

**PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD EN EL AMBULATORIO
LA JUNGLA DE CATIA LA MAR, ESTADO VARGAS**
(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al
título de Licenciado en Enfermería)

AUTORAS:
T.S.U. Miriam, Ortega
C.I. N° 4.557.033
T.S.U. Olga, Rojas
C.I. N° 4.114.635
T.S.U. Rivas, Rosa
C.I. N° 5.406.076

Tutora Adhoc:
Lic. Rosario Sánchez

Caracas, Marzo del 2006

**PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD EN EL AMBULATORIO
LA JUNGLA DE CATIA LA MAR, ESTADO VARGAS**

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD EN EL AMBULATORIO LA JUNGLA DE CATIA LA MAR, ESTADO VARGAS.

AUTORAS:

T.S.U. Miriam, Ortega

T.S.U. Olga, Rojas

T.S.U. Rivas, Rosa

TUTORA ADHOC:

Lic. Rosario Sánchez

Fecha: Marzo 2006

RESUMEN

Asumir el estudio de la participación social tiene como objetivo plantear los problemas de salud desde su relación con los diferentes factores presentes en la población, los cuales tienen que propiciar la intervención de la comunidad en la planificación, ejecución, evaluación y control de la gestión pública en salud. Desde esta perspectiva se plantea esta investigación cuyo propósito fue caracterizar la participación comunitaria en salud alrededor del Ambulatorio La Jungla de Catia La Mar, Edo. Vargas. Se trató de un abordaje cualitativo, en una investigación de tipo descriptivo- exploratorio, bajo el método de estudio de casos. Donde se escogió una muestra de 40 informantes miembros de la comunidad de las áreas de influencia del ambulatorio, que conviven en diferentes actividades en el mismo. La recolección de información se realizó a través de la técnica de grupo focal, utilizando un guión de entrevista con 9 preguntas básicas. Entre las conclusiones mas relevantes se tiene que la participación comunitaria se limita a presentar tipologías sobre acciones con participación en grados que van de la pasividad a la actividad. Ausencia de sistematización y capacitación en conocimientos y práctica de participación social tanto a los trabajadores de la salud como en los miembros de la comunidad, que en sentido general desconocen elementos importantes del concepto de participación. Asimismo, se detectaron algunos aspectos que favorecen y limitan la participación.

INTRODUCCIÓN

La aproximación a un objeto de estudio no puede ser integralmente alcanzada, fuera de su comprensión histórica, tampoco alejada del desarrollo teórico y conceptual que le ha dado identidad; por lo que el presente trabajo ofrece una síntesis de las características esenciales del desarrollo de la participación social para la solución de problemas de salud, diferentes modelos y variados contextos. La línea de pensamiento que guía este trabajo es presentar las principales peculiaridades del tema seleccionado.

La participación comunitaria debe ser entendida como un compromiso entre el problema y/o la necesidad sentida y el deseo de solucionarlo. La participación se refiere a una expresión de la democracia política y de manera directa a su vinculación con los procesos de desarrollo y de cambio social. Bajo esta consideración, los gobiernos pueden intervenir en el desenvolvimiento socioeconómico integrando a la población en los procesos de planificación y en la ejecución de programas. Otro enfoque sostiene que las prácticas participativas tienen origen en las formas autónomas de organización comunitaria, que son distintas a las promovidas por los organismos gubernamentales y que en la mayoría de las ocasiones actúa en contraposición a ellas. Desde esta última visión se considera que la otra perspectiva afirmaría una participación predeterminada y expresada

únicamente en la formalidad, es decir, se trataría de un aporte negociable y no una verdadera inserción de la comunidad. Por ello insisten en que la participación que nace de la misma comunidad resulta más activa y por tanto más eficaz.

En este contexto se concibe este estudio, desde una perspectiva social, entendiendo que la participación de la comunidad debe ser un elemento fortalecedor de los vínculos entre la institucionalidad y los miembros de la comunidad actuando sobre los principales problemas detectados de manera participativa, orientados a lograr los objetivos de salud planteados en la legislación nacional, que promulgan el disfrute de niveles de salud aceptables, el desarrollo autogestionario, la vinculación y conformación de los grupos comunitarios de salud y la contraloría social sobre la gestión de salud.

Desde esta perspectiva, esta investigación tiene como objetivo describir la participación comunitaria en salud en el ambulatorio La Jungla de Catia la Mar, La Guaira; Edo. Vargas. Para lo cual se estructuró una investigación con una aproximación cualitativa al problema, la cual quedó organizada de la siguiente manera:

El capítulo I, con el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación y la justificación.

El capítulo II, denominado Marco Teórico, que contiene los antecedentes del estudio y las bases teóricas que fundamentan el desarrollo conceptual.

El capítulo III, el diseño metodológico, conformado por tipo de estudio, población y muestra, metodología, técnica de recolección de información, procedimiento para la recolección de la información y técnicas de análisis.

El capítulo IV, discusión de los resultados, donde se presentan las tablas con los datos y se hace el análisis cualitativo de los mismos.

El capítulo V, con las conclusiones, recomendaciones y las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

El concepto de participación comunitaria en los asuntos que afectan la supervivencia de la comunidad, es tan antiguo como la historia humana y como una expresión del movimiento continuo que es parte de la vida cotidiana, una parte esencial de todas las sociedades humanas. Históricamente la participación comunitaria ha pasado por diferentes enfoques o etapas, dependiendo del contexto donde se ha desarrollado.

En la década de los años 50, estas ideas y conceptos se aplicaron bajo la denominación de animación rural o desarrollo de la comunidad. De acuerdo a Scout, A (1998) señala que:

El enfoque dominante era de naturaleza científica y proponía la introducción y transferencia de nuevas tecnologías para mejorar la calidad de vida de la población. La participación de la gente estaba representada por su capacidad de organizarse y movilizarse en torno a programas y acciones ya decididas en otros ámbitos o en el sector profesional, bajo el supuesto de que toda la población aceptaría con facilidad las ideas, innovaciones y las prioridades establecidas por los profesionales de la salud, (Pág. 480).

Muy pronto la operacionalización de este enfoque se encontró con resistencia y dificultades. De acuerdo a Álvarez, I.(1996), “según estudios

reportados por la OMS, en el 1960, había unos 60 países con programas comunitarios; para 1965 la mayoría de estos proyectos comenzaron a desaparecer o a ser drásticamente reducidos”, (Pág. 1)

Desde la Declaración Universal de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU), en 1948, que establece el derecho a un nivel de vida adecuado, hasta la Declaración de la Conferencia de Atención Primaria en Salud de Alma Ata en 1978, treinta años más tarde, donde se formalizó la definición de la participación comunitaria, según Álvarez, I. (1996) como:

El proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo. (Pág. 2)

Por otra parte, cuando se habla de la participación social en salud se asume la definición expresada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1994):

La participación social en la cogestión de la salud, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir

prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada. (Pág. 15)

Este concepto legaliza internacionalmente la participación comunitaria en los sistemas de atención de su salud, se incorporaron progresivamente marcos jurídicos y programas nacionales congruentes. Esto implica, que las comunidades comprendan que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que puede improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Deben adquirir la amplitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propio aporte. Por otra parte, así como la comunidad debe estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las aptitudes propuestas y de sus costos relativos.

En Venezuela, se ha incorporado la participación de las comunidades en la salud, a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) en su artículo 84, el cual promulga que: “la comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la

planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud”(Pág. 33). En este caso la participación puede ser entendida como una política pública; al respecto, Guerra, C.(1993), expresa:

La participación social como política pública es la forma más viable para responder a las necesidades y prioridades en materia de producción de la salud y de desarrollo de los sistemas locales de salud. Se afirma que la participación social es esencial para la construcción de una ciudadanía capaz de identificar los problemas y necesidades prioritarias en el ámbito de la salud, elaborar propuestas y contribuir, a través de la negociación y la concertación, a la toma de decisiones para alcanzar la Meta de Salud para Todos”. (prologo).

Bajo esta premisa en Venezuela se realizan esfuerzos por incorporar a la comunidad en acciones y programas de salud desde los años 80. Existen varios sectores interesados en el desarrollo de prácticas en salud, así como diversas estrategias para fomentar la participación social. Entre los que se puede mencionar grupos para impulsar la educación para la salud, comités de salud, juntas socio sanitarias, grupos voluntarios para realizar campañas de vacunación, planificación familiar, entre otros; capacitación de la población para el autocuidado en salud, información a la población sobre el uso adecuado de los servicios de salud, entre otros.

Estas formas de participación han sido promovidas por el Gobierno Nacional a través de las diferentes Misiones y por los servicios de salud del

Ministerio de Salud y Desarrollo Social, en el marco del Sistema Nacional de Salud. Es decir, a través de la atención integral que es básicamente de promoción y prevención en salud. Recientemente se ha instrumentado la participación comunitaria en salud a través de la Misión “Barrio Adentro”; desde la perspectiva de la Atención Integral de Salud, promovida por la reforma del Sector Salud hecha por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, en 1999. La misma se cristaliza a través de los comités de salud conformados por los miembros de las comunidades y que ejercen funciones de contraloría social.

Sin embargo, el trabajo de estos comités no se ha materializado; ni en las disposiciones legales ni en las experiencias de participación comunitaria promovida por las instituciones de salud, no se rebasan los límites de la ejecución de ciertas tareas. No se ha logrado la participación de la comunidad en la planificación, programación, gestión, ejecución y control de los programas, ni mucho menos en la toma de decisiones respecto a su salud. Tampoco está clara la manera en que la población puede tener acceso real al manejo de los recursos y decisiones que la afectan, de alguna manera su participación se concreta en una especie de ayuda al equipo de salud y a generar informes producto de la supervisión que realizan a través de la contraloría social.

Las propuestas de participación comunitaria se caracteriza por partir de los niveles superiores de las instituciones, lo que les da un carácter oficialista, impositivo y vertical; ni la comunidad, ni los trabajadores de la salud participan en la definición de estrategias y desarrollo de la citada participación.

Dentro de las experiencias de participación comunitaria que se están dando en Venezuela, a nivel local, se encuentra la desarrollada en el Ambulatorio “La Jungla”, del Estado Vargas, donde se brinda atención integral. Se escoge esta localidad, porque desde hace muchos años el Estado Vargas ha experimentado diferentes formas de organización comunitaria, dirigidas a lograr reivindicaciones vecinales, en un afán de lucha social y a partir de la tragedia de 1999 se han incrementado. Lo que permitió desarrollar proyectos sociales, con recursos provenientes desde el Estado hasta de organizaciones internacionales.

En este contexto se pretende desarrollar esta investigación, cuyo propósito es caracterizar la participación comunitaria en Salud del Ambulatorio la Jungla, en el Estado Vargas, con el fin de conocer cuáles son las acciones que realiza la comunidad en el campo de la salud, y cuáles las principales organizaciones comunitarias que participan en el ámbito de la salud integral. Por tal razón se plantea el siguiente problema de estudio:

¿Cómo es la participación comunitaria en salud en el Ambulatorio “La Jungla”, de Catia La Mar, Estado Vargas?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar las características de la participación de la comunidad de Catia La Mar, Estado Vargas en los planes y proyectos de salud del Ambulatorio “La Jungla”.

Objetivos Específicos

Describir las principales actividades de participación comunitaria en salud que se desarrollan en el Ambulatorio “La Jungla” de acuerdo a la opinión de la comunidad.

Describir las principales formas de identificación de los problemas que manifiesta la comunidad.

Identificar los factores que favorecen u obstaculizan el desarrollo de la participación comunitaria, en dicha localidad según la percepción de la comunidad.

Identificar los principales grupos comunitarios que participan en los programas de salud del Ambulatorio “La Jungla” de acuerdo a la opinión de la comunidad.

Justificación

Desde la Organización Panamericana de la Salud, se han realizado esfuerzos para orientar los programas y actividades de manera que la totalidad de su cooperación técnica en salud requiere de impulsar e involucrarse en esfuerzos de participación social.

Los intentos de los países para cumplir con estas metas, obliga a buscar mecanismos para lograr que las comunidades intervengan de forma activa en el cumplimiento de los programas de salud. Estos intentos hasta ahora han fracasado, debido a que las comunidades participan en acciones dispersas, planificadas desde los niveles mas altos de las instituciones de salud.

Considerando que cuando la comunidad, las organizaciones y demás actores sociales participan en todo el proceso de trabajo, los resultados son más efectivos; esta investigación se justifica en cuanto que pretende revisar una experiencia de participación comunitaria en salud, que se ha desarrollado durante cierto tiempo.

Desde la práctica de enfermería es importante realizar este estudio, puesto que el área comunitaria es una prioridad en los actuales momentos y el profesional de enfermería juega un papel importante en lo que respecta a la participación comunitaria, ya que posee las herramientas técnicas y conocimientos para desarrollar estas actividades.

Desde el punto de vista metodológico, se justifica en el sentido de poner en práctica los conocimientos sobre investigación cualitativa, que resulten en un aporte para el campo de la investigación en enfermería.

En este sentido la importancia que tiene la participación social en el desarrollo de los programas de salud, justifica las investigaciones que se emprendan para el análisis de la situación y la búsqueda de soluciones para lograr dicha participación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

En este capítulo se presentan los antecedentes que sirven de referencia al estudio, dados por las investigaciones que sobre participación comunitaria se registraron a través de la revisión bibliográfica, así como también las bases teóricas.

Bastidas, P. (2003), realizó un estudio titulado “Características de la participación comunitaria en salud en una zona de barrio de Caracas”. Con el objetivo de mostrar las principales característica de la participación en salud del ambulatorio “Alfredo Borjas”, de la Vega, se basó en un estudio descriptivo-exploratorio, de corte cualitativo. Con una muestra de 20 miembros de la comunidad, utilizando como método de recolección de información un formulario de 9 preguntas breves como guión para las reuniones de grupos focales. Los resultados del estudio demostraron que existen condiciones favorables para desarrollar la participación social en salud, sin embargo esta participación no existe dado que se limita a la cooperación y a la utilización de los servicios de salud.

Este estudio guarda una estrecha relación con la presente investigación, porque trata de resaltar las características de la participación comunitaria en el contexto de la salud, y además los obstáculos para el desarrollo de la misma.

Avellaneda, D. Casas, G. González, D. Silva, Y. Jácome, S. y Estrada, J. (2003), en Colombia llevaron a cabo un estudio titulado “Capacitación en promoción en salud oral a través de una metodología participativa, con promotores y líderes en salud comunitaria en los municipios de Tabio (Cundinamarca) y Duitama (Boyacá)”. Cuyo objetivo fue determinar las actitudes positivas para la salud y los cambios en los perfiles de morbilidad oral que podrían generarse en estas comunidades. La investigación se sustenta en un enfoque cualitativo el cual rechaza la pretensión de cuantificar toda realidad humana, y se fundamenta en el significado de los actos humanos involucrando elementos de I.A.P., etnografía y hermenéutica para una adecuada comprensión de las realidades típicas de las comunidades.

La metodología utilizada con catorce promotoras de salud del hospital Nuestra Señora del Carmen, de Tabio y seis promotoras en salud del Hospital Regional de Duitama, partió de las características socio-culturales y sanitarias de las comunidades a las que pertenecían, a los conocimientos,

experiencias, expectativas y la identificación de las necesidades, valores y habilidades de cada una de las promotoras. De acuerdo a los resultados las autoras refieren que con esta metodología se logró en el grupo de promotoras una mayor integración, mejorar el clima de trabajo, estimular la creatividad y afianzar la seguridad, lo cual se reflejó en el abordaje a sus comunidades con una mayor motivación, participación e interés frente a la salud oral. Se recomienda seguir y continuar a la comunidad bajo estudio para poder establecer en un futuro los cambios en los perfiles epidemiológicos.

En este estudio se destaca, los logros que se pueden alcanzar a través de la participación comunitaria en el ámbito de la salud, cuando se toman en cuenta los elementos culturales, espirituales y las expectativas de los actores sociales.

Aguirre, L. (2000), realizó un estudio titulado “Evaluación de la propuesta de un modelo para caracterizar la participación comunitaria en salud, en Barquisimeto, Estado Lara. Lara. Cuyo objetivo fue evaluar dicha propuesta. El modelo se concibió de manera cualitativa adecuado a las necesidades sentidas por las organizaciones. La evaluación se realizó mediante una encuesta en los grupos organizados de las comunidades del área de influencia de los ambulatorios urbanos con actividades docentes-

asistenciales. Completando con entrevistas a líderes informales en personas fundadoras de la comunidad, en los Municipios Iribarren y Palvecino del Estado Lara.

Las categorías para medir la participación comunitaria fueron nula, leve, moderada y amplia. Dentro de las conclusiones se obtuvo que en la participación comunitaria intervienen una compleja red multifactorial que se debe tomar en cuenta ante la necesidad de tener un punto de partida para identificar y continuar en la búsqueda de una mejor salud colectiva con la atención médica integral al paciente- familia- comunidad, especialmente a nivel primario con la coordinación intersectorial que puede considerarse de utilidad y alcance para mejorar la calidad de la prestación del servicio dentro de un enfoque mas amplio de salud.

Este estudio sirve de referencia al señalar la importancia de tomar en cuenta los diferentes factores que intervienen en la participación social en salud.

Molina, J. Daquilema, M. y Gómez, C. (1999), realizaron un estudio titulado “Participación Social en salud: una experiencia en Simojovel, Chiapas”, México. Cuyo propósito fue identificar los factores derivados de la relación de las poblaciones con el Estado, y las condiciones

socioeconómicas de sus pobladores, que favorecen u obstaculizan el desarrollo de la participación social en su proyecto de salud. Fue un estudio comparativo del tipo antes-después, en cada localidad y entre localidades, que mide el efecto de un programa de salud con participación comunitaria en dos comunidades que mantienen distinta relación con el estado.

Como técnicas utilizaron dos encuestas socioeconómicas y de morbilidad prevalente, una previa a la intervención y otra un año después; se caracterizó la participación social en acciones de salud y se identificó a través de programas e instituciones gubernamentales. Los resultados orientaron a asegurar que el programa de salud contribuye a mejorar las condiciones higiénico sanitarias de la población y a disminuir la frecuencia de padecimientos como diarreas y parasitosis. Como conclusión, expresan que la organización democrática de la comunidad y la autogestión favorecen la participación social, mientras que la presencia del Estado fomenta la dependencia, y el paternalismo, obstaculizando la participación social amplia en acciones de salud.

Este estudio hace referencia a la participación comunitaria en salud, y los resultados que pueden obtenerse de darse esta participación sin la dependencia del Estado. Lográndose una participación mas activa si se le da la oportunidad a la comunidad de participar en la toma de decisiones.

Abrantes, R. (1999), realizó un estudio titulado “Participación Social en Salud: un estudio de caso en Brasil”. El objetivo fue estudiar la complejidad de la articulación entre el poder público y población usuaria de los servicios de salud en Brasil, a partir de instancias locales de participación social, impulsadas por la descentralización de dichos servicios.

Para ello se realizó un estudio cualitativo de los Grupos Ejecutivos Locales (GEL), en especial del localizado en una región periférica de la ciudad de Río de Janeiro, conocida como la AP.3.1. Se dio seguimiento a las reuniones del grupo y a sus actividades reivindicativas y de movilización. Se utilizaron entrevistas abiertas con líderes de la comunidad, directivos de los servicios de salud y profesionales de instituciones universitarias que trabajaban en la localidad. El libro de actas del GEL fue considerado como una fuente de información.

El análisis de los resultados permitió capturar la dinámica del juego entre la movilización y la respuesta de los servicios de salud al hacer resaltar, por un lado, los límites y potencialidades de las propuestas del gobierno en relación con la incorporación de los grupos sociales como interlocutores y actores propositivos en la definición de demandas y, por otro, los marcos de la propia institucionalización de la participación popular en contextos caracterizados por la exclusión social y política. De esto se derivó la siguiente

conclusión: existe un desencuentro entre los formuladores de las políticas de salud y la población usuaria, pues se implementan estrategias de participación que no toman en cuenta las formas organizativas de los grupos sociales.

En esta referencia se puede observar el tratamiento que se le hace a la participación social, donde las formas organizativas tienen un lugar decisivo en la implementación de los programas de salud, los cuales deben insertarse en el contexto de las mismas para que sean efectivos.

Reyes, I. Sanabría, G. Medina, Z. y Báez, M. (1999) realizaron un estudio titulado “Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud”, en Cuba. El objetivo de esta investigación fue diseñar y aplicar una metodología que permita realizar estudios de acuerdo con las características sociales, económicas, políticas y culturales de la comunidad perteneciente al Policlínico “Wilfredo Santana Rivas”, del Municipio Habana del Este. Se utilizó una metodología en cuatro etapas: selección de la muestra de acuerdo a criterios, descripción de los soportes legales y estructuras sociales en las que se enmarca la participación comunitaria en el área estudiada, exploración del concepto de participación comunitaria que predomina en la comunidad, e identificación de las dimensiones de la participación comunitaria.

La aplicación de esta metodología le permitió llegar a las siguientes conclusiones: Existen condiciones favorables desde el punto de vista de la conformación social de la comunidad, estructuras del sistema de atención primaria de salud y política de apoyo para llevar a cabo la participación comunitaria. Paradójicamente en la comunidad estudiada no existe participación comunitaria, se limita a la cooperación y a la utilización de los servicios de salud. Y el principal responsable de la poca participación comunitaria es el propio sistema de salud.

Este estudio sirve de referencia a la presente investigación, ya que se reflejan las características de la participación en una población determinada, y como la responsabilidad de la participación recae en el mismo sistema de salud.

Gotilla, C. (1999) realizó un trabajo titulado “Actitud Hacia La Participación Comunitaria De Los Miembros Del Equipo De Salud De Los Ambulatorios Urbanos Del Distrito 1 Barquisimeto, Estado Lara. Cuyo objetivo fue de determinar la actitud hacia la participación comunitaria del equipo de salud de los ambulatorios urbanos, para lo cual se realizó un estudio descriptivo de tipo exploratorio. Para ello se construyó una escala tipo likert de 28 ítemes que se aplicó a 113 miembros del equipo de salud

obtenidos a través de un muestreo estratificado por fijación proporcional cuyos resultados fueron procesados a través del Programa Epi-Info.

Se encontró que los miembros del equipo de salud mostraron una actitud moderada hacia la participación comunitaria en un 70,8%, seguido de un 17,7% de actitud favorable. Según la profesión se observó que el grupo de médicos y trabajadores sociales mostró mayor porcentaje de actitud favorable que el grupo de enfermeras y de auxiliares de enfermería. Según edad y sexo se observó que el sexo femenino predominó en un 81% y el mayor grupo estuvo representado en ambos sexos por los grupos etareos de 35-39 y 40-44, quienes manifestaron una actitud moderada hacia la participación comunitaria en aproximadamente 76,4% y 83% respectivamente. Según los años de servicio en el M.S.A.S., se observó mayor porcentaje de actitud favorable en quienes tenían menos de 4 años de servicio (30,8%).

Los hallazgos en las dimensiones cognoscitiva, afectiva y conductual sugieren que los miembros del equipo de salud reconocen la importancia de la participación de la comunidad (70,8%), manifiestan que existe falta de adiestramiento en materia de comunidad y de participación comunitaria (46,9%); muestran una actitud favorable hacia el trabajo conjunto con la comunidad (76,1%) y una intencionalidad positiva ante el desarrollo de

estrategias que permiten establecer vínculos entre la comunidad y el equipo de salud (73,5%). Consideran que la Universidad y el Convenio UCLA - MSAS han favorecido el desarrollo del proceso participativo en el Estado Lara.

En este estudio se evidencia la importancia de la participación del equipo de salud en la promoción de la participación comunitaria, asimismo la disposición favorable de los mismos para desarrollar actividades de participación comunitaria en salud.

Bases Teóricas

La interpretación teórica de la presente investigación asume las perspectivas y fundamentos teóricos de los estudiosos que avalan la estrategia de la participación comunitaria en materia de salud, de acuerdo a los lineamientos expuestos por los organismos mundiales encargados de las políticas de salud.

Evolución de la participación social

El interés por la participación social en salud no es nuevo. Las políticas promotoras de la participación social han sido introducidas en

diferentes etapas del desarrollo de los sistemas de salud. Ya en el siglo pasado las primeras iniciativas de salud pública contaban con la participación de la comunidad para su implementación, por parte de la Organización Mundial de la Salud.

No obstante, la orientación y desarrollo de estas políticas están íntimamente ligados al contexto político y social en que se desarrollan. Esta descripción, sin pretender ser exhaustiva, intenta dar algunas consideraciones que permitan comprender la evolución de los procesos participativos en el contexto de los sistemas de salud.

En las décadas de los cincuenta y sesenta, los servicios de salud crecieron con un rápido aumento de personal e infraestructura. Esta expansión de los servicios de salud se produjo paralelamente a un proceso de urbanización e industrialización. De acuerdo a Ugalde, A. (1987)

En Latinoamérica, como en el resto de los países llamados “en vías de desarrollo”, se intentó reproducir los modelos del mundo occidental. En esta época se realizaron las primeras experiencias de implicar a la población en los programas de salud. (Pág. 41)

En general, se trataba de experiencias circunscritas a determinadas áreas geográficas o programas, aunque algunos países, como Cuba y

Panamá, incorporaron mecanismos de participación en todo el sistema de salud. El mismo autor señala que Panamá introdujo estas políticas en su programa nacional con el objetivo de transformar su modelo de salud – centrado en los hospitales y la atención curativa– en un modelo basado en la prevención y participación comunitaria, que permitiese extender la cobertura del sistema de salud.

Cuba, con un gobierno revolucionario, incorporó la participación en todos los niveles del sistema. Se puede decir, por tanto, que la promoción de la participación responde, por un lado, a la necesidad de introducir cambios en la orientación del sistema de salud y, por otro, pretende lograr una extensión en la cobertura de los servicios.

En la década de los setenta comenzó a generalizarse el reconocimiento de la incapacidad de los sistemas de salud, centrados en los hospitales y basados en la medicina occidental, para responder a la población más necesitada de atención. Al mismo tiempo, es una época caracterizada por un aumento de las tensiones de la guerra fría, la crisis del petróleo, las dictaduras militares y los fuertes movimientos sociales en busca de justicia social. En el ámbito sanitario todo ello generó la necesidad de cambios radicales en las políticas de salud. Al final de la década de los setenta, a partir de las experiencias desarrolladas en diversos países, como

China, se conceptualiza la atención primaria de salud como alternativa a los sistemas de salud en crisis.

En la filosofía de la atención primaria de salud, cuyas líneas generales fueron consignadas en el documento oficial de la conferencia internacional de Alma Ata, descentralización y participación comunitaria aparecen como principios fundamentales sobre los que construir un sistema de salud. La Conferencia de AlmaAta (1978) aportó con la siguiente definición:

La participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto su salud y bienestar propios, y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario". (Pág. 8)

Ambos elementos son comprendidos como una forma de acercamiento de los servicios de salud, dando una voz a la población atendida y, al mismo tiempo, aumentando la eficiencia del sistema, al ser éste capaz de responder a las necesidades percibidas y de adaptarse a las condiciones locales.

Según Poland, B (1998) Al final de la década de los ochenta y principios de los noventa se acaba la guerra fría y se producen cambios en la economía global. Esta situación, junto con la crisis de la deuda externa,

impuso límites económicos severos que, con el predominio de valores neoliberales, la disminución de la autonomía de los estados debido a la internacionalización del capital y las presiones de las agencias internacionales, llevaron a muchos países a introducir programas de ajuste estructural.

Estos cambios produjeron un fuerte impacto en la formulación de políticas públicas y en la percepción del papel del Estado y la sociedad civil. Muchos países redujeron, y continúan reduciendo, el gasto público, disminuyendo, para ello, el papel del Estado en la provisión de los servicios públicos, incluyendo también el sector de la salud.

El financiamiento de los sistemas de salud de los países latinoamericanos que siempre había sido insuficiente, se deterioró aún más en la década de los ochenta. El problema se complicó con el aumento en los costos de los servicios de salud y el aumento de la demanda debido al crecimiento demográfico, los cambios epidemiológicos y los nuevos desafíos como el SIDA.

En este contexto se desarrollan, por un lado, las políticas de promoción de la salud centradas en la participación, que ahora toma un nuevo cariz, evolucionando hacia el concepto más amplio de acción social en

salud introducidos por la OMS. Por otro lado, se introducen reformas en los sistemas de salud en las que se impulsa la reducción del papel del Estado y un modelo de mercado, impulsadas por el Banco Mundial. Desde este marco conceptual, se percibe al usuario como «cliente» de los servicios de salud y se espera que participe expresando su opinión de los servicios y que éstos, a su vez, actúen consecuentemente.

Además de los cambios impuestos por el orden económico y político mundial en la última década, los países latinoamericanos han realizado también amplias transformaciones políticas y administrativas. Estas transformaciones incluyen la descentralización a niveles regionales o locales como una forma de democratización de los sistemas, en un intento de acercar los niveles de decisión a los ciudadanos y facilitar su participación en el sistema. Además, se busca de esta manera una mayor transparencia y responsabilidad en las acciones de las instituciones públicas frente a la población a la que sirven.

Participación Social y salud

Los conceptos de participación en salud han evolucionado paralelamente a las transformaciones de las políticas y sistemas de salud. Durante mucho tiempo la participación fue definida fundamentalmente a

partir de su vertiente comunitaria, sin considerar su dimensión individual.

Según Oakley, P. (1990)

En la década de los setenta, la participación era considerada como la sensibilización de la población que permite aumentar su receptividad y habilidad para responder a los programas de desarrollo, así como el estímulo de iniciativas locales o la contribución voluntaria de la comunidad a un programa público, sin que ejerza ningún control sobre éste. Posteriormente, se destaca el papel de la comunidad en la formulación, implementación y utilización de los servicios de salud, formulación en la que no se refleja claramente la interacción con el sistema de salud y donde podría esperarse una acción independiente de la comunidad. (Pág. 132).

Al final de la década de los ochenta, el mismo autor analiza una serie de definiciones que surgen de la atención primaria de salud, de las cuales se pueden deducir distintas interpretaciones, pero adopta como definición operativa la propuesta por Foranoff: (1980)

Participación como el proceso activo por el que se establece una relación de colaboración entre el gobierno y la población en la planificación, implementación y utilización de los servicios de salud, con el objetivo de conseguir una mayor autonomía local y control sobre la infraestructura y tecnología de la atención primaria de salud. (Pág. 87)

En la práctica, la participación colectiva en salud puede tener lugar de forma más o menos continua, a través de mecanismos establecidos, o de

forma esporádica. Los mecanismos que se encuentran comúnmente disponibles son la elección de representantes para los distintos órganos de gobierno (aunque la capacidad de influir de esta manera en las políticas de salud es realmente lejana), comisiones mixtas formadas por representantes de las instituciones de salud y otras fuerzas sociales o a través de organizaciones comunitarias. En algunas ocasiones la población decide llevar a cabo acciones esporádicas para solicitar transformaciones específicas, acciones como la recogida de firmas, manifestaciones, visitas a las autoridades organizadas colectivamente, entre otros.

Además de la participación colectiva, existen formas individuales de interactuar con los servicios de salud, que han sido especialmente fomentadas desde finales de los ochenta y en la década de los noventa, en el contexto de las reformas basadas en el mercado. Esta participación individual puede expresarse como la utilización de los servicios de salud, la negociación de las pautas terapéuticas por un «consumidor o cliente» informado, la expresión de su opinión de los servicios de salud (sugerencias y reclamaciones), el desarrollo de actividades para los servicios, como limpieza o apoyo a campañas de prevención de enfermedades o promoción de la salud (vacunación, limpiezas de los barrios, etc.) o contribución con recursos monetarios o de otra índole.

Por otra parte, la experiencia histórica revela que la participación social en materia de salud ha sido entendida de diversas formas; de acuerdo a Celedón, C. (2000):

A: La participación como beneficiario...considera a las personas como simples receptoras o beneficiarias de la atención de salud. B. La participación como contribución a la promoción de la salud. C. La participación comunitaria, que en general promueven los organismos multilaterales, interpreta la participación como la organización de la comunidad en comités o grupos de apoyo a los programas y proyectos de desarrollo social. D. Una visión más moderna de participación en la salud reconoce a las personas como usuarios y a la vez como ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos. (Pág. 4)

Esta referencia alude, a las diferentes definiciones operativas de la participación social, sin embargo cada una de ellas han presentado problemas en su implementación, los que van desde la poca asignación de espacios de participación a las personas, (participación como beneficiario); la visión de la comunidad como un instrumento o recurso que facilita la acción del estado, (contribución a la promoción de la salud); hasta la dificultad de ver a la comunidad como único interlocutor de la diversidad social, pues los instrumentos de participación, son cada vez menos eficaces para recoger las demandas de los ciudadanos y su limitación es aún mayor en países que presentan un escaso desarrollo de redes sociales.

En el caso de Venezuela, en su intervención en la Cumbre Mundial de Desarrollo Social, (2000), refieren que:

Caracterizamos la participación social como la estrategia orientada a la consolidación de espacios legítimos y formales de intercambio y expresión de los ciudadanos, en los cuales se propicie la transferencia de decisiones, funciones y competencias, tradicionalmente en manos del Estado. Por tanto, la participación social implica la redistribución y polinización del poder, como propiedad colectiva, que pertenece a todos los ciudadanos y que se ejerce mediante la constitución de espacios de poder local, asumidos por los sujetos sociales tradicionalmente excluidos de su ejercicio.(Págs. 36-37)

Esta concepción de la participación social además de fomentar la creación y consolidación de tales espacios, consagrados en la constitución, su legitimación debe incluir un proceso de articulación de elementos sociales orientadores de la acción y las necesidades reales de los venezolanos. Se concibe esta participación como un proceso clave que favorecerá no solo la construcción de un nuevo modelo de gestión pública, sino, el tránsito de una democracia representativa a una democracia verdaderamente participativa.

Ahora bien, para abordar la participación social se hace necesario proyectar estrategias de acción asumiendo responsabilidades; es al mismo tiempo un intercambio y una coordinación de recursos, capacidades y actividades que permiten conciliar intereses en conflicto como elemento

presente en el proceso y abordar la variedad de soluciones concertadas para resolverlo. Eso implica reconocer la importancia de la colaboración entre el gobierno, sus instituciones y la población.

Al promover la participación social, se persigue como fin el establecimiento de relaciones sociales, basadas en las necesidades de todos los actores sociales, para tomar e impulsar procesos que persigan alcanzar el bienestar colectivo, a través de la resolución de conflictos. En este sentido, la participación social se define como la participación de grupos organizados, entre ellos la comunidad, en las deliberaciones, la toma de decisiones, el control y la responsabilidad con respecto a la atención de la salud.

Cuando esta participación es consciente se caracteriza por el conocimiento interno de los problemas, la identificación de las necesidades percibidas, y la acción intencional para satisfacer las necesidades y resolver los problemas.

La participación social debe comprenderse contextualizándola dentro del análisis de la crisis y de la relación entre los actores sociales que la determinan, es decir dentro del proceso y contexto global. El sector salud se ve afectado por las tendencias históricas en cada contexto, y por su estructura tradicional de funcionamiento, expresada en una atención médica-

curativa más que de la salud integral, lo que a juicio de Guerra, C.(1993), “lo que ha llevado a una situación de crisis financiera, y a la incapacidad de proveer coberturas adecuadas y servicios de calidad aceptables en la mayoría de los países de la región”.(Pág.11)

Esta situación ha creado la necesidad en el sector salud, de que se involucre en el liderazgo y promoción de procesos sociales amplios, de concertación para el desarrollo de la salud y para el impulso de la salud como aporte al desarrollo y a la democracia, partiendo de que se debe asumir que la atención adecuada a la enfermedad requiere de desarrollo y democracia.

En consecuencia, el quehacer frente a la participación social es un quehacer desde individuos e instituciones que hacen parte de órganos sociales, y por ello de procesos orientados por dinámicas precisas, por ideologías, valores, tradiciones, conocimientos e intereses, firmemente estructurados y organizados para realizar acciones concretas. Es decir, quien se propone actuar sobre la participación social, lo hace desde una posición que determina la manera en que puede observarla y actuar.

Por otra parte, comprender al sector salud frente a la participación social, debe servir para proponer situaciones viables frente a la misma, con el

fin de contribuir a orientar acciones. En este sentido, una forma de aproximarse a la ubicación del sector salud frente a la participación social, es observando las estrategias principales del sector y su posición frente a aquella; la cual de acuerdo a Guerra, C.(1993), es como sigue:

I) Recuperación: Constituye tradicionalmente el quehacer fundamental del sector. La participación de las personas en esta estrategia se basa en reacciones individuales, expresadas en solicitud de servicios ofrecidos por profesionales de manera esporádica.. **II) Prevención de la enfermedad:** Esta estrategia ha enfrentado históricamente algunas dificultades en lo que se refiere a su enfoque en relación con la participación social. **III) Promoción de la Salud:** Es la más reciente de las estrategias del sector. Constituye la expresión en lo concreto, de la necesidad que siente el sector, de actuar de manera articulada con los demás actores sociales en contextos amplios, superando su restricción tradicional respecto de la atención a la enfermedad, al orientarse hacia el conjunto de acciones sociales para el desarrollo de la salud.(Págs. 13-14)

De acuerdo a esta referencia, es evidente que la estrategia de promoción de la salud, depende para su logro de sus propósitos, de conocer y ayudar a construir visiones del ideal de salud que persiga determinada comunidad, reconociendo que no puede darse en todos los contextos de la misma forma, pues depende de los procesos sociales en sus múltiples expresiones, del contexto político, de las coyunturas particulares existentes, y de la diversidad de relaciones entre actores sociales específicos. En

consecuencia, la estrategia de promoción de la salud, es en esencia, participativa.

Práctica de la participación en salud

Es importante destacar que las políticas de participación en salud, en general, son iniciativas promovidas por las propias instituciones y no necesariamente la respuesta a una demanda popular. Por ello, para que la población pueda incorporar su opinión y actividad a los servicios de salud, cualquiera que sea el sistema, éste ha de proporcionar una serie de facilidades para que los ciudadanos, de manera individual o colectiva, puedan interactuar.

En primer lugar, deben existir puertas de entrada a los sistemas de salud, es decir, que se creen mecanismos por los que el ciudadano de manera individual o colectiva pueda implicarse con los servicios. En el contexto de la reforma de los sistemas de salud, se ha procurado fortalecer las estructuras del nivel local que permitan a los ciudadanos expresar sus opiniones sobre los servicios de salud. De acuerdo a Vásquez, M. (2003), algunos de estos mecanismos tienen por objetivo la participación colectiva:

Los consejos municipales de salud (donde suelen participar los representantes de los servicios de salud, autoridades locales y la población), la introducción de representantes de la comunidad en las juntas directivas de hospitales y centros de salud o en los comités de calidad. Una limitación a estos mecanismos es la representatividad de los miembros de la comunidad que están presentes, ya que no suelen existir formas que la garanticen como, por ejemplo, elecciones comunitarias a representantes en el consejo de salud. Otros mecanismos que se pueden implementar, como los sistemas de quejas y sugerencias, favorecen la participación individual. Otro elemento clave para la participación en el contexto de las reformas de salud es el acceso a la información. (Pág. 34)

La población debe conocer los servicios que se le ofrecen, sus derechos en cuanto a servicios de salud, los mecanismos por los cuales puede interactuar con el sistema, los precios y la calidad de los servicios ofrecidos. Es necesario que se facilite información suficiente al individuo y la colectividad sobre la actuación de los servicios de salud y las posibles acciones para poder determinar cuándo, cómo y quién ha de actuar.

Las instituciones, además de estar abiertas a la participación, deben garantizar que exista una respuesta de los servicios a estas acciones. La participación conlleva una redistribución de poder y recursos entre los distintos grupos implicados en las decisiones de salud.

Es decir, si se abren espacios para la participación social, las instituciones y el personal de salud pierden su absoluto monopolio en la toma

de decisiones, que habrán de ser consensuadas entre los diversos agentes sociales. Esto significa, por tanto, un cambio de actitud en el personal de salud, no siempre fácil de conseguir.

La misma autora refiere que los procesos reales de participación social en salud deberán acompañarse de un desarrollo institucional que incluya cambios en su estructura y formas de trabajar, que le permita responder a las necesidades cambiantes de la población.

Ahora bien, además de las oportunidades ofrecidas por las instituciones o el sistema, existen aspectos relativos a la población que influyen sobre las conductas participativas.

La participación, tanto individual como colectiva, siempre conlleva costos psicológicos y en tiempo. El individuo sólo participará en acciones colectivas si percibe que tiene capacidad para influir en los resultados, que su participación es imprescindible y que va a lograr un cierto beneficio. Por ello, es más probable que un individuo participe en salud si ya existen grupos o asociaciones que ofrecen una vía para ello. De esta manera, al presentar una demanda agregada, el costo individual es menor y el potencial impacto sobre los servicios es mayor. Estas organizaciones han de tener la

capacidad de recoger las opiniones y necesidades de los grupos que representan.

De acuerdo a Vásquez, M. (2003),

Existen experiencias que demuestran que en aquellas comunidades en las que existe una tradición organizativa, es más probable que haya una implicación colectiva en los servicios de salud, En resumen, elementos políticos(creación de espacios y redistribución de poder y recursos), organizativos (creación de mecanismos institucionales y capacidad de respuesta) o poblacionales –como la disposición u organización– deben concurrir para una efectiva participación social en salud. (Pág. 37)

Esta referencia señala la importancia de algunos elementos que involucran tanto la voluntad política del estado, como la capacidad de la población para que se de la participación social en salud.

Desde este contexto pueden señalarse algunas formas de participación, que se ejemplifican en la práctica cotidiana.

La participación entendida como colaboración de los usuarios con los programas institucionales suele ser patrocinada o tutelada y comúnmente no se preocupa por fortalecer la posición de la población frente a la oferta de servicios, por desarrollar capacidad crítica, autodeterminación, conciencia

sobre los derechos, ni sobre el sentido que tiene la cooperación en acciones decididas, programadas y coordinadas desde las instituciones.

Un ejemplo es la participación de la comunidad en las Campañas de Vacunación, siempre y cuando que en estas campañas la comunidad sólo sea convocada a la acción misma, y no a la planificación y evaluación de la actividad.

Este tipo de participación puede tener efectos positivos, pero cuando se excluye a la población de la discusión de las razones que sustentan las acciones y de la posibilidad de intervenir en el diseño y selección de las opciones, constituye una forma de manipulación.

Así mismo, la participación entendida como cogestión significa un avance hacia la participación autónoma. En el sentido más estricto, la cogestión significa intervención en decisiones; supone descentralización, democratización del poder y de los mecanismos de acceder a él.

La cogestión implica capacidad de interlocución, negociación y concertación de todos los actores sociales para el desarrollo de la salud. Planteando como hipótesis la participación de la comunidad como cogestora de los sistemas de atención médica, o de los servicios institucionales de

salud. La conformación de Sistemas Locales de Salud con participación de organizaciones e instituciones para la toma de decisiones tiende a la cogestión; ejemplo, los Comités de Gestión Multisectoriales de Salud Distritales.

Este tipo de participación encuentra algunas limitaciones, una de ellas es la verticalidad y jerarquización de los servicios de salud, donde las decisiones ruedan desde la cúpula hacia abajo. Su estructura piramidal, conformada sobre la especialización del saber, y la ausencia de una cultura organizacional participativa, dificultan inclusive que el personal de salud que realiza funciones de escasa complejidad, sea integrado a la toma de decisiones importantes.

Por otra parte, la participación entendida como autogestión; constituye una forma más independiente de participación y puede surgir de procesos inicialmente acompañados o asesorados que avanzan hacia la autonomía, bien porque la institución patrocinadora (que puede ser una organización no gubernamental) la promueve, o porque la organización asesorada empieza en algún momento a forcejear por su autonomía. O puede brotar directamente desde la base social, como iniciativa animada por el principio de autodeterminación.

Este tipo de participación se mueve dentro de una lógica diferente. En su forma más externa considera que las organizaciones comunitarias no deben ser copartícipes de la oferta de servicios, como sucede con las otras modalidades mencionadas.

En este enfoque se descarga en el Estado y sus instituciones la responsabilidad del desarrollo social, al estimar que es obligación de este, el prestar servicios a toda la población con eficiencia y calidad. En el caso de la salud, el autocuidado y los hábitos saludables podrían estar a cargo de la población, pero el Estado estaría comprometido a ofrecer atención, con categoría, a todos los ciudadanos. (Zegarra, Rita. Resumen Ejecutivo de Proyectos 92C. ALTERNATIVA. 1992)

De acuerdo a estos enfoques se puede deducir que la participación social puede ser estimulada por el personal de salud, en este sentido, siendo la enfermera es uno de los elementos claves del equipo de salud, le corresponde realizar actividades tendientes al logro de la participación por parte de la comunidad. Los patrones cambiantes de la distribución del cuidado de salud y las demandas por los consumidores de nuevos modelos de cuidado han influido en la modificación de los tipos de grupos que son dirigidos por enfermeras, sin embargo, la labor que realiza la enfermería

comunitaria entrega la autonomía necesaria para aplicar todos los tipos de intervenciones a grupos nombrados anteriormente.

La intervención de grupos por parte de enfermería está siendo cada vez más empleada, siendo de vital importancia la dirección de enfermeras con conocimientos de la teoría y la capacidad de compromiso con el proceso de grupo, al servicio de metas terapéuticas y de tareas. Sin embargo, en el desarrollo de las acciones de enfermería para lograr dicha participación social de las comunidades, intervienen factores que facilitan o limitan su trabajo. Entre las cuales se mencionan de acuerdo a Pineda, E. Alvarado, E y Canales, F (1994), las siguientes:

Factores facilitantes: La formación que actualmente recibe la enfermera, favorece su accionar en pro de la participación social y del trabajo en equipo. Las políticas de salud adoptadas por los gobiernos permiten la participación de la comunidad en la toma de decisiones. La variedad de abordajes, formas, modas y métodos para operativizar la participación social viabiliza y facilita la administración local. (Pág. 210)

También existen los factores que obstaculizan, los cuales de acuerdo a los autores precitados, son:

Factores limitantes: La estructura piramidal de los servicios de salud, donde el proceso decisorio ha seguido tradicionalmente un camino descendente de la cúspide hacia la base, dificulta

que el personal que realiza acciones de menor complejidad sea integrado a la toma de decisiones fundamentales. La falta de evaluación y retroalimentación de los programas obstaculiza su desarrollo. La hegemonía del médico y autoridades de la cúpula obstaculiza la participación de la enfermera en la toma de decisiones y en el desarrollo de programas de participación social de forma independiente. El modelo de atención médica que tiene un enfoque curativo e individualista, más que preventivo y colectivo, no promueve la participación social. La escasa intervención que ha tenido la comunidad en la toma de decisiones y en acciones de participación social, hace que la comunidad considere al trabajador de salud pública como un servidor y no como un conductor y orientador de actividades de desarrollo comunitario.(Pág. 211)

De acuerdo a esta referencia, son muchos los obstáculos que habría que saldar para lograr una verdadera participación motivada por el personal de enfermería. A pesar de ello, la enfermera tiene funciones específicas en relación al trabajo comunitario, desde los diferentes niveles de atención y de acuerdo a las distintas posiciones que ocupa. Según Ramos, E. (2000), menciona las siguientes:

Motiva a la comunidad para que participe en el desarrollo de los programas de salud y educación. Trabaja en colaboración con los individuos, familias y otros grupos de la comunidad. Ayuda a las familias a asumir la responsabilidad por su propia salud y enseña las técnicas y procedimientos para el autocuidado cuando es necesario. Coordina con los agentes encargados de los programas de desarrollo social y económico, las actividades relacionadas con la salud que estos realizan. Promueve el desarrollo de comportamientos positivos mediante acciones que conducen a elevar el nivel de conciencia del individuo, familia y grupos comunitarios, en relación a su responsabilidad por la

promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Promueve el entendimiento del proceso de participación social como una forma de identificación y análisis conjunto de los problemas que plantea la realidad, así como de la ejecución de acciones para la transformación social. Desarrolla programas educativos tendentes a promover la participación de la familia, agentes y grupos organizados de la comunidad.(Pág. 79)

Esta referencia da cuenta de la diversidad de acciones que realiza enfermería en el ámbito comunitario, para promover la participación social en salud, y que debe ser fortalecida en el contexto político actual que lo sustenta.

Finalmente, una forma de aproximar la ubicación actual del sector salud frente a la participación social, es observando las estrategias fundamentales del sector y su posición frente a aquella:

1- Recuperación: Constituye tradicionalmente el quehacer fundamental del sector. La participación de las personas aquí se basa en reacciones individuales expresadas en solicitud de servicios ofrecidos por profesionales. Este tipo de actividad tiende por su naturaleza, a estimular una visión individualizada de la salud y a promover una actitud dependiente (usuarios de servicios) por parte de los individuos.

2- Prevención de la enfermedad: Esta ha enfrentado históricamente algunas dificultades en lo que se refiere a su enfoque en relación con la participación social. Por una parte, la sociedad ha desarrollado una noción inmediateista de la salud, orientada hacia la consecución de beneficios inmediatos palpables.

Por otra parte, los alcances de la estrategia se han visto limitados por el énfasis puesto en transmitir cierto tipo de información a veces compleja y técnica acerca de enfermedades que pueden llegar a atemorizar a la población, lo cual no solamente es inadecuado en cuanto a la intención de cambiar las conductas sociales sino que además al orientarse de esta forma tienden a ir en contra de la participación social, pues generan dependencia y no consiguen aumentar la capacidad de la comunidad para tomar decisiones fundamentadas y conscientes frente a su propia visión de salud.

3- Promoción de salud: es la más reciente de las estrategias, constituye en lo concreto, la necesidad que siente el sector de actuar de manera articulada con los demás actores sociales en contextos amplios, superando su restricción tradicional respecto de la atención a la enfermedad, al orientarse hacia el conjunto de acciones sociales para el desarrollo de la salud. (Figueroa, D. 2002)

Es evidente que esta estrategia depende para lograr sus objetivos de construir el ideal de salud que persiga una determinada sociedad, reconociendo que aquel no puede darse en todos los contextos de la misma forma, pues depende de los procesos sociales en sus múltiples expresiones, del contexto político, de las coyunturas particulares existentes y de la diversidad de relaciones entre actores sociales específicos. Desde este punto de vista, la estrategia de promoción de salud, es en esencia, participativa.

Pero cuando se piensa en participación social en salud, se tiende a reducir a dimensiones pequeñas (localidades, grupos, personas, actividades específicas) obviando su relación con las estrategias del sector salud como un todo.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo descriptivo – exploratorio. De acuerdo a Pineda, E. Alvarado, E. y Canales, F. (1994): “consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables” (Pág. 10). Para el caso de los estudios exploratorios, los autores refieren que “su propósito es familiarizar al investigador con determinada situación del área problema a investigar” (Pág. 83). De igual manera se define como un estudio de caso, que de acuerdo a Martínez (1991), se trata de “casos o situaciones ejemplares, situaciones representativas y típicas, estudiadas a fondo en su compleja realidad estructural”, (Pág. 42). Es decir, se intenta tomar a la comunidad como un caso, donde la participación social en salud se manifiesta de alguna manera y tiene una estructura particular que la caracteriza.

Población y Muestra

La población estuvo constituida por un total de 200 familias que están inscritas en el registro de medicina familiar del ambulatorio, pertenecientes a

los sectores La Jungla, La Junglita y Vista Hermosa. Se seleccionó como unidad de análisis a la comunidad que participa en las actividades del Ambulatorio “La Jungla”, Estado Vargas, de esta manera la muestra estuvo constituida por 40 miembros de la comunidad, distribuidos en los diferentes grupos de participación.

Metodología

La metodología utilizada para el análisis descriptivo cualitativo, en esta investigación es el estudio exploratorio de caso, ya que se intenta describir un fenómeno que se da en una realidad determinada y en condiciones específicas. De acuerdo a Pérez, G. (2001), el estudio de casos es definido como “una metodología de análisis grupal, cuyo aspecto cualitativo nos permite extraer conclusiones de fenómenos reales o simulados en una línea formativa experimental, de cualquier realidad individualizada y única” (Pág. 110). Para el contexto de esta investigación, se trabajó con los grupos organizados de la comunidad y que realizan alguna actividad alrededor del ambulatorio, en este sentido como se trata de un tema particular, novedoso, que no ha sido trabajado en profundidad en el contexto venezolano, se plantea utilizar un método que permita recolectar la información de forma exhaustiva, que faciliten su descripción y comprensión.

Técnica de Recolección de información

La recolección de información se realizó a través de la técnica de grupos focales, el cual según Korman, M. (2000) consiste en "una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación". (Pág. 56)

Los grupos focales requieren de procesos de interacción, discusión y elaboración de unos acuerdos dentro del grupo acerca de unas temáticas que son propuestas por el investigador. Por lo tanto el punto característico que distingue a los grupos focales es la participación dirigida y consciente y unas conclusiones producto de la interacción y elaboración de unos acuerdos entre los participantes.

Estos grupos se conformaron libremente, es decir se les sugirió que escogieran entre los asistentes con quien querían hacer equipo, esto dio como resultado 4 grupos de 10 miembros. Los criterios de inclusión fueron: estar realizando alguna actividad comunitaria o pertenecer a los grupos organizados de la comunidad. Luego se procedió a nombrar por parte de los miembros de cada grupo, un coordinador, un secretario y un relator para organizar el trabajo en equipo.

Para el desarrollo de la dinámica, después de conformados los grupos se les sugirió como tema de discusión la participación comunitaria en su contexto, la discusión debería durar mas o menos una hora, la función del coordinador fue no dejar que se dispersara la discusión y propiciar la construcción de las conclusiones, el secretario fue tomando las anotaciones. Luego de transcurrido el tiempo establecido, se redactaron las conclusiones, y se sometió a la plenaria donde cada relator leía las conclusiones de cada grupo. Finalmente, se les entregó un guión de (9) preguntas, que se les hacía al grupo después de la plenaria. Este guión fue validado en una investigación hecha en Honduras, por Salgado, O. Díaz, S. y Rivera, A. (1992). El objetivo fundamental para la utilización de esta técnica es profundizar en la opinión que tiene la comunidad acerca de los temas propuestos.

Procedimiento para la recolección de la información

Se procedió a ubicar a través de los registros del ambulatorio, a las personas que de alguna manera participan en actividades comunitarias.

Se les convocó a una reunión de trabajo para explicarles en que consistía la investigación y cuál era su participación en la misma.

Luego, se realizaron 10 sesiones de trabajo de 2 horas, para discutir sobre los aspectos de participación, bajo el guión de entrevista elaborado para tal fin.

Finalmente, se les entregó a cada miembro de la comunidad el guión para que fuera respondido de acuerdo a la experiencia en cada sesión de trabajo.

Técnicas de análisis

El análisis e interpretación de los datos fue de tipo cualitativo, en el cual se trató de responder a los objetivos de la investigación. En primer lugar a los datos recogidos en las reuniones de trabajo, se les asignó una categorización sencilla, las categorías fueron: Grupos de participación, Actividades Educativas en Salud, Identificación de problemas, Factores que facilitan u obstaculizan la participación, Nivel de participación, y Actividades de participación que responden a las necesidades de la comunidad las cuales conformaron el guión que respondieron los participantes de manera individual. Después utilizando el apoyo cuantitativo, se procedió a mostrar los datos en tablas demostrativas de frecuencias para ilustrar el análisis cualitativo.

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

TABLA N° 1

GRUPOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL	fa
Club de Diabéticos	8
Club de Abuelos	6
Club de Hipertensos	5
Brigadas de Salud	5
Club de adolescentes	5
Brigada Infantil de Salud	4
Voluntarios para Desastres	4
Promotores de Salud	3
TOTAL	40

Fuente: Guión de Entrevista.

De acuerdo al análisis cualitativo de los datos, en cuanto a la opinión de los líderes y miembros de la comunidad, sobre algunos elementos de la participación social, se encontró que en cuanto a la categoría “Grupos de Participación, existen Club de Abuelos, Club de adolescentes, Club de Diabéticos, Brigadas de Salud, Club de Hipertensos, Brigada Infantil de Salud, Voluntarios para Desastres, Promotores de Salud. Donde 15 miembros del grupo participante coinciden en colocar en orden de importancia al club de diabéticos, luego el club de abuelos 12 participantes, Club de Hipertensos, Brigadas de Salud y Club de Adolescentes coincidieron 5 participantes. Luego llama la atención que el grupo de informantes

reconocen a dos nuevos grupos de participación como lo son la Brigada Infantil de Salud con 5 personas y los Voluntarios para Desastres con 10 personas, grupos que obedecen o surgen a partir de la tragedia del año 1999, cuando tuvieron que enfrentar situaciones bien difíciles y organizarse en función de los que estaban viviendo. Es de hacer notar que los principales grupos reconocidos por la comunidad participante en el estudio están relacionados con actividades de salud.

Tabla N° 2

ACTIVIDADES EDUCATIVAS EN SALUD	Fa
Talleres	25
Charlas	15
No se	0
No se realizan	0
Ninguna	0
TOTAL	40

Fuente: Guión de Entrevista

Así mismo, existen otros grupos de carácter vecinal con una iniciativa de organización que tienen un espacio determinado en la participación social. Motivados por el apoyo que esta ofreciendo el gobierno a través de las misiones BARRIO ADENTRO, las misiones que tienen que ver con la formación educativa y los grupos de ayuda en salud.

Dentro de las actividades educativas que realiza el ambulatorio con los grupos organizados alrededor de la salud 25 informantes coinciden en señalar que se realizan talleres de educación para la salud, formación de promotores comunitarios y contraloría social en salud y 15, refieren que se realizan charlas; es de acotar que si bien es cierto ya el término no se utiliza, esta fue la apreciación de los informantes.

Tabla N° 3

LUGAR DONDE SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS	fa
Ambulatorio	20
Comunidad	15
Escuela	5
Otros	0
TOTAL	40

Fuente: Guión de Entrevista

En el contexto del ambulatorio, de acuerdo a lo referido por los informantes, se da la capacitación de los miembros de la comunidad para formar parte de las misiones Barrio Adentro, como auxiliares de enfermería o para cargos administrativos. Así mismo, 20 miembros de la comunidad coinciden en manifestar que los espacios del ambulatorio se utilizan para reuniones comunales. Otros espacios referidos por los informantes para actividades educativas son en la comunidad donde coinciden 15 y en la escuela coincidiendo 5 informantes del estudio.

Tabla N° 4

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS EN LA COMUNIDAD FORMA		fa
Diagnóstico de Salud		10
Observación a la Comunidad		8
Entrevistas		5
Monitoreo		5
Conversaciones		5
Curiosidad		3
Oyendo a la gente		2
Por chismes		2
TOTAL		40

Fuente: Guión de Entrevista

Con respecto a la forma en que se identifican los problemas de salud en la comunidad, 10 miembros de la misma coinciden en que en primer lugar se realizan diagnósticos de salud, 8 observación en la comunidad, 5 coinciden en que entrevistas, monitoreo que es una de las modalidades que utilizan los comités de salud actualmente. Así mismo, se observa en estos resultados que algunos miembros de la comunidad, indicaron formas más cotidianas de identificación de problemas, tales como conversaciones entre los vecinos, oyendo los comentarios de los vecinos y otras. Esto puede ser un aspecto importante en lo que se refiere a herramientas de comunicación en la comunidad, ya que se refieren al sentido común en la identificación de problemas, con elementos de su vida diaria, puede convertirse en un elemento que contribuya a mejorar el diagnóstico de los problemas de salud en la comunidad.

Tabla N° 5

PROBLEMAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD	fa
Diarrea	10
Hipertensión	10
Respiratorios	8
Diabetes	5
Infecciones en la piel	3
Gripe	2
T.B.C.	2
TOTAL	40

Fuente: Guión de Entrevista

Al indagar sobre la categoría principales problemas de salud detectados a través de las diferentes actividades que realiza la comunidad, los informantes coinciden que en primer lugar se encuentra la diarrea y la hipertensión 10 personas, los problemas respiratorios con 8, luego la diabetes con 5 y menor proporción otras enfermedades como infecciones de la piel con 3 personas, gripe y T.B.C. con 2 personas respectivamente. Llama la atención que este grupo de miembros de la comunidad maneja un listado de problemas de salud de la comunidad bastante amplio, lo que demuestra que la interacción en la comunidad es favorable. Este elemento es fundamental para la participación en salud, el que la comunidad esté informada sobre de qué se enferman los miembros de la misma es de suma importancia para delinear estrategias de participación y consolidación de la comunidad.

Tabla N° 6

ASPECTOS QUE FACILITAN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL	fa
Relación con el ambulatorio	15
Impulso del gobierno	10
La organización	8
Colaboración	4
Fraternidad	3
TOTAL	40

Fuente: Guión de Entrevista

En relación a la categoría factores que favorecen la participación comunitaria en salud los participantes coinciden en señalar en orden de importancia: la relación estrecha con el ambulatorio 15 personas, el impulso que trajo los programas del gobierno 10 personas, sobre todo a partir de la tragedia, la organización de la comunidad 8 personas y en menor la colaboración 4 personas y la fraternidad con 3 personas. De acuerdo a estos resultados puede decirse que existen condiciones favorables para que se desarrolle la participación comunitaria en salud, ya que el principal factor está dado por la confianza que la comunidad siente hacia el ambulatorio y por ende en su personal.

Tabla N° 7

ASPECTOS QUE LIMITAN LA PARTICIPACIÓN	
SOCIAL	fa
Apatía	10
Desinterés	10
Falta de conciencia	5
ignorancia	5
Flojera	5
Falta de motivación	5
TOTAL	40

Fuente: Guión de Entrevista

Entre los factores que obstaculizan el desarrollo de la participación comunitaria en salud los informantes coinciden en señalar que en orden de importancia 10 personas coinciden en que la apatía de la comunidad y el desinterés ocuparían el primer lugar, luego manifiestan que 5 personas respectivamente la Falta de conciencia, ignorancia, Flojera, y Falta de motivación constituyen factores que limitarían la participación comunitaria.

Así mismo, se pudo extraer de la realización de las reuniones que existen otros aspectos tales como: las condiciones socioeconómicas de los miembros de las comunidad; la estructura del sistema de salud que no permite la participación de la comunidad en la toma de decisiones, la planificación y la evaluación de los programas y acciones en salud; y las condiciones sociales y políticas de la zona. Todos estos indicadores pueden hacer que la participación sea menos efectiva y más individual.

Es de hacer notar que en La Guaira a partir de la tragedia de 1999, se ha hecho necesario la organización comunitaria en los asuntos de salud y la preparación para desastres. En estos momentos los espacios para desarrollar las actividades en torno a la participación vienen dados por todas las iniciativas de carácter político que se están presentando en el país.

Tabla N° 8

INTERVENCIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN		fa
Misiones		20
Comités de Salud		10
Cooperativas		5
Brigadas de salud		5
Ninguna		0
TOTAL		40

Fuente: Guión de Entrevista

Otra categoría trabajada en las reuniones de grupos focales y reflejado en el guión de entrevista fue el nivel de participación de los miembros de la comunidad en los grupos organizados; donde los informantes coinciden en afirmar que la mayor participación se da en las diferentes misiones 20 personas, los comités de salud 10 personas, luego las cooperativas y las brigadas de salud 5 personas respectivamente.

Se puede desprender que a pesar de que las misiones tienen un porcentaje alto de participación, los grupos que trabajan en función de la salud tienen una participación también alta, al existir dos organizaciones de salud, los comités y las brigadas, que en el contexto de la participación en este ambulatorio tienen diferentes connotaciones y funciones y no necesariamente están directamente vinculadas a las misiones.

TABLA N° 9

ACTIVIDADES QUE RESPONDEN A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD	fa
Misión Barrio Adentro	25
Club de Hipertensos	10
Clubes de Abuelos	5
Ninguna	0
TOTAL	40

Fuente: Guión de Entrevista

Finalmente, con relación a la respuesta que estos grupos han dado a la solución de los problemas de la comunidad, los informantes coinciden en indicar que las actividades de la Misión Barrio Adentro 25 personas, son las que responden mejor los problemas de salud, le sigue en orden de importancia el Club de Hipertensos con 10 personas y los Clubes de abuelos con 5 personas. Es de hacer notar que en relación a estas dos formas de participar, en el Estado Vargas han tenido una gran aceptación, ya que atiende desde el punto de vista integral a la población afectada tanto por la hipertensión como por los problemas inherentes a la tercera edad y se han masificado, por lo que existe una identificación positiva de los miembros de esta comunidad con estos grupos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Obedeciendo a los objetivos de esta investigación, luego del análisis de los resultados se pueden derivar las siguientes conclusiones:

Existen condiciones favorables desde el punto de vista de la conformación social de la comunidad, la estructura del sistema de atención primaria de salud y políticas de apoyo para llevar a cabo la participación social en salud, en esta localidad que de hecho se lleva a cabo en algunas modalidades de participación, que los miembros de esta comunidad reconocen como tales.

Sin embargo, en la comunidad estudiada no existe participación comunitaria, según se le define en este trabajo. Se limita a presentar tipologías sobre acciones con participación en grados que van de la pasividad a la actividad.

Para los efectos de este estudio la participación es la tarea en que los diversos sectores, las organizaciones formales e informales, la comunidad y

otras agrupaciones participan activamente tomando decisiones, asumiendo responsabilidades específicas y fomentando la creación de nuevos vínculos de colaboración en favor de la salud lideradas por el sector salud. Participación comunitaria es, la identificación de prioridades, la elaboración de los programas y/o Proyectos de Intervención sobre los problemas y/o potencialidades de desarrollo, en la ejecución de los mismos cumpliendo con las responsabilidades asignadas, participar en los procesos de evaluación e identificar nuevas prioridades, por lo que es un proceso complejo que dura toda la vida de los individuos, ya que la población desde niños hasta adultos mayores deben ser protagonistas del proceso comprometiéndose en la búsqueda de la equidad en el acceso al bienestar para toda la población. Situación que no se evidencia en este estudio.

El principal responsable de la poca participación es el propio sistema de salud debido a algunos elementos de juicio tales como: Ausencia de sistematización y capacitación en conocimientos y práctica de participación social tanto a los trabajadores de la salud como en los miembros de la comunidad, que en sentido general desconocen elementos importantes del concepto de participación. Centralización de la planificación de los programas y recursos, lo que ha generado que la comunidad considere que el sistema es el máximo responsable de la salud comunitaria, descartando la corresponsabilidad individual y colectiva. No se cumple con los parámetros

establecidos para la participación social. No existe la intervención de todos los involucrados en la identificación y solución de los problemas de salud de la comunidad.

Recomendaciones

Partiendo de estas conclusiones, se cree conveniente y necesario recomendar:

Realizar una investigación ampliada utilizando los indicadores de participación social que resultaron de esta investigación, ya que para que la comunidad pueda desempeñar un papel verdaderamente activo y consciente con relación a su salud es necesario conocer profundamente estos procesos, sus particularidades y determinantes y los elementos que en él intervienen.

Hacer un seguimiento a las actividades que resultaron identificadas por la comunidad como de participación social, para observar su sustentabilidad en el tiempo; teniendo en cuenta que existen factores que favorecen que ésta se produzca.

Sensibilizar al equipo de salud para que se incorpore activamente, en las acciones de participación comunitaria que se están gestando en las comunidades del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANTES, R. (1999) **Participación Social en Salud: un estudio de caso en Brasil**. Revista de Salud Pública. México. D.F. TOMO N° 6.
- AGUIRRE, L. (2000) **Evaluación de la propuesta de un modelo para caracterizar la participación comunitaria en salud, en Barquisimeto, Estado Lara**. Lara. Centro de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico. www.cdcht.edu.com
- ÁLVAREZ, I. (1996) **La participación Social**. Informe Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Washington. D.C.
- AVELLANEDA, D. ; CASAS, G.; GONZÁLEZ, D. ; SILVA , Y.; JÁCOME, S. Y ESTRADA, J. (2003), **Capacitación en promoción en salud oral a través de una metodología participativa, con promotores y líderes en salud comunitaria en los municipios de Tabio (Cundinamarca) y Duitama (Boyacá)**. Universidad Nacional de Colombia. Bogota – Colombia.
- BASTIDAS, P. (2003), **Características de la participación comunitaria en salud en una zona de barrio de Caracas**”. Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. U.C.V. Caracas – Venezuela.
- CELEDÓN, C. (2000): **Reformas del Sector Salud y Participación Social**. Revista panamericana de Salud Pública. Tomo N° 8.
- Conferencia de AlmaAta (1978)**. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999) **CONSTITUCIÓN Gaceta Oficial N° 36.860**. Caracas, Venezuela.
- CUMBRE MUNDIAL DE DESARROLLO SOCIAL. (2000) **La política Social de Venezuela**. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Viceministerio de Desarrollo Social, Caracas, Venezuela.
- FIGUEROA, D. (2002) **Participación comunitaria y salud**. Universidad Federal de Pernambuco (Brasil). Vol. 3 No. 2 Abril-Junio 2002

- FORANOFF, L (1980) **La participación comunitaria: verdades y falacias.** Documento mimeografiado. Granada – España.
- GOTILLA, C. (1999) **Actitud Hacia La Participación Comunitaria De Los Miembros Del Equipo De Salud De Los Ambulatorios Urbanos Del Distrito 1 Barquisimeto, Estado Lara.** Boletín Médico de Postgrado. Vol. XV No 4 Octubre - Diciembre 1999 UCLA. Decanato de Medicina. Barquisimeto - Venezuela
- GUERRA, C.(1993) **La participación Social en Salud. Prólogo.** Organización Panamericana de La Salud. Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS. HSS/SILOS-26. Washington. D.C
- KORMAN, M. (2000) **Dinámica de grupos: Metodología de los grupos focales para el trabajo en grupos.** Editorial Océano. Barcelona – España.
- MARTÍNEZ, M. (1991) **La investigación cualitativa etnográfica en Educación.** La búsqueda de los significados. Editorial EPISTEME: Caracas – Venezuela
- MOLINA, J.; DAQUILEMA, M. Y GÓMEZ, C. (1999), **Participación Social en salud: una experiencia en Simojovel, Chiapas.** Revista de Salud Pública de México. Tomo Nº 34. México. D.F.
- OAKLEY P. (1990) **Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales.** OMS – Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ALMAATA (1978). **Atención Primaria de Salud.** OMS. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud(1994). **Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS, Participación Social.** DC. Serie HDS/SILOS3. Washington. D.C.
- PÉREZ, G (2001) . **Reflexiones en torno a los métodos de trabajo social.:** Editorial El Ateneo. México. D.F.
- PINEDA, E. ALVARADO, E. Y CANALES, F. (1994) **Metodología de la Investigación.** 2ª Edición: O.P.S. Washington. D.C.

- POLAND, B. (1998) Wealth, equity and health care: a critique of «a population health» perspective on the determinants of health. Soc Sci Med; Vol. 46.
- RAMOS, E. (2000) **Participación Comunitaria en Salud**. En: Enfermería Comunitaria III. Actuación en Enfermería Comunitaria. Sistemas y Programas de Salud. McGraw – Hill. Interamericana. Barcelona – España.
- REYES, I.; SANABRIA, G. MEDINA, Z. Y BÁEZ, M. (1996) **Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud**. Facultad de Salud Pública. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Revista Cubana de Salud Pública. Habana – Cuba.
- SALGADO, O; DÍAZ, S.; Y RIVERA, A. (1992) **Aplicación del proceso de investigación cualitativa en un estudio de participación social. Anexo 1**. En: Metodología de la Investigación. 2ª Edición: OPS. Washington. D.C.
- SCOUT, A. (1998) **Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro**. El Colegio de Sonora. Sonora – México. D.F.
- TOLEDO, H BORROTO, R.; FLORES, M.; Y NÚÑEZ, C. (1996) **Determinación de prioridades en salud con participación social**. Policlínico Comunitario Docente “26 de Julio”, del Municipio Playa en Ciudad de La Habana, Cuba. Revista Cubana de Medicina General Integral, Tomo N° 12. Habana – Cuba.
- UGALDE A. (1987) **Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica**. Cuadernos Médicos Sociales. Tomo N° 41. Buenos Aires – Argentina.
- VÁSQUEZ, M. (2003) **Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina**. Consorcio Hospitalario de Cataluña. España.
- ZEGARRA, R. (1992) **Resumen Ejecutivo de Proyectos 92C. ALTERNATIVA**.

ANEXO A
GUIÓN DE ENTREVISTA

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Instrumento para los líderes y miembros de la comunidad

Entrevistado: _____

Comunidad: _____

Cargo: _____

- 1) ¿Qué actividades de participación social ha desarrollado con la comunidad?
- 2) ¿Qué acciones realiza la comunidad en el área educativa?
- 3) Esta educación que imparte, ¿es dada en el ambulatorio?
- 4) ¿En qué forma identifican ustedes los problemas de la comunidad?
- 5) ¿Qué necesidades de salud considera usted que tiene esta comunidad?
- 6) ¿Qué aspectos considera usted que facilitan el desarrollo de actividades de participación social?
- 7) ¿Qué aspectos considera usted que limitan el desarrollo de actividades de participación social?
- 8) ¿En qué actividades de participación social ha intervenido usted?
- 9) ¿Cuáles de las actividades que realiza el ambulatorio, responden a las necesidades de su comunidad?

DEDICATORIA

A mis hijos, Manaure, Tamanaco y Paramaconi, con la gran esperanza de que sus deseos le sean cumplidos y dándole un mensaje de paz, para que siempre usen la palabra y no la fuerza.

A la memoria de mis padres, a Carlos Alfonso mi esposo por su apoyo, colaboración y dedicación.

A la profesora Cecilia Rodríguez, por ayudarme a culminar con éxito esta meta propuesta.

Por último, pero quizás lo mas importante, a mi gran amigo Dios, mil gracias porque mi fe en ti, fue lo que me dio la fortaleza necesaria para realizar mi trabajo de grado y no decaer en ningún momento.

Miriam Ortega

DEDICATORIA

Primeramente a Dios, por ayudarme en mi profesión, a mis hijos por aceptar y sacrificar los momentos que debía compartir con ellos y a la vez ayudarme en la realización de mis trabajos.

A mi madre por darme aliento para seguir preparándome.

A mis compañeras de trabajo por haber aceptado cubrirme en los momentos que necesité.

A todos, profesores, hermanos, amigos, pacientes, etc. Que hicieron posible la culminación exitosa de este gran paso que di, en pro de mi mejoramiento profesional.

Y a mi por haber sacrificado tantos momentos de sueño, descanso y recreación para lograr mis metas.

Rosa Rivas

DEDICATORIA

Con todo el amor a Dios, mis hijos Ambar, Orlando, Kennys, Absuvie, mis padres Arcadia y Pedro, valiosos colaboradores, incondicionales que día a día se organizaban para buscar la oportunidad de proporcionar su atención en el momento que lo necesité.

A ellos que día a día superaron mis ausencias y me recibían con alegría, dándome ánimos para continuar y así lograr mi meta, graduarme.

A la profesora Cecilia Rodríguez, por su apoyo y compromiso.

Gracias hijos míos por su valiosa ayuda.

Gracias Padres por ser tan generosos.

Gracias profesora Cecilia por su bondad.

Olga Rojas

AGRADECIMIENTO

Estamos muy agradecidas con todas las personas que ayudaron con su entusiasmo y apoyo para la preparación de este trabajo especial de grado.

Agradecemos las numerosas sugerencias para la elaboración del manuscrito de parte de amigos y usuarios.

Damos las gracias más sinceras a las señoras Evangelina Díaz, Thaís Suárez, Dr. Eduardo Rodríguez y a nuestros padres, hijos, esposos.

A la Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería y profesorado de dicha institución por habernos acogido en su seno y contribuir a nuestra formación profesional, y por su apoyo para alcanzar la meta de ser Licenciadas en Enfermería.

A todas aquellas personas que de alguna manera contribuyeron en la realización del presente trabajo de investigación.

MUCHAS GRACIAS

LAS AUTORAS

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del trabajo especial de grado titulado PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD EN EL AMBULATORIO LA JUNGLA DE CATIA LA MAR, EDO. VARGAS, presentado por las T.S.U. **Miriam, Ortega, C.I. 4.557.033, Olga, Rojas, C.I. 4.114.635, Rivas, Rosa, C.I. 5.406.076**, considero que el mismo cumple con los requisitos de ley para ser sometido a la presentación y evaluación del jurado que se le designe.

En Caracas, a los _____ del mes de Diciembre del 2005.

Antp. Cecilia Rodríguez
C.I. 5.612.620

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
PORTADA	I
CONTRAPORTADA	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	VI
APROBACIÓN DEL TUTOR	VII
INDICE DE TABLAS	X
RESUMEN	XI
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
JUSTIFICACIÓN	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
ANTECEDENTES	13
BASES TEÓRICAS	22
Evolución de la participación social	21
Participación Social y salud	27
Práctica de la participación en salud	35
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	47
TIPO DE ESTUDIO	47
POBLACIÓN Y MUESTRA	47
METODOLOGÍA	48
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	49

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	50
TÉCNICAS DE ANÁLISIS	50
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	52
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	70

INDICE DE TABLAS

TABLA Nº		Pág.
1	ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL	52
2	ACTIVIDADES EDUCATIVAS EN SALUD	54
3	LUGAR DONDE SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS	54
4	IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS EN LA COMUNIDAD	55
5	PROBLEMAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD	56
6	ASPECTOS QUE FACILITAN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL	58
7	ASPECTOS QUE LIMITAN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL	58
8	INTERVENCIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN	60
9	ACTIVIDADES QUE RESPONDEN A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD	61