobadores, sopladores y sacerdotes). Tratamiento de las enfermedades de manera integral, utilizando plantas medicinales, análisis del tiempo, ritos y rezos"...

Los distintos conceptos vertidos, mencionan la utilización que de los recursos locales, accesibles y pertinentes hacen los pueblos, según su contexto social y cultural; se trata de observar a la población y la forma de conservar su salud y el tratamiento de las enfermedades. Sin embargo, desde ASECSA como institución de proyección comunitaria, se considera que la medicina tradicional busca la interacción entre todos los elementos de la naturaleza, en el respeto mutuo y la acción comunitaria de la colectividad, respeto de las ancianas, los ancianos y con base en la solidaridad; es una medicina muy dinámica que se ha transformado, según su relación con la realidad socioeconómica y política de la gente.

La medicina tradicional no es sólo la forma en que la gente se cura sin el uso de medicina química, incluye también la concepción de la vida, la muerte y la enfermedad, las creencias y prácticas relacionadas con la salud. (5)

Y más, recientemente, como producto de un proceso de investigación participativa con programas comunitarios de salud y terapeutas indígenas, en ASECSA no se considera más a la medicina tradicional como tal sino como Medicina Indígena en los siguientes términos:

"un complejo andamiaje social, que puede ser descrito a través de un modelo que relaciona variables de principios, fundamentos, organización, práctica médica, práctica social, práctica de diagnóstico y atención, formación y reciclaje de conocimiento, recursos humanos y terapéuticos y todo lo que se relaciona con la resolución de problemas de salud y enfermedad"... (6)

B. La planificación como función administrativa

La administración es una tarea importante en organizaciones, instituciones o empresas, realizada por administradores y administradoras que tienen a su cargo estructurar e implementar procesos de planificación, organización, dirección y control; pero, su alcance va más allá del hecho de conducción, pues, como lo dice Merino y Herdoiza (7) ... *"la administración no es solo un quehacer sino el producto de una reflexión política y técnica que orienta ese qué hacer, que da respuestas a la vez que direccionadas"...*

Según Chiavenato (8), la planificación es una función administrativa que junto a las funciones de organización, dirección y control forman el proceso administrativo; por separado, cada una de estas funciones conforman un proceso. La Organización Panamericana de la Salud -OPS- (9) agrega ... *"la formación de Personal"...*, como una función administrativa, previo a la dirección y el control.

Para varios autores, planificar significa tomar decisiones, orientar el futuro, establecer mecanismos y establecer los medios para alcanzar un cambio para el futuro.

Dever (10), indica que ... *"planificar significa diseñar un futuro deseado y los cursos de acción efectivos para lograrlo. La planificación constituye la guía para el cambio dentro de un sistema social, el proceso en virtud del cual las decisiones actuales se relacionan con los resultados futuros deseados, y su objetivo es enriquecer la toma de decisiones"...*

Para Kroeger y Luna (11), ... *"la planificación es definida como el proceso que determina qué se quiere lograr y cuál es la forma más adecuada de alcanzarlo"...*

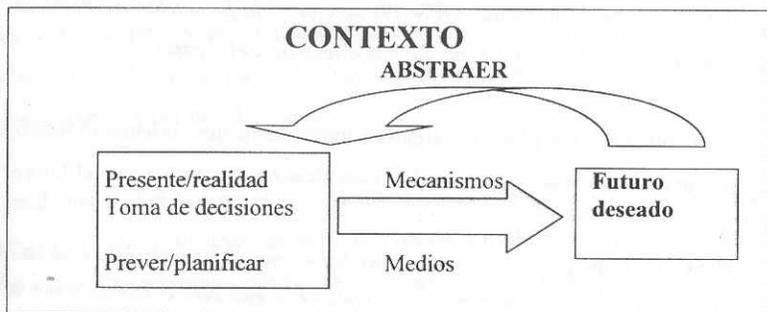
Chiavenato (8), considera que la planeación consiste en simular el futuro deseado, establecer previamente los cursos de acción necesarios y los medios adecuados para alcanzar los objetivos; la planeación consiste en tomar decisiones sobre lo que debe

hacerse; esto conduce a la necesidad de ser capaces de abstraer el futuro al presente para prever lo que queremos lograr y adecuarlo a la realidad, cambios e incertidumbres que en el futuro puedan suceder en el contexto.

Robbins (12) dice que ...*"la planeación es el proceso de determinar objetivos y definir la manera o los medios para alcanzarlos"*...

En la figura No. 1 se representa la relación que se establece entre el futuro que se desea, partiendo de la realidad presente, de donde se toman decisiones para establecer mecanismos y medios para llegar allá. Este proceso es posible por medio de la abstracción del futuro hacia el presente y considerando un contexto específico.

Figura No. 1



Fuente: elaboración propia.

Stoner (13) agrega dos elementos importantes: el tiempo en que se logrará el futuro deseado y los responsables de aplicar los mecanismos y los medios para alcanzarlo.

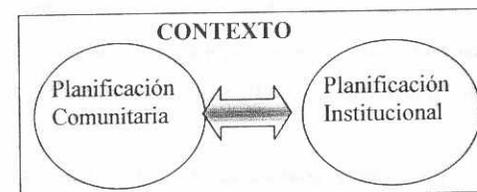
Algunos autores consideran que la planificación es una acción técnica en el proceso administrativo, ésta consiste en establecer objetivos, metodologías, medios o recursos, tiempo, responsables y medios de contingencia como reglas o normas. Sin embargo, otros autores que la analizan como función administrativa, la consideran un

trabajo para personas especiales dentro de una institución, grupo a quienes Loasby (14) menciona como los analistas o staff y el Banco Mundial (15) les denomina equipo de gestión; estas personas se guían por la ideología de la organización.

La planificación, entonces, concede relevancia al elemento futuro, dice Repullo (16), es analizar la repercusión futura de las decisiones actuales. También distingue que en la administración sanitaria, citando a Shonick: existen dos aplicaciones de la planificación, por un lado, cuando esta se relaciona con el conjunto de la población o de tipo comunitario y, otra aplicación centralizada o institucional, la cual se rige en función del financiamiento y los referentes externos. Ver Figura No. 2 donde se muestra que dentro de un contexto determinado, coexisten dos tipos de planificación, la planificación de los actores comunitarios y la planificación institucional.

Lo anterior es de gran relevancia cuando el trabajo institucional tiene dificultades en orientar el cambio social, en tal caso, debiera fundamentarse en el esfuerzo comunitario y éste fortalecerse en el aporte institucional cuando sus propuestas no llegan a obtener los mecanismos y los medios necesarios para llegar a un futuro deseado.

Figura No. 2

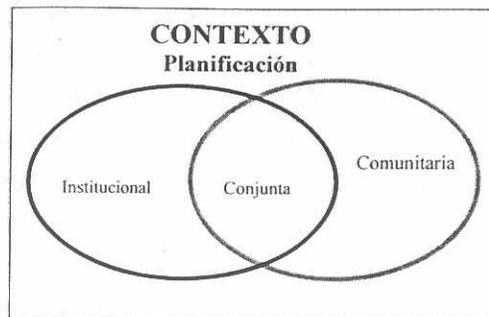


Fuente: elaboración propia

Las dificultades para planificar proyectos que impacten a nivel comunitario, se dan cuando la planificación de proyectos comunitarios son solamente la propuesta institucional, cuando son las instituciones quienes deciden por las comunidades. A esto, se plantea que la permanencia del trabajo comunitario en salud requiere.

necesariamente, la inserción institucional a la comunidad y el involucramiento de la misma en el proceso institucional; de otra manera, son esfuerzos paralelos pero, muchas veces, desgastantes y duplicados. *Ver Figura No. 3*

Figura No. 3



Fuente: elaboración propia

El acercamiento entre una planificación comunitaria o una institucional, puede llevar a considerar la existencia de una planificación escrita o una solamente aplicable a la lógica sin que, necesariamente, se sistematice en documentos; esto es a lo que Robbins (12) le llama *planeación del tipo formal o informal*, ambas, contribuyen a la realización de un proceso de transformar una realidad hacia un futuro deseado. Cuando nada está escrito y no se comparten los objetivos con otros miembros de la organización, en realidad, la planificación sólo es del tipo informal.

En tanto que para varios autores, desde una óptica institucional, la planeación es prever el futuro y prepararse para enfrentarlo con los cambios provocados ante la aplicación de acciones en un contexto determinado, para MacMahon y colaboradores (17) es recabar toda la información posible, considerando situaciones del contexto y los elementos del mismo desde donde se pueden deducir principios y establecer reglas para resolver posibles problemas; en este sentido, se dice que en la

planificación se establecen reglas, normas, criterios de evaluación, es decir, la planificación, según estos autores es toda la preparación informada lo más completa posible antes de la ejecución.

Sin embargo, para recabar información en un contexto comunitario y según el planteamiento de MacMahon, se debe estar consciente y ser consecuentes con la importancia de la participación de la comunidad como beneficiaria o afectada por las decisiones que se tomen y cómo involucrarla activamente en la generación de insumos, datos e información.

C. El modelo de análisis de la planificación de proyectos en programas comunitarios de salud

Se concibe el modelo de análisis como la descripción lógica y secuencial de un conjunto de pasos y niveles que, sistemáticamente ordenados, dibujan o establecen un modo de comprender la planificación como un proceso que prevé el futuro para la satisfacción de necesidades identificadas en un presente previamente contextualizado. En este sentido, para el análisis de la planificación de proyectos ejecutados por programas comunitarios de salud, se diseñó un modelo que se representa en la *Figura No. 4*.

En la parte vertical de la figura, se ubican seis pasos secuenciales ordenados en forma ascendente, para representar la complejidad y amplitud del proceso de planificación, según el número de pasos considerados. El proceso visto de esta manera comienza por la toma de decisión política, continúa con la identificación de problemas y necesidades, determina prioridades, prosigue con el desarrollo del plan del proyecto, la planificación de la ejecución y, finalmente, considera prever la evaluación del proyecto.

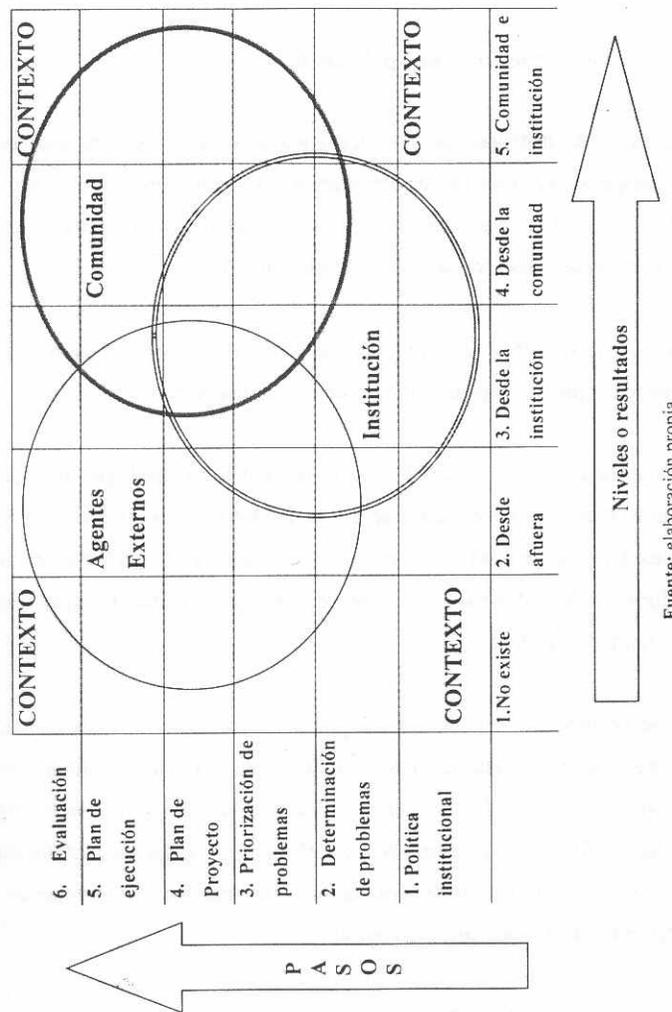
En la parte horizontal y, en orden también ascendente, se cruzan cinco distintos niveles o resultados de la orientación con la cual los programas comunitarios de salud pueden aplicar cada uno de los pasos. De esta cuenta, se puede obtener que no lo realizan, que lo aplican orientados por influencias externas a la comunidad y a la institución, por intereses solamente de la institución, por intereses de la comunidad exclusivamente o en forma conjunta, comunidad e institución. La ascendencia de uno a cinco representa la complejidad y amplitud en la aplicación de un paso específico del proceso de planificación.

El desarrollo de los distintos pasos y niveles que se plantean en la figura No. 4, pueden estar influidos por la oferta de agencias externas de cooperación, agencias de solidaridad, instituciones gubernamentales o de organizaciones no gubernamentales, que, en todo caso, son ajenos a la comunidad y al programa comunitario de salud; a este conjunto de influencias externas, se les conoce, en adelante, como agentes externos. En otros casos, los intereses institucionales influirán, mayormente, en el desarrollo de los pasos y niveles, dejando de lado las necesidades demandadas por la comunidad y buscando la satisfacción de las necesidades institucionales.

La comunidad, como protagonista principal en los proyectos de programas comunitarios de salud, influyen dependiendo de sus fuerzas y capacidades durante el desarrollo del proceso de planificación.

Los agentes externos, la institución y la comunidad son representados en la figura No. 4 como elementos del contexto o ambiente externo donde se encuentran: fuerzas, intereses, necesidades y capacidades que hacen posible o dificultan el desarrollo de los distintos pasos y niveles del proceso de planificación para proyectos comunitarios de salud.

Figura No. 4
EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE PROYECTOS COMUNITARIOS DE SALUD



1. PASOS EN EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE PROYECTOS COMUNITARIOS DE SALUD

a La definición de una política de trabajo

La toma de decisión política representa el primer paso, es aquí donde el marco ideológico que motiva la organización y conformación de una institución de proyección comunitaria, origina y mantiene, la misma, más allá de una mera acción, es el corazón filosófico de la lucha sociocultural.

Loasby (14), identifica como la ideología de la organización, las tradiciones y creencias que una organización posee y la distingue de los demás.

La construcción de la identidad institucional es la ideología que decide abordar el futuro, desde las necesidades de la comunidad o las necesidades de la organización. Considera un proceso para lograr un cambio social con base en la estructura de valores de la comunidad donde se proyecta implementar programas o proyectos de medicina tradicional.

La importancia de contar con una política o ideología institucional de trabajo, como primer paso de la planificación, puede también justificarse como lo dice Escobar (18) ... *"el concepto de planificación encarna la creencia que el cambio social puede ser manipulado y dirigido, producido a voluntad"*... porque la planificación, además de ser una función administrativa, también es una forma de gobernar la realidad e intervenir en la modernización social.

La misma OPS/OMS (9) considera que la planificación en salud ... *"proporciona el marco teórico de referencia y está fuertemente influido por la ideología que predomine en el sistema social en el cual se pretende planificar"*..., en este sentido, la

necesidad de establecer o tomar una decisión política, a la cual, la OPS, se refiere como, la generadora del proceso de planificación y condición esencial de la misma; es importante para no realizar un proyecto únicamente como documento a guardar ó, en el peor de los casos, ignorarlo.

El establecimiento de una política o ideología, tiene que ver con decidir que hay necesidad de abordar el futuro y, como primera medida, elaborar un procedimiento para el trabajo. (19)

Para Onocko (20), una planificación debería enfatizar en el ... *"qué hacer"*..., antes del ... *"cómo hacer"*... y sugiere que sería la primera construcción del grupo, un esfuerzo que contribuiría para la constitución de la identidad del grupo.

b La identificación de problemas y necesidades

La identificación de problemas y necesidades, propuesta como el segundo paso, es una acción simple o compleja, dependiendo de múltiples factores presentes en la comunidad y/o en la institución, trata de identificar los posibles puntos y centros de interés que, eventualmente, se pueden intervenir u ofrecer trasladarlos de un punto a otro mejor.

Lo que corresponde primero en esta etapa sería, diferenciar entre lo que pueda significar problema y necesidad.

El problema corresponde a un estado de salud considerado deficiente por el individuo, por el médico o por la colectividad. La necesidad expresa la desviación o la diferencia entre el estado óptimo, definido de forma normativa y el estado actual o real: en este sentido, la necesidad representa lo que se requiere para solucionar el problema identificado. (21)

Pineda y Gonzáles proponen que problema de salud es ... "la situación no deseada que necesita ser modificada" ..., y lo que hace falta para modificarla, representa las necesidades de la comunidad. (22)

En cuanto al tipo o clase de necesidades, Brandshaw, citado por Pineault y Daveluy (21), lo divide así:

1. ... "Necesidad Normativa: es la que define el experto, el profesional, el administrador, en relación a una determinada norma deseable u óptima.
2. Necesidad Sentida: se refiere a la percepción que tiene la gente sobre sus problemas de salud o lo que desean como servicios de salud.
3. Necesidad Expresada: equivale a la demanda de cuidados y de servicios, a la necesidad sentida que finaliza en el proceso de búsqueda de servicios.
4. Necesidad Comparativa: la que un individuo o un grupo debería tener puesto que presenta las mismas características que otro individuo o grupo al que se ha identificado una necesidad"...

El Banco Mundial (15), aunque ya ha delimitado un problema propone como mecanismo para generar información y conocimiento de problemas lo siguiente:

1. Identificar fuentes de información previa que den datos del problema y que permitan delimitarlo. Reunir toda la información secundaria que brindan algunas fuentes nacionales y/o provinciales: censo, encuesta de hogares, encuesta de desarrollo social, etc. De la misma manera, son importantes la propia experiencia y conocimiento previo del equipo de gestión, las investigaciones y los estudios nacionales e internacionales relacionados con el tema general y con el problema social identificado.
2. Analizar la información recolectada para conocer con precisión qué población está afectada, dónde se encuentra esa población y qué características tiene.

Para MacMahon (17), el procedimiento para identificar problemas y necesidades es a través de observar la situación y:

1. ... "Recoger información de la comunidad
2. Extraer información de los registros
3. Tabular los datos acumulados
4. Analizar e interpretar la información
5. Examinar el actual trabajo de salud y
6. Recolectar información sobre los recursos"...

Según Pineault y Daveluy (21), se pueden utilizar los siguientes enfoques para la identificación de problemas y necesidades de salud:

1. indicadores del Sistema de salud,
2. la encuesta,
3. búsqueda de consenso

Entre los indicadores que más sirven al momento de establecer acciones en una planificación sanitaria son la mortalidad infantil y de la morbilidad, la incidencia o la prevalencia. Al respecto, Kroeger y Luna (11), considerando el cómo se define un problema de salud menciona:

... "lo primero que se precisa conocer son las causas de muerte (mortalidad), las enfermedades más frecuentes y qué es lo que más afecta a la población (morbilidad). Pero si nuestro propósito es evitar las enfermedades o la muerte, debemos ir más allá en nuestro análisis y buscar las causas que mantienen la salud, las que producen enfermedad y los factores que la favorecen"...

c La priorización de necesidades

El tercer paso del proceso trata de tomar decisiones sobre la base de las capacidades institucionales y las comunitarias e identificar aquel punto de interés que realmente se puede intervenir, con base en criterios simples o considerando herramientas o instrumentos técnicos.

La determinación de prioridades es la decisión de lo que se debe hacer y de lo que no se debe hacer ó, también, puede entenderse como lo que debe hacerse ahora y lo que debe posponerse. Se basa en las capacidades de la institución y de la comunidad.

En relación al establecimiento de prioridades y su importancia se menciona que

... "en las organizaciones de salud, lo que se necesita hacer es siempre más de lo que la organización puede rendir"; por lo tanto, "la organización debe ajustar sus metas a una realidad, satisfacer algunas e ignorar otras porque carece de la capacidad para satisfacerla o porque los recursos humanos y/o financieros son inadecuados". "Establecer prioridades significa decidir tanto lo que no se debe hacer, como lo que debe hacerse; los encargados de la planificación deben hacer una distribución entre lo que es preciso hacer ahora y lo que se debe posponer" ... (23)

Es necesario priorizar porque, no se puede prestar atención equilibrada a todas las necesidades ya que, ésta, es una acción que parte del liderazgo administrativo y, también para tener u obtener una respuesta que se concretará en un plan de acción. (19)

Debe realizarse en función de considerar aquellos problemas y necesidades, para las cuales se hará una intervención; pero, también, quedan aquellos problemas que aun les hace falta información y, por lo tanto, se hace necesario considerar la búsqueda de información a través de la investigación.

Los problemas identificados para aplicarles una acción o conjunto de acciones en salud, según Pineault y Daveluy (21), deben ... "considerar aquellos para los cuales existen medios eficaces y aceptables, y considerar que un problema puede ser importante pero difícilmente resoluble" ...

Para Pineda y González, una vez identificados los problemas de salud, se deben establecer prioridades que pueden ser intervenidas, considerando la escasez de recursos. Para esto sugieren que la identificación de prioridades puede hacerse por

métodos cualitativos a través de entrevistas o asambleas comunitarias; por métodos cuantitativos mediante el uso de indicadores o mediante fuentes secundarias como encuestas o censos. (22)

Ya en el momento de la determinación de prioridades, se está frente a un paso crucial, como lo es, el de la toma de decisiones, considerando lo que nos recuerda Escobar (18) ... "la planificación redefine la vida social y económica de acuerdo con los criterios de racionalidad, eficiencia y moralidad" ...

Algunos criterios para establecer prioridades son: la importancia del problema, la capacidad del programa y, también, las posibilidades de intervención para solucionar tales problemas. (21)

Dever (21) propone que para la ... "Determinación de Prioridades: los problemas de salud más importantes son aquellos que causan las mayores pérdidas y resultan más difíciles de prevenir y de mejorar. Criterios epidemiológicos: 1) La magnitud de la pérdida, y, 2) la posibilidad de que la pérdida sea prevenida o reducida" ...

Para el Banco Mundial (15), en el proceso de toma de decisiones para priorizar los problemas se trata de: precisar el problema, identificando o elaborando los indicadores que le son propios, analizar si tales indicadores cumplen con los criterios de pertinencia, sensibilidad y relevancia, términos que según el banco mundial se pueden entender como:

- ... "Pertinencia: corresponden al problema social y al contexto social en el cual se desarrollan.
- Sensibilidad: reflejan el cambio de la variable en el tiempo.
- Relevancia: sirven al organismo ejecutor para la toma de decisiones" ...

Luego, se trata de priorizar y seleccionar los indicadores según:

- ... "Prioridad para la toma de decisiones del responsable directo del programa.

- *Fácil acceso a la información.*
- *Costo de la recolección de la información”...*

Kroeger y Luna (11) indican que,

- ...“Para definir las prioridades en salud de una comunidad se utilizan los siguientes criterios:
 - *Frecuencia de una enfermedad, tanto la mortalidad como la morbilidad son importantes. A menudo las estadísticas están incompletas, especialmente las de morbilidad, porque reflejan solamente la situación de la población que acude. Otras formas de obtener información son: la estimación según informantes, las encuestas informales y la evaluación participante.*
 - *Gravedad de una enfermedad, es la propiedad de la enfermedad para producir incapacidad, invalidez, alta letalidad y riesgo de trasmisión.*
 - *La percepción de la comunidad y sus deseos; y*
 - *vulnerabilidad de la enfermedad, es decir, cómo se comportaría frente a las medidas sanitarias”...*

La determinación de prioridades, siendo un proceso de toma de decisiones, es también una labor política; un trabajo político determinado por factores sociales, del medio y de la organización.

Quien toma las decisiones es importante para definir las prioridades y el plan de acción; al respecto Pineault y Daveluy (21) indican que:

... “En la gestión empresarial, la determinación de prioridades depende habitualmente, por razones de eficacia, del director de empresa. Esto se da en menos medida en planificación sanitaria, en la que para facilitar la aceptación de los resultados, con vistas a la implantación, varias personas comparten las responsabilidades del proceso”...

Una de las técnicas para establecer prioridades, es la técnica de Green, citado por Pineda y González (22) el cual es un procedimiento teórico que consiste en utilizar el siguiente esquema:

	Más importante	Menos importante
Modificable	A	B
No modificable	C	D

a: número uno, para intervenir.

c: número uno, para investigar.

b: revisión del programa que contribuya a mantener baja la prevalencia

d: última opción

Finalmente, se puede iniciar la priorización, según las necesidades percibidas por la población y definidas por profesionales de la salud. Esto puede lograrse a través de la educación en salud a la comunidad, de doble vía, del profesional hacia la comunidad y de ésta al profesional, esto implica, según Kroeger y Luna (11)... “Sensibilizar a los profesionales de la salud de manera que escuchen las necesidades sentidas por la población antes de formular sus propios conceptos y estrategias”...

d El desarrollo del plan del proyecto

El cuarto paso, el desarrollo del plan del proyecto, es la concreción de todo el ejercicio previo, es la elaboración de un documento que registre el cómo intervenir en un punto identificado en la etapa previa.

Es la construcción de un documento que contiene un plan para aplicar la acción o conjunto de acciones a fin de resolver un problema o satisfacer una necesidad que se ha priorizado. Este es el momento, que en sí, representa la construcción del proyecto o del programa.

Por proyecto se entiende, a criterio de Pineault y Daveluy, (21), ...“un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizados

simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados, en relación con los problemas de salud precisos y, ello, por una población definida”...

El plan de Programa es el producto de la planeación, y, constituye el evento intermedio entre el proceso de planeación y el proceso de implementación de la planeación, (8).

Puede entenderse el plan de programa, como el grupo de recomendaciones o en el proceso de toma de decisiones, aquellas más prácticas, para las cuales se considera contar con recursos, acciones y voluntad política para alcanzarlos, es lo concreto de todo este proceso de planificación lo que, realmente se va a realizar para alcanzar un cambio o para enfrentar la incertidumbre del futuro y sus cambios.

Para el Banco Mundial (15), la Formulación del Programa Social, es la sistematización del proceso de planificación, el cual debe considerar que los componentes, los objetivos y las actividades del programa son mucho más que enunciados o formulaciones de buenas intenciones; son medios que se dirigen a transformar aspectos centrales de un problema social (factores críticos) a través del logro de resultados eficaces, eficientes y de calidad. Como proceso de sistematización de la planificación, el documento debe llevar los siguientes contenidos que, a su vez, representa el procedimiento metodológico propuesto:

1. *... “Identificar la población beneficiaria según los recursos necesarios y disponibles.*
2. *Diseñar el objetivo general del programa, en donde se enuncia la intención de transformar el problema social.*
3. *Diseñar los objetivos específicos del programa, que representan la finalidad de los componentes que se implementarán.*
4. *Diseñar las metas del programa, las cuales pueden ser de resultado, físicas y/o de cobertura total.*
5. *Calcular el presupuesto total del programa social e identificar las fuentes de financiamiento”...*

La planificación de los recursos es un paso esencial para esta etapa de la planificación, porque muchas acciones no se llegan a realizar en tanto no se previeron, exactamente, sus recursos, lo que se necesita para alcanzarlos o realizarlos, y, estos recursos, no deben asignarse así por así, sino considerar que sean los adecuados y los suficientes.

Otra forma de presentar el programa toma en cuenta la extensión del plan en el tiempo y según oriente la misión o las acciones concretas, entonces, puede considerarse la planificación como política, estratégica táctica y operativa. Esto lo considera Chiavenato (8) al indicar que la planificación puede considerarse, clasificarse o darle una jerarquía, según su cobertura en el tiempo, su alcance y quienes lo realizan, de esta cuenta, considera la planeación estratégica, la planeación táctica y la planeación operacional.

Visto de esta manera, los mismos, Pineault y Daveluy dicen (21):

“... de este modo puede tratarse, al más alto nivel, de la misión de un organismo, es decir, de la orientación general que se tendría que adoptar; en la acción, este nivel de preocupación se traduce en una política o normativa que traza grandes orientaciones hacia donde dirigirse. La planificación de las decisiones importantes que tendrán consecuencias a largo plazo: se trata de la planificación estratégica, que concierne a los objetivos generales y a los objetivos específicos. La planificación táctica o estructural, se ocupa de la disposición, la organización y la incorporación de las actividades y los recursos; el producto es el programa, una variante es el proyecto. Por último, hay que fijar objetivos operacionales sobre el plan concreto de la operatividad y la puesta en marcha del programa; éste es el objeto de la planificación operativa, es decir, las decisiones a más corto plazo conciernen al desarrollo de las actividades, el calendario de ejecución, la gestión de los recursos”...

Para la OPS/OMS (9) en la formulación del plan de programa, considera un plan máximo, plan intermedio y un plan mínimo, lo que para otros autores sería el plan político o estratégico, el plan táctico y el plan operativo.

e La planificación de la ejecución

El quinto paso se aparta del anterior porque, representa el momento de remarcar la estructura de decisión, es decir, quienes tienen el poder de decisión en la ejecución del proyecto.

Es el cómo ejecutar el plan del programa, para lo cual se requiere información necesaria, la estructura que tomará las decisiones adecuadas, la participación de la comunidad y el poder suficiente para la ejecución.

Para Alan Dever (10) ... "*Planificación es un proceso orientado a la acción por medio del cual la institución se adapta a los cambios, tanto en su estructura interna como en su ambiente exterior*"...

El hecho de dividir entre el plan del proyecto y el plan de ejecución es que la voluntad política para ejecutarlo es vital porque, así como ésta se puede aprovechar, también tal programa puede ejecutarse por oportunismo político. En este sentido, la planificación requiere de tres elementos fundamentales: 1. la información necesaria, 2. las decisiones adecuadas y 3. el poder suficiente para la ejecución; (23)

A esta etapa, la OPS/OMS (9), la considera como ... "*aprobación de alternativas*", es cuál sería la ... "*decisión final del nivel político a través de un proceso de negociación de una de las alternativas presentadas*"...

La planificación de la acción, como penúltima etapa del proceso de planificación, es ya el establecimiento de la ejecución, ¿cómo se llevará a cabo el plan anteriormente determinado? es la práctica del conocimiento adquirido con toda la información recabada. Sin embargo, como lo proponen Pineault y Daveluy (21) en esta etapa, que también conlleva la concreción política, se debe considerar el ambiente interno a la organización y el ambiente exterior a la misma; ¿cuáles son las condiciones de la

organización en sí?, ¿cuál será la colaboración de todo este conjunto?. La relación mutua que pueda establecerse con los integrantes de la organización, tanto entre sí, como con el medio ambiente, lo que está fuera de la institución, que también pueden ser, las otras instituciones, con las cuales se establecerá alguna relación.

En esta etapa, se debe tomar en cuenta el grado de poder que tienen el equipo de gestión y la institución para transformar los factores explicativos del problema (15)

El Banco Mundial (15) considera que para delimitar el ámbito de acción de un programa, es preciso considerar los recursos organizativos, es decir, los recursos humanos, logísticos, materiales, tecnológicos, con los que cuenta la institución que ejecutará el programa; también se deben considerar los recursos económicos – financieros o, sea, el monto de presupuesto del que dispone la institución para intervenir sobre los factores explicativos del problema.

f La evaluación

Finalmente, el sexto paso, la evaluación, cierra el círculo de este proceso de planificación de proyectos comunitarios de salud y registra la forma cómo se realizará el control del proyecto.

La evaluación se refiere a los hechos de determinar y aplicar criterios y normas con el fin de descubrir fallas en el plan para modificarlo, buscar evidencias para demostrar la eficacia de las acciones realizadas y para medir el grado de cumplimiento de los objetivos.

La evaluación en el proceso de planificación, se refiere a la construcción de indicadores en términos de costos, proceso y resultados del proyecto o programa. (10)

La OPS/OMS (9) observa esta etapa como parte del proceso administrativo e indica que la misma ... "pretende hacer una medición sistemática de cualquier cambio en la situación de salud considerada en el plan en un plazo específico y se realiza como resultado de actividades efectuadas para alcanzar un objetivo determinado con normas previamente establecidas"...

La evaluación puede definirse como un proceso que consiste en determinar y en aplicar criterios y normas con el fin de emitir un juicio sobre los diferentes componentes del proyecto, tanto en el estadio de su concepción, como de su ejecución, así como sobre las etapas del proceso de planificación las cuales son previas a la programación. (21)

La finalidad de la evaluación, según la OPS/OMS (9) serían:

- ... "Medir el grado de cumplimiento de metas y objetivos;
- descubrir fallas del plan o programa para modificarlo;
- buscar evidencias que demuestren la eficacia de las actividades realizadas;
- justificar ante los superiores jerárquicos y ante la comunidad, el costo de los planes y programas y las nuevas demandas y
- acumular conocimientos para mejorar los servicios y preparar recursos humanos en proceso de retroalimentación"...

Según Pineault y Daveluy (21) "la evaluación en su sentido más amplio puede intervenir en diferentes momentos del proceso. Hay, primero, una **evaluación "ex ante" o pre decisión**, la **evaluación "ex post" o post decisión** interviene durante o al fin del proceso de planificación y de programación. Finalmente, hay una **evaluación concurrente o concomitante** que acontece al mismo tiempo en que se desarrollan las etapas del programa".

Las preguntas al respecto de la evaluación serían: ¿quién la realizará?; ¿quién la propondrá? y ¿quién la estructurará? Es importante considerar que, en tanto una acción, conjunto de acciones, el programa o el proyecto en sí, afecta a un conjunto de

individuos, comunidad o población, ajenos a una organización o institución. Por lo tanto, la población tiene mucho que aportar al respecto, desde el planteamiento inicial y en el marco de una propuesta comunitaria de planificación, también su proceso de evaluación considerado como aprendizaje para la retroalimentación del programa, la comunidad debe participar en su construcción, ejecución y utilización.

Para el proceso de planificación, es necesario que se establezca antes de la ejecución de un programa o proyecto, cómo se controlarán las posibilidades de ejecución, la evolución de los procesos y los resultados que se vayan alcanzando, así como el impacto que vaya obteniendo en relación con el desarrollo de la comunidad.

2. NIVELES EN LOS PASOS DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE PROYECTOS COMUNITARIOS DE SALUD

a No existe aplicación de un determinado paso

Se refiere a que no existen acciones o, como se dice en las organizaciones comunitarias de salud, se hace trabajo para las comunidades, pero no es de forma sistemática. No necesariamente se refiere a que no exista una proyección hacia la comunidad en relación con proyectos sino que, la misma, es desordenada y con poca orientación de mantenerse en el tiempo.

En el modelo representa una planificación según las circunstancias, el nivel más bajo del proceso, porque de alguna manera tendría objetivos, mecanismos y medios pero no escritos y con poca previsión de las implicaciones futuras de las decisiones del presente y las implicaciones que en el presente tienen los eventos futuros (14).

b Desde agentes externos

Los intereses de agencias donantes o de otras organizaciones que no forman parte de la comunidad ni de la organización, pueden influir o hasta imponerse en el quehacer de una institución hacia la proyección comunitaria. Refleja el grado de dependencia y, por lo mismo, la falta de autonomía e iniciativa para realizar acciones a favor de la comunidad.

En el modelo de planificación para proyectos comunitarios de salud representa el segundo nivel para cada una de las etapas. Esta imposición de agentes externos que se encuentran en el contexto en que se desenvuelve una institución, puede ser sintomático de la falta de recursos financieros o de la capacidad técnica para orientar el accionar de una institución. Sin embargo, se tiene trabajo más o menos orientado al beneficio de comunidades, cuyos planificadores principales se hayan fuera de la comunidad y de la institución.

En el plan de programa puede reflejarse cuando solamente se hacen acciones, según calendarización de actividades aisladas que sólo responden a presiones externas a la comunidad y a la organización. En el plan de ejecución, al tener una estructura organizacional definida sólo se hace igualmente por las presiones externas o para mantener el estado legal de la institución pero, en realidad, no funciona. En la evaluación es claro que solamente se responde a las exigencias de la cooperación financiera y se considera en los tiempos establecidos por tal cooperación.

c Desde La Organización

Los intereses de una organización pueden hallarse por encima de los verdaderos intereses de la comunidad o, muchas veces, sucede que la situación y condiciones de desarrollo de la misma no les facilita la participación para proyectar un mejor futuro,

dada sus condiciones de sobrevivencia, extrema pobreza o situación de marginación. La organización, entonces, se impone para avanzar en la ejecución de sus proyectos, porque necesita ejecutar para darle vida a la organización.

Sucede, por otro lado, que los técnicos y profesionales de una institución desestiman la participación comunitaria en el proceso de planificación y hacen valer sus propias percepciones de la realidad y del cambio a futuro.

De esta cuenta, la planificación puede realizarse desde las necesidades de la comunidad o de la organización. Pero, no se trata solamente de lo que la institución o los profesionales establezcan como ideología sino, también, se debe considerar el sistema de valores de una sociedad o con lo que la comunidad se considera identificada; esto es lo que menciona Dever (10), al decir que ...*"la planificación de la política (sanitaria) es un proceso que apunta a lograr un cambio social deliberado; el mismo está relacionado con la estructura de valores de una sociedad o con lo que la sociedad considera importante"*...

Cuando es la organización quien decide lo que hay que hacer en la comunidad, se tiene solamente un plan operativo de lo que considera que debe realizarse, es decir que el mayor interés está centrado en cumplir con una serie de tareas que la institución considera importante. La estructura organizativa responde a este tareísmo y puede no contener equipos específicos sino todas las personas se involucran en las distintas acciones. La evaluación es vista como una necesidad meramente institucional de verificar logros y dificultades.

d Desde la comunidad

Uno de los principios de la salud comunitaria es la participación de la comunidad en la toma de decisión de los programas o proyectos de salud que afectan a la misma,

por lo que es necesario romper el paradigma de la atención institucional de la salud y trasladar acciones a nivel de la comunidad, para tomar en cuenta los componentes culturales, ambientales y políticos del entorno comunitario. (22)

Para Manenti y Hernández (24): ... *"El desarrollo, organización y participación de la comunidad para su bienestar, incluyendo el componente salud, es una condición necesaria de la estrategia de Atención Primaria de Salud"*... ya que ... *"para mejorar la atención de salud, es esencial que la comunidad defina sus necesidades e indique los medios para satisfacerlas"*..., pudiendo la misma, aportar recursos que le son propios. En cuanto a la participación de la comunidad en la planificación como medio para fortalecer la gestión social, incentivar la toma de decisiones y la movilización eficiente de los recursos, Manenti y Hernández los consideran como foco de intervención para incentivar y potenciar la participación social en salud.

La captación de recursos locales también es importante en el proceso de participación de la comunidad y, la medicina tradicional, como conocimiento, práctica y experiencia local y propia, puede servir de base para impulsar el desarrollo de la salud a nivel comunitario. Espinoza (22) menciona que para mejorar la capacidad de resolución del primer nivel de atención, es necesario, ... *"incorporar los recursos terapéuticos de la medicina tradicional de efectividad demostrada"*...

Las acciones en proyectos comunitarios de salud pueden reflejar, en gran medida, las demandas y las necesidades de la comunidad, con técnicas o mecanismos de participación que son facilitados o no por técnicos de una organización pero que, al final, se hace lo que la comunidad en consenso, a través de sus representantes por sectores o por sus líderes consideran lo que debe conducir a una organización. El sentido aquí es, que la organización le sirve a la comunidad y ésta se aprovecha de tal estructura legal para dinamizar y alcanzar sus proyectos.

La organización puede hacer los proyectos técnicos, pero, en su esencia conserva la demanda de la comunidad.

La existencia de un plan táctico refleja la planificación desde la comunidad, dada sus características intermedias entre salir de la sobrevivencia y el desarrollo comunitario, sus plazos no son tan cortos como un plan operativo pero tampoco tan largos como en un plan estratégico, porque necesitan resultados concretos, con lo cual se acercan más a la institución y la misma es mejor aceptada. Un equipo específico está asignado para realizar las acciones con la comunidad y mantiene su autonomía del resto de la organización, asimismo, mantienen una evaluación constante, es decir, implementan un sistema de monitoreo durante el desarrollo de un proyecto.

e En conjunto, comunidad e institución

Para que sea una planificación realista, dice MacMahon (17) que es necesario la cooperación de quienes tienen la información, conocimientos y poderes de decisión, es decir que es importante la participación de los comunitarios y los profesionales de la institución.

La existencia de una organización indica la necesidad del soporte técnico para las iniciativas de la comunidad y, entonces, la comunidad es participante activa y propositiva en el proceso de planificación. El trabajo conjunto indica el aporte de capacidades, asumir compromisos y responsabilidades.

En el trabajo por el desarrollo comunitario se requiere mucho de este trabajo conjunto porque las necesidades son sentidas por las mismas comunidades y las herramientas técnicas para planificar la satisfacción de tales necesidades en función de alcanzar un futuro deseado en beneficio del bien común, corresponde a las personas con estas capacidades que, regularmente, se hayan ubicadas en una organización o institución.

Una política contenida desde las necesidades de la comunidad y los intereses de la organización conllevaría a plantear el desarrollo comunitario más allá de la organización y buscando la sostenibilidad de un proyecto con la participación, compromiso y satisfacción de la propia comunidad.

La planificación debe adaptarse a la naturaleza de los problemas y a las situaciones que las condicionan. Esto es parte del método en los procesos comunitarios, que es la situación donde se demanda respuesta a una necesidad que se deriva de un problema; pero, dado que la respuesta proviene de una institución, se conjugan intereses que en el mejor de los casos deben coincidir en el desarrollo comunitario, en un trabajo conjunto.

Un plan estratégico en la planificación de proyectos comunitarios de salud, la existencia de un equipo que coordina activamente con la comunidad y la consideración de una evaluación que involucre a la comunidad desde los inicios del proceso de construcción del proyecto, son condiciones que un trabajo articulado entre institución y comunidad deben contener para sumar esfuerzos y capacidades en el desarrollo comunitario. Los agentes externos en este sentido apoyan y contribuyen, estratégicamente, para el logro de los objetivos de desarrollo comunitario, pero no se imponen.

III. JUSTIFICACIÓN

Revisar el proceso de planificación de los proyectos de medicina tradicional, permite mejorar y fortalecer la gestión de estos proyectos; planificando de antemano los resultados concretos y productos precisos, así como el impacto que se puede esperar de éstos en la realidad de la comunidad.

Para que esto sea posible, se necesita construir conocimientos acerca de la forma de planificar en medicina tradicional en Guatemala y los beneficios que como proceso de planificación y como medicina tradicional en sí, pueden aportar al desarrollo de la salud de los pueblos, principalmente, indígenas y orientar la construcción de proyectos de medicina tradicional, guiados por un proceso lógico y sistemático de planificación que conduzca a una adecuada organización, dirección y control de tales proyectos

Esta información puede ser útil para impulsar espacios legales y de apoyo técnico que favorezcan el desarrollo de la medicina tradicional en Guatemala. Los espacios legales lo representan los Acuerdos de Paz, el Código de la Salud, la actual Política de Salud del Gobierno, Ley de Desarrollo Social y Convenios Internacionales ratificados por Guatemala. Los espacios técnicos están representados por la propia Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y las Organizaciones no Gubernamentales -ONG-.

Con la información del presente estudio, se hace un aporte a las ONG, específicamente, ASECSA y otras afines, para que mejoren y establezcan planes de medicina tradicional acordes al desarrollo del Modelo de Salud Indígena, en el marco de la interacción con el Sistema Oficial de Salud; pero, sobre todo, dirigidas a la satisfacción de las necesidades sentidas y demandadas por la población que habita las 20,000 comunidades guatemaltecas.

IV. OBJETIVO

Caracterizar el proceso de planificación de proyectos de medicina tradicional, ejecutados por programas comunitarios de salud, en los departamentos de Chiquimula, Jalapa, Chimaltenango, Sololá, Quetzaltenango, Huehuetenango y San Marcos; de enero a marzo de 2002.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

a) **El tipo de estudio**

Descriptivo transversal.

b) **Población**

Programas comunitarios de salud que ejecutaban proyectos de medicina tradicional coordinados por la región centro occidente de ASECSA.

c) **Selección y tamaño de la muestra**

Se seleccionó a todos los programas comunitarios de salud y coordinados por la región centro occidente de ASECSA (trece), a conveniencia del investigador por encontrar en esta región el apoyo necesario para la realización del estudio.

d) **Unidad de análisis**

Representantes de programas comunitarios de salud quienes trabajaban la medicina tradicional. Las personas entrevistadas tenían cargos de dirección, encargados/as de proyecto, coordinadores/as, presidente de Junta directiva o gerente.

e) **Criterios de inclusión**

- Ser programa comunitario de salud coordinados por el Programa Región Centro Occidente de ASECSA.

f) **Criterios de exclusión**

- Programas comunitarios de salud que hayan cesado en la ejecución de sus acciones en medicina tradicional, durante el periodo del trabajo de campo de la presente investigación.
- Programas que, expresamente, se niegan a participar en el estudio.

g) **Variable estudiada**

El Proceso de Planificación de Proyectos de medicina tradicional.

Dimensiones de estudio.

- Definición de una política institucional para el trabajo en medicina tradicional.
- Identificación de problemas y necesidades.
- Priorización de necesidades.
- Desarrollo del plan del proyecto.
- Planificación de la ejecución.
- Planificación de la evaluación

h) **Operacionalización de la variable**

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores para medir las dimensiones	Escala de medición	Tipo de variable
Proceso de planificación de proyectos de medicina tradicional.	Los pasos que caracterizan la planificación de proyectos de medicina tradicional.	Definición de una política institucional.	1. Existencia de una política institucional. 2. Referente de la política institucional.	Nominal	Cualitativa
		Identificación de problemas y necesidades	1. Existencia de un proceso de identificación de problemas y necesidades. 2. Participación de actores en el proceso de identificación de problemas y necesidades.	Nominal	Cualitativa
		Priorización de necesidades	1. Existencia de un proceso de priorización de necesidades. 2. Participación de actores en el proceso de priorización de necesidades.	Nominal	Cualitativa
		Desarrollo del plan del proyecto	1. Existencia de un plan del proyecto. 2. Tipo de plan para desarrollar el proyecto.	Nominal	Cualitativa
		Planificación de la ejecución	1. Existencia de planificación de la ejecución. 2. Relación del equipo ejecutor con la estructura organizacional y la comunidad.	Nominal	Cualitativa
		Evaluación	1. Existencia de un plan de evaluación. 2. Momentos en los que se evalúa el proyecto.	Nominal	Cualitativa

i) Tipo de instrumentos utilizados

Se elaboró un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, el cual contiene una parte de datos generales de los programas y una parte específica con seis apartados que corresponden a cada una de las seis dimensiones estudiadas, para caracterizar el proceso de planificación de los proyectos de medicina tradicional incluidos en el estudio.

Las dimensiones consideradas son las siguientes: definición de una política de trabajo en medicina tradicional, la identificación de problemas y necesidades, la priorización de necesidades, el desarrollo del plan del proyecto, la planificación de la ejecución y la evaluación.

j) Procedimientos de recolección de información

- Se realizó una reunión con las coordinadoras/es de los programas comunitarios de salud para dar a conocer el estudio y solicitar su participación en el mismo.
- Se realizó una prueba piloto en 6 programas comunitarios de salud, la cual permitió hacer las adecuaciones del instrumento de recolección de información y establecer detalles de logística para la realización del trabajo de campo. Los programas que participaron en la prueba piloto fueron incluidos en el estudio.
- Luego de finalizar la entrevista o durante la misma, se solicitó y se revisaron los documentos para determinar la existencia de los mismos que fundamenten los pasos aplicados en su proceso de planificación
- Luego de revisar las respuestas proporcionadas por los informantes claves y confrontarla con la información de los documentos proporcionados, se

procedió a responder las preguntas de respuestas categóricas contenidas en el instrumento de recolección de datos.

- Luego de la recolección de la información en el trabajo de campo, se procedió a la clasificación y ordenamiento de la información de los 13 programas comunitarios de salud que participaron en el estudio.

k) Análisis de los datos

- Después de finalizar con la recolección de los datos se realizó la limpieza de los mismos.
- Se tabularon las respuestas categóricas utilizando una tabla de frecuencias que registra cada una de las respuestas sobre el proceso de planificación.
- Se redactaron transcripciones textuales de las respuestas proporcionadas por los informantes claves de las distintas preguntas.
- Se realizó un análisis descriptivo de la información acerca de cada paso del proceso de planificación, se conformaron grupos de respuestas coincidentes para lo cual se definieron categorías, según los indicadores para medir las dimensiones consideradas en la operacionalización de la variable.

l) Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

- El estudio se presentó a los representantes legales de cada uno de los programas comunitarios de salud seleccionados, destacando los objetivos y beneficios del mismo, así como el propósito de obtener su consentimiento para participar en el estudio.
- Se guardó en todo momento confidencialidad en el manejo de la información proporcionada por los/as informantes que participaron en el estudio.

- Durante todo el desarrollo de la entrevista y la revisión documental, la persona o personas entrevistadas tuvieron acceso a una copia del instrumento utilizado en recolección de datos .

VI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados sobre la caracterización del proceso de planificación de los proyectos de medicina tradicional que participaron en el presente estudio.

Resultados.

- Frecuencia con la cual los programas comunitarios de salud consideran la existencia de las distintas dimensiones o pasos del proceso de planificación de proyectos de medicina tradicional.
- En seguida se presenta la forma en que se aplica cada una de estas dimensiones o pasos de parte de los programas comunitarios de salud.
- Los datos se presentan por cada una de las dimensiones. Se inicia mediante la presentación de una tabla de frecuencias y, luego, la descripción de cómo se aplica por parte de los programas comunitarios de salud.

Tabla No. 1
Definición de una política de trabajo en medicina tradicional

Descripción	Frecuencia
No existe	3
Política desde las necesidades de la organización	0
Política desde las necesidades de la comunidad	0
Política que articula las necesidades de la institución y de la comunidad	3
La política refleja un proceso de desarrollo comunitario	7

En la tabla anterior se puede observar que siete de los trece programas comunitarios de salud definen una política de trabajo en medicina tradicional que no solamente consideran las necesidades de la organización sino las combina en un proceso que va

más allá de las necesidades inmediatas consideradas como "un proceso de desarrollo comunitario".

En la definición de la política institucional para el trabajo en medicina tradicional se ha tomado como referente lo que a continuación se detalla por parte de los programas comunitarios de salud.

Sobre el interés de las instituciones estudiadas para promover la medicina tradicional, los informantes consideran que el trabajo inicia por promover la forma de atender y curar las enfermedades de y en la comunidad, la cual se mantiene por su propia manera. Se reconoce la forma propia de atender la situación de salud en cada comunidad, la cual permanece con su propia manera de administración sobre la base del trabajo comunitario, aprovechamiento de recursos locales y la atención con respeto a la construcción sociocultural que tiene sus repercusiones en la aceptación de los servicios de salud y en la respuesta de cada persona y comunidad al hecho de estar enfermo.

Este respeto a la construcción sociocultural de cada comunidad es visto por los programas comunitarios de salud, a través del interés de rescate, valoración y apropiación de la medicina basado en la cultura que profundiza en el recurso de los abuelos como herencia cultural.

La limitación de conocimientos y la factibilidad para desarrollar la promoción de la medicina tradicional, plantea el interés de rescate, aprovechamiento y uso de plantas medicinales para la producción y comercialización de fitopreparados, lo cual es una preocupación constante de las instituciones de proyección comunitaria, la forma de sostener económicamente sus acciones.

El interés por el aprovechamiento de recursos locales, el respeto a la forma cultural de asistir la Salud - Enfermedad se manifiesta como promover una alternativa al

encarecimiento de la medicina química, su abuso y los efectos secundarios que produce. Promover medicamentos económica, cultural y geográficamente accesibles.

El acceso a medicamentos es una preocupación que va más allá de las limitaciones económicas, considera la aceptación y el manejo cultural de la enfermedad y la ubicación geográfica de los servicios de salud. Es una mezcla de realidad institucional con la realidad de las comunidades, así lo aprecian los funcionarios(as) de los programas al identificar su interés por rescatar, valorar, reconocer, aprovechar y usar los conocimientos, experiencias y recursos existentes en la comunidad como alternativa económica para el acceso a atención a las enfermedades y problemas de salud más frecuentes en las comunidades.

Para lograr los intereses identificados, los programas comunitarios de salud se sustentan en los recursos, posibilidades y aspiraciones de las comunidades, es decir, respetando su propia lógica cultural evita la imposición; al respecto mencionan que su trabajo en el área actual de influencia se ha definido por ser comunidades indígenas, con fortalezas, debilidades y capacidades económicas identificadas. Estas comunidades poseen una identidad cultural diferente, con sus capacidades, limitaciones y recursos locales; particularidades a las que el trabajo institucional complementa para contribuir con el desarrollo comunitario.

Las comunidades en que actualmente las organizaciones estudiadas realizan trabajo en medicina tradicional, fueron electas como una forma de definir su política de trabajo, según las necesidades de la comunidad porque en las mismas tienen más personas beneficiarias o socias activas e interesadas en la institución que demandan apoyo para el fortalecimiento de la organización local. Esta forma de acercamiento previo, ha permitido trabajar involucrando recursos, conocimientos y prácticas de la comunidad.

Los programas comunitarios de salud complementan las necesidades comunitarias, fortaleciendo sus capacidades y ejecutando acciones en medicina tradicional por demanda de las bases organizadas en la comunidad a través de sus líderes, promotores de salud o grupos de mujeres.

La situación socioeconómica es un criterio fundamental para el trabajo en las comunidades, a decir de las personas entrevistadas, se elige trabajar con las comunidades, según el grado de pobreza de la comunidad y la disponibilidad de financiamiento de la institución o también porque son comunidades con difícil acceso a los servicios de salud y medicamentos que solicitan y demandan apoyo para la valoración de la medicina tradicional.

Al respecto de la articulación de las necesidades de la organización y de la comunidad a través de la combinación de la ideología institucional y la cosmovisión de la comunidad, los representantes entrevistados de los programas comunitarios de salud estudiados hicieron las consideraciones que se describen.

- a) El conocimiento y respeto hacia la comunidad, conociendo su forma de ver la vida y la sociedad y respetando su religión, sus criterios, sus valores, sus principios, sus tradiciones, sus costumbres, sus propios terapeutas y el conocimiento de sus ancianos y ancianas; que en una práctica concreta se realiza integrando la curación guiada por el calendario maya. Todo esto requiere integrarse a la comunidad, con la cual se comparte: mitos, ritos, costumbres, idioma y lenguaje de la gente.
- b) La composición y forma de trabajo del personal institucional porque el personal técnico es de la comunidad, domina y utiliza su idioma y lengua, y, aplica principios de educación popular y en cada comunidad se realiza promoviendo el trabajo de mujer a mujer y de hombre a hombre con base en las familias.

Las personas entrevistadas de los programas comunitarios de salud coinciden en su mayor parte que el trabajo institucional es guiado por una política que plantea una visión de largo plazo, es decir que define el desarrollo comunitario como proceso. Se identifican acciones de largo plazo que contribuyen al desarrollo comunitario: que las comunidades sean autogestivas, como dicen los representantes de programas comunitarios de salud entrevistados(as), aprovechen sus recursos para obtener otros, para lo cual sugieren que se integre la agricultura sostenible al cuidado de su salud, entendiendo que la agricultura es un eje fundamental para la producción de excedentes y un medio para fortalecer el cuidado de la salud.

Una de las preocupaciones cotidianas y permanentes para el trabajo en salud comunitaria, es el abastecimiento de medicamentos a la población, por lo que la contribución de la medicina tradicional es aprovechar el recurso local para que las comunidades mejoren su acceso a medicamentos, servicios básicos de salud y saneamiento ambiental.

Los programas comunitarios de salud contribuyen al empoderamiento y organización de los grupos comunitarios, principalmente, de los sectores marginados, considerando para el desarrollo de la comunidad, que se fortalezca el liderazgo comunitario, principalmente, de mujeres y jóvenes.

Tabla No. 2
Identificación de problemas y necesidades

Descripción	Frecuencia
No se identifican	1
Identificados por personas externas a la comunidad y a la institución	0
Identificados por personas de la institución	2
Identificados por personas de la comunidad	1
Identificados por personas de la comunidad y de la institución de forma conjunta	9

De la tabla anterior se puede observar que para la identificación de problemas y necesidades en medicina tradicional, nueve de trece programas comunitarios de salud estudiados, lo realizan con la participación de personas de la comunidad y de la institución de manera conjunta.

Esta participación de distintas actoras y actores para la identificación de problemas y necesidades se realiza de la manera que se describe.

No existió ninguna opinión acerca de que sean personas externas a la comunidad y a la institución, o, personas de la institución solamente, quienes identifican los problemas y necesidades y como se dijo en el párrafo anterior, se realiza de manera conjunta, comunidad e institución, razón por la cual se describe a continuación la forma en que de esta manera se identifican los problemas y las necesidades de la comunidad.

Las técnicas y herramientas son múltiples y se combinan según el contexto de la comunidad y de la institución sobre la base de las capacidades de ambas, aunque el propósito es la mayor participación de las comunidades para definir sus problemas y necesidades.

Las técnicas y herramientas más utilizadas son:

- a. asambleas comunitarias.
- b. reuniones con líderes comunitarios.
- c. encuestas.
- d. estudio de investigación.
- e. diagnósticos participativos.
- f. estadísticas de morbilidad propias.
- g. diagnósticos participativos.
- h. visitas a la comunidad.
- i. entrevistas con familias.

Aunque la técnica de asambleas comunitarias se propone en muchos casos, no representa una convención de todos los integrantes de la comunidad, pero en ocasiones, se logra reunir a la mayor parte. Las mismas se realizan con sus representantes legítimos: guías espirituales, curanderos y comadronas, comité eclesial, sacerdotes mayas y sus representantes legales: comités de desarrollo, alcaldes auxiliares y maestros.

Otros grupos representantes de la comunidad son considerados complementarios porque no siendo parte de la lógica cultural de organización ni representantes legales, coordinan con las instituciones externas que contribuyen con el desarrollo de las comunidades; estos grupos son: promotores de salud, grupos de trabajo materno infantil, comités de mujeres y asociados a la institución. Todos ellos contribuyen a que las decisiones sean representativas de los distintos sectores e intereses de la comunidad.

Como representantes de la institución que participan en la definición de problemas y necesidades de la comunidad se definen, según su jerarquía funcional, Junta Directiva, director o directora, coordinador o coordinadora de salud, coordinador o coordinadora del proyecto, facilitadores o facilitadoras y personal administrativo.

En su realidad, los programas comunitarios de salud no cuentan con gran número de personal, por lo que su actuar con la comunidad se da a través de, por lo menos, uno de sus representantes, siendo los más frecuentes, las Juntas Directivas, directores(as) y coordinadores(as). Es de notar que mucho del personal que compone los programas comunitarios de salud son promotores de salud, promotoras de salud y comadronas que provienen de los grupos organizados en la propia comunidad y esto facilita el trabajo porque son actores y actoras de salud que comparten su vida entre comunidad e institución.

Las demandas sentidas por la comunidad y compartidas por los programas comunitarios de salud en relación a la medicina tradicional tienen que ver con la satisfacción de necesidades inmediatas, intercambio de conocimientos y la sostenibilidad financiera.

Los informantes refirieron que la comunidad exige respuesta a su necesidad más inmediata: alimentos y acceso a medicamentos de bajo precio, a base de plantas medicinales que se relacionan con la necesidad de atención a sus enfermedades más frecuentes, y, en este sentido, demandan atención por sus propios terapeutas como curanderos y hueseros.

Otro aspecto demandado por las comunidades, se relaciona con capacitación e intercambio de conocimientos, lo cual mejora sus capacidades para el desarrollo de su salud, sugiriendo la metodología de intercambios.

Una tercera demanda planteada por las comunidades es la producción y comercialización de productos que les permita sostenibilidad financiera; la misma se expresa en la implementación de huertos de plantas medicinales y obtención de semillas que permita la elaboración, uso y comercialización de fitopreparados y, como se mencionó anteriormente, requiere de la integración de las plantas medicinales a su agricultura y el cuidado del ambiente.

Tabla No. 3
Priorización de necesidades

Descripción	Frecuencia
No se priorizan	1
Las priorizan personas externas a la comunidad y a la institución	0
Las priorizan personal de la institución	4
Las priorizan representantes de la comunidad	0
Las priorizan en conjunto, comunidad e institución	8

En la tabla anterior se puede observar que ocho de los trece programas comunitarios de salud que participaron en el estudio, priorizan las necesidades de la comunidad, de manera conjunta, comunidad y programa comunitario de salud.

En este proceso de priorización participan actores identificando los problemas prioritarios a resolver en una comunidad y se lleva a cabo como se describen.

Participan tanto representantes de la comunidad como de la institución en forma conjunta y no de manera aislada, por lo que la siguiente descripción se hace sobre la base de una percepción compartida por la institución y por la comunidad. Se enumeran problemas y necesidades, según lo más urgente y necesario; en seguida se revisa y analiza la política institucional y se priorizan las necesidades de acuerdo con la estrategia o política de la institución. La enumeración y el análisis de la política institucional se continúan con la revisión de la realidad financiera.

La priorización no depende únicamente de la institución y sus recursos sino, también, de la comunidad, de su capacidad acumulada e instalada y su grado de compromiso con su propio desarrollo; esto se expresa en que la priorización se realiza, según la responsabilidad de los grupos organizados de la comunidad.

La política institucional, la disponibilidad de recursos o la capacidad instalada en las comunidades son tres puntos que se combinan, aunque uno solo puede ser determinante al decidir la necesidad a resolverle a una comunidad. Los determinantes pueden ser el recurso financiero o el compromiso de la comunidad para asumir responsabilidad.

Participan representantes líderes de grupos organizados con el apoyo institucional externo como comités de mujeres, promotores y promotoras de salud; los representantes legales de la comunidad ya anotados en el paso anterior y los líderes

representantes legítimos de la comunidad como comadronas, guías espirituales y curanderos.

La institución aporta su capacidad técnica a través de sus representantes con capacidad de toma de decisiones como el consejo de administración, la Junta directiva, la Comisión fiscalizadora, el Director, el Coordinador agrícola, el Coordinador de salud y el Coordinador de proyecto. Todas estas personas participan, según la disponibilidad de tales puestos, según el número de recurso humano con el que cuentan los programas comunitarios de salud o su grado de autonomía respecto al resto de la estructura jerárquica; así, en algunos casos, las necesidades se priorizan por la Junta directiva o por el Coordinador del proyecto, pero en la mayoría de las veces, esto es más compartido entre todo el personal de la institución con capacidad de toma de decisiones.

En los programas comunitarios de salud estudiados, existe una persona o grupo de personas que debe tomar la decisión final acerca de la necesidad a resolverle a la comunidad. En este sentido, se encuentra que esta decisión final la toman la coordinadora, los grupos organizados en la comunidad, el Director o la Directora, los líderes de salud de la comunidad, Junta directiva. Como se observa, esta responsabilidad depende de cada institución y de cada comunidad, así, en algunos casos, la Directora o el Director, decide pero, en otros, se deja la decisión a los propios representantes de la comunidad.

Una vez que las comunidades definen sus problemas y necesidades en relación a la medicina tradicional se hace necesario conocer sus demandas prioritarias para orientar eficaz y eficientemente, tanto los recursos institucionales como los recursos comunitarios.

Las comunidades requieren respuestas inmediatas para la atención y prevención de las enfermedades más frecuentes, por lo cual, demandan medicamentos y

alimentación naturales a bajo costo y elaborado con plantas medicinales y altamente nutritivos, respectivamente.

Los programas comunitarios de salud identifican que las comunidades demandan capacitación e intercambio de conocimientos en medicina tradicional y autocuidado de la salud. Esta necesidad de promoción de la salud demanda el desarrollo de capacidades a través del intercambio de conocimientos y prácticas que permita desarrollar la medicina tradicional como parte de la autogestión de la salud comunitaria.

Y como parte de la sostenibilidad del trabajo en medicina tradicional, se necesita la generación de productos que, a su vez, permita acceder a otros recursos para la satisfacción de necesidades creadas en las comunidades como resultado de la evolución de su cultura. Por esta razón, las comunidades priorizan producir y comercializar plantas medicinales y fitopreparados.

Tabla No. 4
Desarrollo del plan del proyecto

Descripción	Frecuencia
No existe documento de planeación	2
Se tiene un documento de programación de acciones	3
Se tiene un documento de Planeación operativa	2
Se tiene un documento de planeación táctica	6
Se tiene un documento de planeación estratégica	0

De la tabla anterior se puede observar que seis de los trece programas comunitarios de salud desarrollan un plan del proyecto sistematizado como una planeación táctica. ésta se desarrolla de la manera que se describe a continuación.

En relación a que si la institución tiene una programación para todas las acciones que realiza y contempla realizar en el futuro, los representantes de programas comunitarios de salud que participaron en el estudio, informaron que como guías cotidianas del trabajo en medicina tradicional, se tienen documentos de calendarización con fechas de capacitación y visitas a las comunidades y también una programación de acciones con responsabilidades y fechas. Estos documentos representan formas prácticas de sistematizar la planificación de acciones en medicina tradicional para el nivel comunitario, son guías cotidianas para el trabajo de personas inmersas en la dinámica de la comunidad.

Los programas comunitarios de salud estudiados, tienen documentos de planificación a largo plazo, según normas que se les sugiere (no impone) desde instituciones externas de cooperación técnica o financiera o como producto de su capacitación en el ciclo de gestión de proyectos. De estos documentos se pudieron comprobar: plan operativo y plan táctico, según necesidades identificadas, compromiso prioritario, recursos y proyección financiera.

Con relación a las fuentes de los recursos económicos para realizar las acciones propuestas, se encontró que una de las condiciones para el desarrollo de los distintos planes sistematizados en documentos, es la factibilidad técnica y financiera de los distintos proyectos. De esta cuenta se logra establecer que el contar con calendarización, programación de acciones, plan operativo y plan táctico, incluso, está sustentado por la disponibilidad del recurso financiero proveniente de aportes de los grupos organizados en las comunidades, aportes propios de la promotora y el promotor de salud, la comadrona y de agricultores en las comunidades, agencias o donaciones externas de cooperación y fondos propios de la institución.

Como producto de haber sistematizado un análisis de situación de salud de la comunidad, los programas comunitarios de salud desarrollan el plan táctico sobre la base de este análisis de situación de salud.

La población beneficiaria es identificada en los documentos de planificación de los programas comunitarios de salud, de la siguiente manera: se trabaja para familias, niñas y niños y comunidades rurales.

Este trabajo se realiza a través de agricultores asociados a la institución, promotores de salud, comadronas, grupos organizados a nivel comunitario, comités de mujeres organizadas y jóvenes organizados. Estos grupos representan los beneficiarios(as) directos(as), primarios(as) de los programas comunitarios de salud que, luego se encargan de concretar las acciones de beneficio a las comunidades. Reviste vital importancia el hecho que el trabajo se realiza a través de grupos de mujeres y jóvenes, llamadas y llamados para organizarse y replicar acciones con grupos similares a favor de sus necesidades de salud.

Como parte de sus planes de proyecto, los programas comunitarios de salud definen claramente sus objetivos para el trabajo en medicina tradicional, los cuales tienen secuencia lógica y coherente con los anteriores pasos efectuados en su proceso de planificación.

Un grupo de objetivos considera a la comunidad en su conjunto como grupo de personas que alcanzarán mejorar las condiciones de vida de las comunidades, promoviendo la revalorización y utilización de los conocimientos y recursos de la medicina tradicional.

Otro de los objetivos, considera la satisfacción de las necesidades inmediatas y cotidianas de las personas, para mejorar su situación de salud. Este objetivo se expresa de la siguiente manera: contribuir a la satisfacción de las necesidades básicas de salud de las familias con énfasis en la promoción de la salud.

Un aspecto crucial que marca el trabajo a favor de la medicina tradicional es que se define como un medio para ayudar a la economía familiar, aspecto que se considera

en el objetivo de aprovechar los recursos locales para mejorar el nivel de salud y cuidar la economía familiar mediante la implementación de huertos de plantas medicinales para la producción, consumo y comercialización de fitopreparados. Este objetivo promueve el aprovechamiento de los recursos locales y, en especial, las plantas medicinales.

La integración de la agricultura con la salud y viceversa, es un objetivo que se plantea en los siguientes términos: mejorar la salud y economía de las familias mediante la integración de la agricultura y la medicina propia.

Como no existe el desarrollo de un plan estratégico, tampoco existe información acerca de misión, visión y objetivos estratégicos.

Tabla No. 5
Planificación de la ejecución

Descripción	Frecuencia
No se tiene planificación de la ejecución	4
La planificación de la ejecución se relaciona con una estructura organizacional definida	4
La planificación de la ejecución se realiza por un equipo exclusivo para implementar el proyecto	2
La planificación de la ejecución, demuestra autonomía del equipo para ejecutar el proyecto	0
La planificación de la ejecución se realiza en coordinación con la comunidad	3

De la tabla anterior se puede observar que algunos de los programas comunitarios de salud muestran dificultades para planificar la ejecución de proyectos de medicina tradicional ya que, cuatro de trece, no tienen planificación de la ejecución y, otros cuatro de trece, solamente tienen una estructura organizacional definida pero no específica para su proyecto de medicina tradicional.

En la práctica de ejecución de su proyecto consideran algunas relaciones que establece su personal ejecutor respecto de su estructura organizacional y con la comunidad, tal como se detalla a continuación.

En relación a los cargos y profesión del personal específico para el proyecto de medicina tradicional, la mayoría de los programas comunitarios de salud no cuentan con personas dedicadas específicamente al proyecto, pero garantizan la ejecución del mismo a través del personal que compone la Junta Directiva y Comisión Fiscalizadora.

Algunos programas comunitarios de salud cuentan con personal formado en las siguientes profesiones: técnico en farmacia, enfermera auxiliar, promotor técnico en granjas permaculturales.

La persona o el equipo que se encarga de ejecutar el proyecto goza de autonomía, mantiene la comunicación y consulta con otros niveles superiores de conducción, como el director o directora, encargados de producción o encargados de ventas.

Las trabajadoras y los trabajadores de los programas comunitarios de salud que tienen a su cargo la ejecución de los proyectos de medicina tradicional son promotores y promotoras de salud, comadronas, mujeres voluntarias. Estas personas son articuladoras de los intereses de los programas comunitarios de salud y de las necesidades de la comunidad, por lo que su desempeño responde a un trabajo en conjunto.

Las funciones identificadas para la persona o personas que ejecutan las acciones en medicina tradicional, se describen en los siguientes componentes principales:

- a relatoría o secretaría,
- b promover el trabajo comunitario,

- c implementar huertos de plantas medicinales,
- d promover la producción de medicamentos,
- e atender a personas enfermas,
- f coordinar el proyecto.

Los representantes de los programas comunitarios de salud entrevistados, refirieron en relación al equipo definido y la ejecución del proyecto en coordinación con la comunidad, lo que se describe.

Se considera la participación de grupos que complementan a la lógica de organización sociocultural de la comunidad como agricultores encargados de jardines de plantas medicinales, comités de mujeres organizadas y socias del proyecto, promotores y promotoras de salud y también la participación de personas legítimas de la comunidad como las comadronas y comité eclesial.

En cuanto a los fondos disponibles para la ejecución del proyecto, los programas comunitarios de salud tienen claro que los recursos financieros son importantes para la ejecución de las acciones que se proponen en el plan de programa y aunque no profundizan en detalle, evidencian que los recursos están integrados a programas de salud y agricultura o provienen de donaciones o cooperaciones externas, fondos propios y aportes de la comunidad.

Tabla No. 6
Evaluación

Descripción	Frecuencia
No existe un plan de evaluación	3
La evaluación se realiza a exigencias de instituciones externas	1
Se realiza una evaluación al finalizar el proyecto	2
Se realiza una evaluación concurrente al proyecto	1
Se realiza una evaluación de la factibilidad del proyecto	6

De la tabla anterior se puede observar que seis de trece programas comunitarios de salud, consideran un proceso de evaluación que incluye la factibilidad, lo concurrente y al finalizar la ejecución del proyecto de medicina tradicional.

En relación con los momentos en que se realiza la evaluación del proyecto de medicina tradicional, los representantes de los programas comunitarios de salud entrevistados informaron que se realizan de manera mensual, trimestral, semestral y anual.

Respecto de quienes definen la forma de evaluar el proyecto, las entrevistadas/os informaron que provienen generalmente de la propia institución a través del Director o Directora, el Coordinador o Coordinadora, el Equipo técnico, la Junta directiva.

Para los programas comunitarios de salud, las razones que motivan e impulsan la necesidad de planificar la evaluación del plan de proyecto de medicina tradicional son: para medir el grado de cumplimiento, identificar dificultades, logros y limitaciones durante o al final de la implementación de un proyecto.

Acerca de la implementación de un sistema de monitoreo, supervisión y acompañamiento durante la ejecución del proyecto, los programas comunitarios de salud los consideran, básicamente, para corregir errores y fortalecer acciones y las aplican a través de:

1. instrumentos pre-diseñados,
2. encuestas y reuniones con representantes de la comunidad,
3. acompañamiento cotidiano al equipo técnico,
4. visita individual a comunidades, familias y personas beneficiarias,
5. visitas para verificar el trabajo de promotoras, promotores de salud y comadronas de la comunidad.

Los programas comunitarios de salud, antes de iniciar la implementación de un proyecto de medicina tradicional, establecen las condiciones mínimas necesarias en una comunidad para asegurar la viabilidad de su implementación o ejecución. Estas condiciones tienen que ver con establecer los intereses comunitarios, el compromiso hacia el plan de proyecto, aporte de recursos, responsabilidad y un comité compuesto por las personas claramente definidas como beneficiarias.

Por otro lado, se busca identificar la capacidad de respuesta colectiva para la ejecución de dichas acciones establecidas en el proyecto; para lo cual se necesita identificar el grado de organización, participación e intereses de la comunidad para apoyar el proyecto, lo que es importante cuando las acciones benefician a toda la comunidad.

Finalmente, se busca tener garantizado un mínimo de capacidad administrativa de las comunidades que apoyen el desarrollo organizativo del programa comunitario de salud y su permanencia en el trabajo a largo plazo, en este sentido, se establece antes de la ejecución que existan grupos organizados en las comunidades, con capacidades administrativas propias, con experiencias previas, con trabajo en equipo y experiencias en la producción de plantas medicinales.

VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis de los resultados del estudio sobre la caracterización del proceso de planificación de proyectos de medicina tradicional.

El orden de la discusión considerada corresponde a los pasos que caracterizan el proceso de planificación de proyectos de medicina tradicional: definición de una política de trabajo en medicina tradicional, identificación de problemas y necesidades, priorización de necesidades, desarrollo del plan del proyecto, planificación de la ejecución y la evaluación.

a. La definición de una política de trabajo en medicina tradicional

Los programas comunitarios de salud poseen una política de trabajo en medicina tradicional, en la cual se destaca la participación de las comunidades. En este paso, identifican de manera clara los intereses institucionales y las razones de trabajar con determinadas comunidades. Se sugieren principios para implementar tal política y se evidencian acciones que contribuyen al desarrollo comunitario.

La política de trabajo va más allá de una mera acción, es una política basada en los intereses y las necesidades de configurar el desarrollo desde las comunidades. Esta ideología las distingue de una planificación meramente institucional. Se identifica la filosofía por su forma de trabajo diferente a otras organizaciones como indica Loasby (1995) y esta diferencia es que desde las necesidades y valores de la comunidad se planifica el futuro.

Los intereses de la institución, como se ha anotado, se basa en el conocimiento de las necesidades de la comunidad, sus recursos y capacidades y, sobre todo, de la manera de ver su cultura.

Una creencia o ideología para trabajar es reconocida importante, tanto por la OPS/OMS (1992) como por Escobar (1996), como condición esencial del proceso de planificación. Los programas comunitarios de salud son coherentes con la propuesta de OPS, de la cual difieren en que sistematizan poco acerca de su trabajo.

En este sentido, los programas comunitarios de salud son coherentes con su acercamiento a las comunidades, comparten su cultura y hablan su idioma y las comunidades representan la base de su trabajo y, además, muchos de sus representantes organizados forman parte de la institución. Estas son características de la política de trabajo con proyectos de medicina tradicional.

Para la definición de la política de trabajo en medicina tradicional, no solamente se toman en cuenta los intereses de la institución ni solamente las necesidades de la comunidad, sino, una combinación de ambos pero orientados a un proceso de largo plazo, entendido como el desarrollo comunitario.

Tal política de trabajo en medicina tradicional incluye criterios económicos como respuesta a la situación económica de las comunidades, a decir de algunos entrevistados, el trabajo en las actuales comunidades se realiza porque ... *"el nivel de vida más pobre, sin servicios básicos"*... *"con comunidades retiradas"*... *"la mayor parte de la gente no tiene tierra, son colonos"*; *"por criterios de pobreza"*.

A decir de los funcionarios entrevistados es esencial conocer, valorar y respetar la cultura de la comunidad para conocer sus necesidades; también es importante involucrar a los comunitarios en su propio desarrollo, es decir, integrarlos al trabajo institucional. No se trata de solamente enlistar las necesidades sino conocer el paradigma de salud - enfermedad, lo que piensa la gente de esto, es fortalecer sus propios conocimientos.

En fin, el desarrollo comunitario es vital para acceder a una mejor salud, la cual es entendida por los programas comunitarios de salud como parte integral de la vida y junto a la agricultura representan la base para el desarrollo comunitario. No se puede entender a la enfermedad de manera aislada ni a la persona de manera individual, sino integrados a todos aquellos aspectos relacionados y con toda la comunidad, así se entiende el desarrollo comunitario en el marco de la política institucional de trabajo en medicina tradicional.

Dentro de este entendimiento del desarrollo comunitario, se está consciente que la producción local de medicamentos es necesaria junto a la organización comunitaria como pilares para mejorar la situación de la salud.

b. La identificación de problemas y necesidades

La identificación de problemas y necesidades se realiza, en conjunto, comunidad e institución; de esta manera se destacan técnicas y herramientas para su realización, se definen los participantes de parte de la comunidad y de parte de la institución, y, se conoce, asimismo, las demandas de la comunidad acerca de la Medicina Tradicional.

Basados en la realidad de la comunidad, los programas comunitarios de salud identifican problemas y necesidades en un concepto integral de la salud, su pérdida y restablecimiento. Es claro que los programas comunitarios de salud y las comunidades diferencian entre problema y necesidad para su proyecto de medicina tradicional, la cual se estructura a partir de las necesidades cotidianas; estos hallazgos confirman lo expresado en el mismo sentido por diferentes autores consultados como Pinault y Daveluy (1994) y Espinoza, et al (1999)

Se describe una serie de técnicas utilizadas para la identificación de problemas y necesidades, adaptadas, según el contexto, no son del todo desconocidas pero hacen énfasis en la necesidad de adaptarlas según el nivel de desarrollo de la comunidad, su grado de organización, avance tecnológico y científico y de su nivel de conciencia en su identidad cultural.

La participación comunitaria en la planificación de proyectos de medicina tradicional, es la manera de identificar los problemas y necesidades a través de asambleas comunitarias que se realizan por sectores organizados de la comunidad y con la participación de personas con capacidad de tomar decisiones, tanto legítimas como legales a favor de la comunidad.

De parte de las instituciones estudiadas, participan aquellas personas cuyos cargos les permite tomar decisiones según su jerarquía dentro de la institución.

Tanto los representantes de la comunidad como los representantes de los programas comunitarios de salud que participan en la definición de problemas y necesidades tienen poder de decisión, por un lado, para beneficiar a la comunidad y, por otro, para cumplir con la respuesta y satisfacer las necesidades comunitarias.

Esta forma de identificar problemas y necesidades ya han sido sugeridas por diferentes autores en forma personal o institucional, por ejemplo, el Banco Mundial (1999), MacMahon (1997), Pineault y Daveluy (1994), Kroeger y Luna (1992), haciendo énfasis en la participación comunitaria.

Los problemas identificados en conjunto, comunidad e institución, tienen que ver con las enfermedades más frecuentes, la falta de conocimientos en salud y escasos recursos económicos. En este sentido, plantean que las necesidades comunitarias representan el restablecimiento de la salud, el intercambio de conocimientos y la

comercialización de sus productos agrícolas, incluyendo la producción de plantas medicinales.

c. Priorización de necesidades

Es un paso implementado a continuación de la identificación de problemas y necesidades o durante la realización de la misma; definen técnicas y procedimientos, establecen los participantes, tanto de la comunidad como de la institución y describen las demandas priorizadas por la comunidad.

Para la priorización de necesidades, se toma en cuenta la política institucional y la realidad financiera de ésta, asimismo, la capacidad instalada en las comunidades; y, dado que tal política, así como la identificación de las necesidades comunitarias, fueron hechas de manera conjunta, este paso es coherente con la anterior en el sentido de articular lo comunitario y lo institucional, tomando en cuenta la organización y responsabilidad de los comunitarios ante sus necesidades.

Considerando lo que la OPS (1987) indicaba ... *"en las organizaciones de salud, lo que se necesita hacer es siempre más de lo que la organización puede rendir"* ... se utilizan instrumentos o herramientas apropiadas a las comunidades para la priorización de sus necesidades. Con la participación de idénticos actores descritos en el paso anterior, tanto por parte de la comunidad como de parte de la institución.

A diferencia del paso anterior, en éste reviste mayor importancia el poder de toma de decisiones que tenga el o la representante institucional para negociar o definir la necesidad prioritaria para resolverle a la comunidad y aunque en la mayoría de las veces se trata de compartir la decisión entre todo el personal de la institución, algunas veces es la coordinadora, los grupos organizados de la comunidad, el

director o la directora, los líderes de salud de la comunidad o la Junta Directiva institucional, cualquiera de ellas/os toma la decisión final sobre la base de los criterios anotados dos párrafos atrás.

Algunas herramientas utilizadas para la priorización de las necesidades, se comparten con otros autores, entre las cuales se encuentran las sugeridas por Pineda y González (1999) en relación a las entrevistas y asambleas comunitarias.

En los programas comunitarios de salud se respeta y responde a la percepción de la comunidad y sus demandas, esto concuerda con lo que dicen Kroeger y Luna (1992) en relación con la priorización de necesidades.

En relación con el contexto, se puede asegurar que se entrelazan los intereses institucionales y la comunidad, de manera conjunta aunque, finalmente, es decidido por la persona que mejor conoce la situación financiera y condiciones de la institución, lo cual indica una combinación con la gestión empresarial, según lo indica Pineault y Daveluy (1994)

Las necesidades prioritarias que, según los informantes que participaron en este estudio se necesita resolverle a la comunidad, son el acceso a medicamentos, promoción y educación en salud y la producción de plantas medicinales para su comercialización y generación de ingresos que les permita satisfacer otras necesidades básicas.

d. Desarrollo del plan del proyecto

En este paso del proceso de planificación, se sistematiza la información recabada anteriormente y se construyen planes de trabajo que van desde lo cotidiano, lo operativo y lo táctico. Estos planes son elaborados sobre la base de la

disponibilidad de recursos financieros y humanos; estableciendo la población meta y, finalmente, objetivos claros y acordes con su política de trabajo.

Los programas comunitarios de salud elaboran un documento acerca de cómo intervenir en la construcción del futuro para la comunidad en función de la medicina tradicional, representa un plan para aplicar un conjunto de acciones donde se consideran actividades y servicios, recursos y objetivos que a decir de Pineault y Daveluy (1994), es un proyecto porque se presenta de manera organizada, coherente e integrado para una población definida.

Al combinar la realidad comunitaria y la estructura organizacional, los programas comunitarios de salud son pragmáticos al planificar sus acciones en medicina tradicional a favor de la comunidad y esto forma parte de acciones a largo plazo, según su entender de "desarrollo comunitario".

Si bien es cierto que el desarrollo del plan del proyecto se hace sobre la base de información del análisis de situación de salud, no todos los programas comunitarios de salud estudiados aprovechan de manera completa la información de este análisis y la recabada en los pasos previos, ya que la planificación se queda únicamente en el cumplimiento de metas técnicas, financieras o como respuestas inmediatas a las necesidades urgentes de la comunidad, sin plantearse planes estratégicos.

Los programas comunitarios de salud consideran en su planificación, un documento que responde a su capacidad financiera más que al tiempo de aplicación, por eso se considera que tal documento corresponde a un plan táctico a decir de Chiavenato (1999), pues, considera una planificación según la gestión de recursos pero enmarcados en procesos de desarrollo comunitario. Al respecto, dice Pineault y Daveluy (1994): "...*la planificación táctica o estructural, se ocupa de la disposición, la organización y la incorporación de las actividades y*

los recursos, el producto es el programa, una variante es el proyecto "... es una planificación de actividades sobre la base de los recursos disponibles.

La disponibilidad de recurso financiero es clave para la estructuración de un plan del proyecto. En este sentido, los programas comunitarios de salud estudiados comparten esta responsabilidad con los propios beneficiarios, con agencias cooperantes y con fondos propios de la institución. Visto así, la organización persistirá más allá de la ayuda financiera externa porque se trabaja, en conjunto, comunidad e institución.

Las familias, las niñas, los niños y las comunidades rurales integran la población beneficiaria de los programas comunitarios de salud estudiados, por lo cual queda claro que el trabajo se realiza desde el núcleo familiar, con especial atención a las niñas y a los niños y una ubicación geográfico preferencial hacia comunidades rurales que en el contexto guatemalteco presentan los mayores y preocupantes índices de exclusión.

La mayor parte del trabajo en la comunidad lo realizan personas de la misma que trabajan en los programas comunitarios de salud o coordinan con ellos, lo cual fortalece el sentido de ser instituciones al servicio de la comunidad y, en especial, a sus grupos más postergados como las mujeres y los jóvenes.

El restablecimiento de la salud es clave para mejorar las condiciones de vida de las comunidades, junto a la promoción de la salud y la generación de ingresos a través de las plantas medicinales, son objetivos relacionados con las prioridades, necesidades y desarrollo de las comunidades. El énfasis en la promoción de la salud implica el empoderamiento de la persona, familia y comunidad para la transformación de los factores que condicionan su situación de salud.

La integración del trabajo entre agricultura y medicina tradicional puede entenderse como la promoción de la agricultura ecológica, saludable y que contribuya al bienestar o equilibrio de la persona consigo misma, con la sociedad y su ambiente. Es interesante el hallazgo de que la agricultura se ve como parte de la medicina y que su integración favorecería la salud, el desarrollo y el bienestar de la persona, entendido así, como la agricultura es parte vital en la vida de las comunidades donde los programas comunitarios de salud estudiados ejecutan proyectos de medicina tradicional.

e. Planificación de la ejecución

La planificación de la ejecución del plan del proyecto se da en función de la estructura organizacional de los programas comunitarios de salud, es decir, que no existe un equipo dedicado específicamente al proyecto de medicina tradicional, sino, se integra a todas las acciones que en salud comunitaria realizan. En la forma de aplicar este paso, se evidencia que los programas comunitarios de salud, establecen puestos de trabajo y desempeño del personal, medios de coordinación con la comunidad y garantizan la disponibilidad de recursos financieros.

En este paso del proceso de planificación, los informantes claves de los programas comunitarios de salud estudiados indican: *"la estructura organizacional muestra un grupo de 3 promotores de salud y la coordinadora, ... el equipo del proyecto son 3 promotores de salud"*... *"Dentro del programa de salud asignan personas para el proyecto..., todo el trabajo es integral con los líderes comunitarios"*. Según los antecedentes de este estudio, la planificación de la ejecución ... *"remarca la estructura de decisión, es decir, quienes tienen el poder de decisión en la ejecución del proyecto"*... en este sentido, en los programas comunitarios de salud estudiados, no existe equipo específico ni estructura específica para ejecutar el proyecto de medicina tradicional, pero, las

acciones propuestas en el plan del proyecto, se ejecutan desde una visión integral e integrada a los programas de salud comunitaria, agricultura o desarrollo rural; no se ve como problema el hecho de no contar con personal dedicado exclusivamente al proyecto de medicina tradicional.

El considerar la estructura organizacional indica que existe voluntad política y que el elemento fundamental de "poder suficiente para la ejecución" es tomado en cuenta para garantizar la ejecución del plan de proyecto; esto es recomendado por instituciones como la OPS (1987) en su publicación científica acerca del análisis de las organizaciones de salud.

Si bien es cierto que los programas comunitarios de salud no cuentan con personal específico para el proyecto de medicina tradicional, corresponde a la propia Asamblea, Junta directiva o Comisión fiscalizadora, la ejecución del proyecto sobre la base de la solidaridad y la complementariedad, anteponiendo los intereses colectivos a los intereses de jerarquía o profesiones.

En este sentido, los programas comunitarios de salud consideran la relación, desempeño y funciones del personal como parte de la voluntad de aplicar el proyecto, todo esto a criterio de Pineault y Daveluy (1994), representa ... "considerar el ambiente interno de la organización"... pero también el ambiente exterior que en su conjunto indica que se garantiza la ejecución por el trabajo coordinado entre institución y comunitarios, a través de promotores de salud y comadronas.

Lo anterior, si se considera la lógica de los pasos precedentes, el personal institucional que ejecuta el trabajo en conjunto con la comunidad, posee características que se plantearon en la definición de la política de trabajo en medicina tradicional. La manera de coordinar la ejecución conjunta del proyecto de medicina tradicional con la comunidad radica en el hecho de que sus

responsables institucionales son promotores y promotoras de salud, comadronas y mujeres voluntarias, todas pertenecen a la comunidad donde trabajan y son, además, parte de los programas comunitarios de salud y articulan los intereses y necesidades tanto de la institución como de la comunidad.

Aunque el proyecto de medicina tradicional, finalmente, es ejecutado por las personas articuladoras entre comunidad e institución, la mayoría de los programas no poseen personas específicas para cada función que se detalla. El proyecto es ejecutado con pocas personas sobre la base de la solidaridad de las personas asociadas al programa comunitario de salud, de las comunidades y principalmente, de los grupos de mujeres.

Como parte de la planificación de la ejecución, el personal que trabaja en el proyecto de medicina tradicional tiene claro las funciones del mismo en los siguientes términos: ... "relatora o secretaria, promotor de salud para el trabajo comunal, promotor de salud como encargado del huerto institucional, promotora de salud para la producción de medicamentos, bachiller en ciencias y letras y auxiliar de farmacia como coordinador y encargado de la atención clínica institucional". Aunque no se especifica con mucho detalle desde el punto de vista administrativo, estas funciones, responden, de manera inmediata, a las necesidades de la comunidad.

Lo anterior indica que los programas comunitarios de salud no planifican la ejecución de proyectos de medicina tradicional sobre la base de la estructura organizacional sino en la estructura de la organización comunitaria. De esta manera se mantiene el interés institucional y se garantiza una respuesta acorde a las necesidades prioritarias de la comunidad.

En relación a la disposición de fondos para la ejecución del proyecto de medicina tradicional se resaltan dos aspectos: que las acciones planificadas en el paso

anterior se ejecutarán porque se integra a la estrategia global de la institución y que las fuentes de financiamiento se diversifica entre aportes externos, de la propia institución y de la comunidad misma.

f. La evaluación

Los programas comunitarios de salud cuentan con un plan de evaluación de los proyectos de medicina tradicional, en el cual consideran la frecuencia para realizarla agregando personas responsables para su definición. Se establecen técnicas y herramientas para el monitoreo y muy importante es el hecho de que realizan una evaluación previa a la ejecución del proyecto.

Los programas comunitarios de salud aplican criterios y normas para emitir juicio sobre los diferentes componentes del proyecto y en sus diferentes momentos (antes, durante y después). Esta práctica es coherente con las recomendaciones de Pineault y Daveluy (1994) al respecto de la evaluación ex ante, concomitante y ex post.

Según los resultados del presente estudio, los programas comunitarios de salud planifican la evaluación de su plan de proyecto para medir el cumplimiento del mismo, mediante la identificación de dificultades, logros y limitaciones de manera sistemática, permanente y constante. Esto indica que la evaluación no se realiza por exigencia de agencias financieras sino según las necesidades y conveniencia institucional y comunitaria.

La participación de la comunidad considerada en la planificación de la evaluación se da por el estado de su organización y cualidades antes de ejecutar el proyecto. En este sentido, la evaluación es considerada una acción meramente técnica y, por lo tanto, se define por el personal de la institución; la comunidad participa poco.

Sin embargo, este hecho tiene pocas consecuencias en el grado de cumplimiento de los objetivos del proyecto ya anotados en el capítulo anterior, se considera que, según los pasos anteriores, muchas de las personas que trabajan en los programas comunitarios de salud son, al mismo tiempo, representantes y habitantes de las propias comunidades.

El monitoreo del plan de proyecto es constante y según la lógica institucional de trabajo y adaptadas a las condiciones de la comunidad, según lo indican las técnicas utilizadas, entre ellas, reuniones comunitarias y visitas domiciliarias a los responsables de la ejecución o a las personas beneficiarias.

Antes de la implementación de un proyecto de medicina tradicional, los programas comunitarios realizan una evaluación para identificar los compromisos y aportes de las personas que solicitan o se beneficiarán del proyecto. En este sentido, los programas comunitarios de salud evalúan la viabilidad del proyecto de medicina tradicional sobre la base de las capacidades administrativas y organización de la comunidad.

Las condiciones mínimas necesarias para la implementación de un proyecto de medicina tradicional son: que la comunidad demuestre interés y asuma compromisos para resolver sus problemas, que tengan capacidad de respuesta colectiva y experiencia en administrar sus propios proyectos de desarrollo comunitario. Es decir, que las acciones que se proponen no vienen a ser novedosas en la comunidad, sino, que ya existan y que solamente necesitan técnicas puntuales y fortalecimiento de sus propios recursos.

CONCLUSIONES

El proceso de planificación de proyectos de medicina tradicional, aplicado por los programas comunitarios de salud asociados a ASECSA se caracteriza por considerar seis pasos de la manera que a continuación se plantean.

1. Los programas comunitarios de salud definen su política de trabajo en medicina tradicional de manera conjunta con la comunidad a través del conocimiento de la misma, en respuesta a sus necesidades inmediatas y con visión de desarrollo comunitario.
2. Los programas comunitarios de salud estudiados, definen problemas y necesidades de las comunidades relacionadas con la medicina tradicional, utilizando técnicas y herramientas participativas, con la integración de representantes de la organización y de sectores organizados en la comunidad.
3. La priorización de necesidades es un paso implementado a continuación de la identificación de problemas y necesidades o durante la realización de la misma; definen técnicas y procedimientos, establecen los participantes tanto de la comunidad como de la institución y describen las demandas priorizadas por la comunidad.
4. En el desarrollo del plan de proyecto, se evidencia la existencia de un plan sistematizado como un plan táctico en el sentido de que se identifican las acciones sobre la base de información obtenida en un análisis de situación de salud, identifica claramente a sus beneficiarias y los objetivos del proyecto.
5. Aunque los programas comunitarios de salud no responden a la planificación de la ejecución del plan del proyecto, los mismos poseen recurso humano dedicado a la ejecución del proyecto sobre la base de la cooperación y

solidaridad de las comunidades que además comparten funciones y responsabilidades financieras.

6. Los programas comunitarios de salud planifican la evaluación de su plan de proyecto de manera sistemática, constante y permanente; estableciendo la existencia de condiciones mínimas que garanticen su viabilidad sobre la base de las capacidades comunitarias más que institucionales, definen un proceso de monitoreo y teniendo claras las razones para evaluar al final del proyecto.

RECOMENDACIONES:

Dada la información obtenida en el presente estudio, se recomienda que los programas comunitarios de salud consideren para la gestión de proyectos de medicina tradicional los siguientes aspectos que se describen.

1. La generación de una política de trabajo en la cual participen, activamente, representantes legítimos, legales y de grupos que complementen la organización de la comunidad.
2. Identificar problemas y necesidades sobre la base de la autogestión comunitaria y el apoyo técnico de parte de los programas comunitarios de salud.
3. Priorizar las necesidades a resolverle a la comunidad según las capacidades institucionales y las comunitarias, las cuales se reflejen en compromisos recíprocos para el desarrollo comunitario.
4. Desarrollar planes estratégicos en medicina tradicional, según la información acumulada en los pasos previos, la cual se ordena en objetivos que ya se consideran en el desarrollo del plan del proyecto.
5. Se deben desarrollar capacidades para sistematizar la planificación de la ejecución para agregarle valor al trabajo que se realiza en medicina tradicional, el cual no se reporta como parte del trabajo.
6. Definir mecanismos para la participación de los representantes comunitarios en las distintas fases de evaluación del proyecto y hacer, de la misma, un paso para mejorar las acciones en medicina tradicional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NARANJO, Dr. P. **Medicina Indígena y Popular de América Latina y Medicina Contemporánea.** Guatemala Indígena 1978; Vol. XIII (1-2): pp 186 - 219.
2. HURTADO, L. **Articulación de la Medicina Oficial y la Medicina Tradicional.** Guatemala: OPS/OMS.1997; pp 16 - 25.
3. VILLATORO, E. M. . **La Medicina Tradicional en Guatemala: Aspectos Históricos.** Compilación, Etnomedicina en Guatemala. Centro de Estudios Folkloricos; Colección Monografías Vol. 1. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. 1984: p-9.
4. TERRANOVA, C. Dra. R. et al. **Investigación Sobre la medicina tradicional de Guatemala Para su Integración en el Sistema de Atención Primaria en Salud del País: Area Maya Quiché.** Guatemala. Documento mimeografiado. 1990: p-9.
5. Asociación de Servicios Comunitarios de Salud ASECSA. **Fundamento Teórico Metodológico de la Capacitación en medicina tradicional a Promotoras y Promotores de Salud.** Guatemala: ASECSA. Documento impreso. 2001: p-5.
6. EDER, K. y GARCÍA, M. **Modelo de la Medicina Indígena Maya en Guatemala.** ASECSA, DED. Guatemala: Impresos Monserrat. 2002: p-86.
7. MERINO, Dra. C; HERDOIZA, et al. **Hacia Una Educación Cuestionadora.** Escuela de Salud Pública / Organización Panamericana de la Salud. Ecuador: Editorial Graffiti Diseño Gráfico. 1994: p-16.

8. CHIAVENATO, I. **Introducción a la Teoría General de la Administración.** Colombia: Editorial McGraw Hill. 1999: pp 227 - 233.
9. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. **Planificación de Servicios de Salud.** Serie: Material de Apoyo para la Capacitación en Gerencia de programas de Salud Maternoinfantil y Planificación Familiar. E.U.A.: OPS/OMS. 1992: p-12.
10. DEVER, G. E. A. **Epidemiología y Administración de Servicios de Salud.** E.U.A.: OPS /OMS. 1991: pp 27 - 72.
11. KROEGER, Axel y Ronaldo Luna. **Atención Primaria de Salud, principios y métodos.** México: Editorial Pax. 1992: pp 52 - 57.
12. ROBBINS, S. P. **Administración: Teoría y Práctica.** México: Editorial Prentice - Hall Hispanoamericana, S.A. 1987: p-114.
13. STONNER, J. A. F. **Administración.** México: Editorial Prentice - Hall Hispanoamericana, S.A. 1989: p-100.
14. LOASBY Brian J. **La Planeación Formal a Largo Plazo en Perspectiva.** En Mintzberg, Henry y James Brian Quinn. Biblioteca de Planeación Estratégica. México: Editorial Prentice - Hall Hispanoamericana, S.A. 1995: pp 721 - 740.
15. Banco Mundial / UNESCO. **Gestión Integral de programas Sociales Orientada a Resultados.** Manual Metodológico para la Planificación y Evaluación de programas Sociales. Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de programas Sociales. Brasil. 1999: pp 19 - 47.
16. REPULLO L., J. R. **Planificación y Administración de Servicios Sanitarios.** En Martínez N., F. et al. Salud Pública. México: Editorial McGraw - Hill . Interamericana. 1998: p-888.
17. MACMAHON, R; et al. **OPS - Publicaciones Científicas - Materiales de Instrucción.** E.U.A.1997: p-8.
18. ESCOBAR, A. 1996. **Planificación. Diccionario del Desarrollo, Una Guía del Conocimiento como Poder,** editado por Wolfgang Sachs. Perú: Proyecto Andino De Tecnologías Campesinas. 1996: pp 216 - 219.
19. ZIEGENFUSS, Jr, J. T. **Fortalecimiento de los Sistemas de Salud para el País y la Comunidad: El Método de Rediseño de Futuros y Sistemas.** Hacia la Implantación de Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública. E.U.A.: OPS/OMS - CLAD. Ensayos Premiados. 1999: p-21.
20. ONOCKO C., R. **Planificación y Razón Instrumental: Un Análisis de la Producción Teórica Sobre Planificación Estratégica en Salud, en los Años Noventa, en Brasil.** Cuadernos Médico Sociales No. 77. Argentina: CESS. 2000: p-23.
21. PINEAULT, R. y DAVELUY, C. **La Planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias.** España: Editorial Sis Trenta U. S. L. 1994: pp 15 -331.
22. ESPINOZA G., J. et al. **Salud Comunitaria: Conceptos, Métodos y Herramientas.** Nicaragua: Impresos Comunidad - Acción Médica Cristiana. 1999: pp 7 - 38.

23. OPS/OMS. **Análisis De Las Organizaciones De Salud.** Serie de publicaciones científicas para ejecutores de programas de Salud, No. 4. España: Editorial Librograf. S.A. 1987: pp 140 -147.
24. MANENTI, Dr. A.; Dr. Hernández, C. et al. **Participación Social en Salud: Los Promotores (as) Voluntarios. (as).** COMPANIC; Nicaragua: COMPANIC / PRODERE, EDINFODOC. 1991: pp 47 - 52
25. NANDA, S. **Antropología Cultural, Adaptaciones Socioculturales.** Edición extracomercial para uso de los alumnos de Universidad Politécnica Salesiana; Quito, Ecuador. 1994: pp 62 - 87.

ANEXOS

3. ¿La Política se define desde las necesidades de la comunidad? SI NO
¿Por qué eligieron trabajar con las necesidades de las comunidades?

4. ¿Su Política de trabajo articula las necesidades de la institución y de la comunidad? SI NO
¿Cómo se combinan estas necesidades?

5. ¿Su política refleja un proceso de desarrollo comunitario? SI NO
¿Cuáles son las acciones que reflejan un proceso de desarrollo comunitario?

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES

Existencia de un proceso de identificación de problemas y necesidades

6. ¿Se identifican problemas y necesidades de la comunidad para la planificación de su proyecto de medicina tradicional? SI NO

Participación de actores en el proceso de identificación de problemas y necesidades

7. ¿Los problemas de la Comunidad son identificados por personas externas a la comunidad y a la institución? SI NO

¿Quiénes son esas personas?

8. ¿Los problemas y necesidades de la comunidad son identificados por personas de la institución? SI NO

¿Quiénes de la institución participan?

9. ¿Los problemas y necesidades de la comunidad son identificados por personas de la comunidad? SI NO

¿Cuáles son las demandas de la comunidad?

10. ¿Los problemas y necesidades de la comunidad son identificados por personas de la comunidad y de la institución de forma conjunta? SI NO
¿Cómo lo realizan?

PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES

Existencia de un proceso de priorización de necesidades

11. ¿Se priorizan las necesidades de la comunidad para la planificación de proyectos de medicina tradicional? SI NO

Participación de actores en el proceso de priorización de necesidades

12. ¿La priorización de necesidades la realizan personas externas a la comunidad y a la institución? SI NO

¿Qué instituciones la realizan?

13. ¿La priorización de necesidades la realiza personal de la institución? SI NO
¿Quiénes de la institución participan?

14. ¿La priorización de necesidades la realizan representantes de la comunidad? SI NO

¿Cuáles son las demandas prioritarias?

15. ¿La priorización de necesidades se realiza en conjunto, comunidad e institución? SI NO

¿Cómo la realizan?

DESARROLLO DEL PLAN DEL PROYECTO

Existencia de un plan del proyecto

16. ¿Existe un documento que registra la planificación del proyecto de medicina tradicional? SI NO

Tipo de plan para desarrollar el proyecto

17. ¿El documento de planificación registra una programación de acciones? SI NO
18. ¿El documento de planificación contiene un plan operativo? SI NO
¿Qué contempla este plan operativo?
19. ¿El documento de planificación contiene un plan táctico? SI NO
¿Qué contempla este plan táctico?
20. ¿El documento de planificación corresponde a un plan estratégico? SI NO
¿Qué contempla este plan estratégico?

PLANIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Existencia de planificación de la ejecución

21. ¿Tiene la institución una planificación de la ejecución del proyecto de medicina tradicional? SI NO

Relación del equipo ejecutor con la estructura organizacional y la comunidad

22. ¿La planificación de la ejecución se relaciona con una estructura organizacional definida? SI NO
¿Cómo se define esta estructura organizacional?

23. ¿La planificación de la ejecución se realiza por un equipo exclusivo para implementar el proyecto? SI NO

24. ¿La planificación de la ejecución, demuestra autonomía del equipo para ejecutar el proyecto? SI NO

25. ¿La planificación de la ejecución se realiza en coordinación con la comunidad? SI NO

¿Cómo se realiza esta coordinación?

EVALUACIÓN

Existencia de un plan de evaluación

26. ¿Se considera realizar algún tipo de evaluación en su proyecto de medicina tradicional? SI NO

Momentos en los que se evalúa el proyecto

27. ¿La evaluación se realiza a exigencias de instituciones externas? SI NO
¿Cómo lo realizan?

28. ¿La evaluación solamente se realiza al finalizar el proyecto? SI NO
¿Por qué lo realizan?

29. ¿Se realiza una evaluación concurrente al proyecto? SI NO
¿cómo lo realizan?

30. ¿Se realiza una evaluación de la factibilidad del proyecto? SI NO
¿Cómo se realiza?

El autor concede permiso para reproducir, total o parcialmente, y, por cualquier medio la tesis titulada: "PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE PROYECTOS DE MEDICINA TRADICIONAL", para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.