



PERFIL DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD EN LA COMUNIDAD SANTA ROSA – OSPINO.

Autores: Bullones Xiomara Coromoto (*) email: xiomara_b@hotmail.com. Ontiveros Yudith (*) email: yudithontiveros@gmail.com; Marruffo Marco Pastor (**), email: marcomarruffo@gmail.com.

*Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”. (**)Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

RESUMEN

Se desarrolló una metodología de abordaje comunitario con la finalidad de realizar un diagnóstico del perfil de participación protagónica de la comunidad de Santa Rosa de Guache Municipio Ospino, estado Portuguesa, Venezuela, mediante un diseño descriptiva transversal, sustentada en una investigación de campo. La metodología está relacionada con los tipos de impactos en diferentes contactos con las comunidades y en la caracterización más que en la cuantificación. Se entrevistaron 160 individuos seleccionados por muestreo intencional según los criterios: mayor de 15 años y jefe de familia. Los resultados mostraron que la organización estaba presente e inestable 63,1%, y presente estable 19,4%. La movilización social, 76,3% estaba ausente, y presente activa 8,8% dado que los individuos no habían participado en el proceso comunitario en salud. La autonomía estaba ausente 52,5%, permanente activa 23,1% y permanente escasa 15% debido a faltas de políticas de salud orientadas a permitir la participación activa en la solución a los problemas de salud. La colaboración fue la forma más frecuente de participación en la comunidad, basada solo en informar a la comunidad de las actividades de salud. Finalmente más de la mitad de los entrevistados manifestaron que la participación social en salud era escasa, porque no había una relación entre los entes involucrados en la atención a la salud y la comunidad.

Palabras clave: participación, comunidad, salud, metodología.

METHODOLOGY FOR COMMUNITY HEALTH PARTICIPATION

ABSTRACT

In order to develop a methodology to diagnose the community participation profile of Santa Rosa de Guache, Ospino Municipality, Portuguesa state, Venezuela, a cross sectional study was designed based on a field investigation. The methodology is related to the impacts on different types of contacts with communities and characterization rather than quantification. A number of 160 individuals were selected by purposive sampling using as a criteria: being older than 15 years old, and head of household, later all of them were interviewed. The results showed that the organization was present and unstable in 63.1%, stable present in 19.4%. Social mobilization was absent in 76.3%, and 8.8% was active, due to the individuals who did not participate in the health community process. Autonomy was absent in 52.5%, active permanent in 23.1% and little permanent in 15%, all of it due to the lack of health policies oriented to the solution of the health problems by active participation. The collaboration was the most common form of community participation, based on informing health activities to the community. Finally, more than half of the interviewed stated that social health participation was poor, because there was no relationship between the institutions involved in health care and community.

Keywords: – participation, community, health, Methodology.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la participación comunitaria en salud es útil para determinar la gran variedad de niveles de colaboración de las personas y entidades que tienen un interés legítimo en los procesos de desarrollo en salud en las comunidades. Sin embargo, al realizar el abordaje de las comunidades, donde previamente existe algún tipo de organización en salud, sea ésta formal o informal se encuentran una serie de dificultades para su caracterización, por múltiples elementos tanto intrínsecos o propios de su medio de vida, como de los extrínsecos, relacionados con los entes gubernamentales en salud, sean estos; locales, regionales o nacionales. Por otro lado, cuando se realiza revisión de la literatura en este aspecto, se encuentra que la mayoría de los autores enfatizan los mecanismos de evaluación de la participación comunitaria en salud, más no la profundización de su caracterización o determinación.⁽¹⁾

La metodología que se propone en este estudio está relacionada con los tipos de impactos en diferentes contactos con las comunidades y en la identificación más que en la cuantificación. Desde esta perspectiva, es importante determinar los factores asociados al sistema de salud, las políticas participativas en salud,

perspectiva organizacional de la participación en el sistema de salud congruentes con dichas políticas y por parte de la comunidad, el desarrollo y tiempo de formación de las comunidades, priorizando sus necesidades en salud, cohesión y sentido social de interés común y antecedentes de éxitos o fracasos en las acciones del colectivo en su propia comunidad. Otro elemento a considerar, es la incorporación de la comunidad a la toma de decisiones y al proceso de desarrollo en salud en la planificación y programación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

(2)

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de esta metodología se diseñó una investigación descriptiva transversal, con base en una investigación de campo. La muestra quedó constituida por 160 personas, por muestreo intencional, según los siguientes criterios: mayor de 15 años de edad y jefe de familia de las viviendas en la comunidad rural, Santa Rosa de Guache, estado Portuguesa, República Bolivariana de Venezuela. El desarrollo de la metodología, consistió en el diseño de una entrevista estructurada aplicada casa por casa y constituida por 18 ítems, con la finalidad de identificar las

variables que expresaran sentido de participación en salud, observando la caracterización teórica. Para la ejecución de la misma, se calibraron seis técnicos superiores que aplicaron las respectivas entrevistas. Al instrumento estructurado se le realizó validez de contenidos por juicios de expertos.

La variable organización comunitaria fue definida como la agrupación sistemática de un conjunto de individuos que tienen una estructura, propuestas y objetivos comunes ⁽³⁾. La determinación del componente organizacional se llevó a cabo sobre la base de los siguientes criterios:

1. Organización ausente: no existía o no se identificaban grupos organizados dentro de la comunidad por los individuos encuestados.
2. Organización presente inestable: los entrevistados identificaban grupos organizados en la comunidad, y además suministraban información sobre, si tenían menos de 3 años de fundados, no prestaban ningún tipo de apoyo al dispensario o medicatura rural y no existía coherencia entre tiempo de fundado el grupo y tiempo de trabajo del mismo dentro la comunidad.
3. Organización presente estable: cuando los entrevistados eran capaces de identificar dos grupos organizados, los

grupos tenían 3 o más años de fundados, prestaban apoyo al dispensario, y existía coherencia entre tiempo de fundado y el tiempo de trabajo de los grupos dentro de la comunidad.

La variable movilización social, consideró si la comunidad intervenía de alguna forma en las actividades que se realizaban para el logro del bien colectivo. La movilización social fue definida como la disposición de fuerzas de la comunidad para operar y lograr objetivos concretos, fueran estos a corto, mediano o largo plazo.

⁽³⁾ Se realizó la clasificación de esta variable en tres componentes:

1. Movilización ausente: los entrevistados manifestaban que no existía por parte de los grupos comunitarios apoyo en actividades en beneficio de la comunidad, ni de la medicatura rural.
2. Movilización presente activa: participaban los grupos en actividades de apoyo en beneficio del colectivo, mencionaban o identificaban al grupo al que pertenece o perteneció, aún el grupo estaba activo dentro de la comunidad, estaba en estrecha relación con el centro de salud de la comunidad, precisaban además, el tiempo de trabajo del grupo o

individuo en beneficio de la comunidad.

3. Movilización presente inactiva: participaba en actividades de apoyo a la comunidad, mencionaban o identificaban al grupo al que pertenece o perteneció, además precisaban que el grupo no funcionaba o no estaba activo dentro de la comunidad, no tenían relación con el centro de salud de la comunidad, no eran capaces de precisar el tiempo de trabajo del grupo en la comunidad.

Con relación a la variable autonomía comunitaria, el estudio se centró en la capacidad de la comunidad para proponer, lograr y operar objetivos concretos por su propia voluntad y sus propias fuerzas, con apoyo del exterior o sin él. ⁽³⁾ Quedando la variable caracterizada en tres cualidades:

1. Autonomía ausente: los entrevistados no identificaban grupos, no había participación del colectivo en la atención a la salud, los individuos expresan que sus dificultades en salud no podían ser superados.
2. Autonomía permanente escasa: los entrevistados identificaban grupos y sus formas de trabajo en la comunidad, el colectivo participaba de alguna forma en la atención a su salud, los individuos expresaban que las

dificultades en salud podían superarse, los miembros de la comunidad trabajaban conjuntamente con la medicatura rural, Alcaldía u otra Institución.

3. Autonomía permanente activa: identificaban grupos y sus formas de trabajo en la comunidad, el colectivo participaba activamente en la atención, los individuos expresaban que las dificultades en salud podían superarse, los miembros de la comunidad trabajan por cuenta propia o de manera independiente apoyando a la medicatura rural.

Con relación a los niveles de participación comunitaria en salud; para conocer o caracterizar los niveles de participación comunitaria, fueron definidos como el compromiso de los individuos y del colectivo de una comunidad con un proyecto determinado. ⁽⁴⁾ En consecuencia la variable se distribuyó en cuatro componentes:

- a. Nivel de asistencia: identificación de grupos de trabajo, menciona al menos uno de los grupos, no había apoyo de las integrantes de la comunidad en las actividades de salud programadas.
- b. Nivel permanente: Se identificaban grupos, mencionaban al menos uno de los grupos organizados o no dentro de

- la comunidad, existía apoyo del colectivo en las actividades de la comunidad, no había disposición al trabajo comunitario, había una acción negativa hacia la solución de los problemas de salud en la comunidad.
- c. Nivel orgánica: se identificaban grupos, mencionaban al menos uno de los grupos organizados o no dentro de la comunidad, existía apoyo colectivo en las actividades de la comunidad, tenían una acción positiva hacia la solución de los problemas de salud.
- d. Nivel inexistente: no se identificaron grupos de trabajo comunitario.

La variable participación social en salud, esta fue definida como participación de grupos organizados, en las acciones, la toma de decisiones, el control y la responsabilidad con respecto a la atención de la salud. ⁽⁵⁾

1. Colaboración: los entrevistados mencionaban al menos un grupo, existía algún tipo de apoyo al dispensario por parte del colectivo, no había relación entre las actividades y/o personal del dispensario y las necesidades de salud, no existía relación entre la alcaldía o autoridades locales en salud y las necesidades de las comunidades en salud.
2. Cogestión: Mencionaba al menos un grupo, existía algún tipo de apoyo al

dispensario por parte del colectivo, había relación entre las actividades del personal del dispensario y las necesidades de salud de la comunidad.

3. Autogestión: mencionaba al menos un grupo, coexistía apoyo al dispensario por parte del colectivo, había relación entre las actividades y/o personal del dispensario y las necesidades de salud de la comunidad con trabajo comunitario en salud por cuenta propia.
4. Ausente: No existían grupos en la comunidad.

RESULTADOS

En la comunidad estudiada se encontró que la organización estaba presente inestable en 63,1% y presente estable en 19,4%. (Tabla N°1).

(Tabla N°1)

LA ORGANIZACIÓN COMO FACTOR DE PARTICIPACIÓN.
SANTA ROSA DE GUACHE. MUNICIPIO OSPINO ESTADO
PORTUGUESA 2001-2002

ORGANIZACIÓN	Nº	%
Ausente	28	17.5
Presente Inestable	101	63.1
Presente Estable	31	19.4
Total	160	100

Se encontró que en la movilización social, 76,3% estaba ausente, y presente activa en 8,8% (Tabla N°2), éste es un factor fundamental, dado que los individuos no habían participado en el proceso comunitario en salud.

Tabla N°.2 LA MOVILIZACIÓN COMO FACTOR DE PARTICIPACIÓN SANTA ROSA DE GUACHE MUNICIPIO OSPINO, ESTADO PORTUGUESA 2001-2002.

MOVILIZACIÓN	N°	%
Ausente	122	76.3
Presente Inactiva	24	15.0
Presente Activa	14	8.8
Total	160	100

Con respecto a la autonomía, se encontró ausencia de autonomía comunitaria en salud en 52,5%, permanente activa 23,1% y permanente escasa 15% (Tabla N°3

TABLA 3. LA AUTONOMIA COMO FACTOR DE PARTICIPACIÓN SANTA ROSA DE GUACHA, MUNICIPIO OSPINO ESTADO PORGUESA. 2001-2002

AUTONOMIA	N°	%
Ausente	84	52.5
Permanente Activa	37	23.1
Permanente Escasa	24	15.0
Pa/Pe	15	9.4
Total	160	100

En el nivel de participación comunitaria, se observó que 18% era inexistente, sin embargo 60% se ubicó en la

categoría Asistencia, siendo esta la forma más común de participación del colectivo, identifica los grupos, conocían de actividades, pero no se involucran en el mismo. 21,3% de la colectividad se situó en el nivel de participación orgánica, que es el nivel más alto dentro de la categorización (Tabla N°4)

TABLA 4: NIVEL DE PARTICIPACIÓN SOCIAL. SANTA ROSA DE GUACHE, MUNICIPIO OSPINO, ESTADO PORTUGUESA. 2001-2002

NIVEL DE PARTICIPACIÓN	N°	%
Inexistente	29	18.1
Asistencia	96	60.0
Orgánica	34	21.3
Permanente	1	0.6
Total	160	100

En cuanto a la participación social, se encontró que ésta estaba ausente en 52%, sin embargo la colaboración representaba la forma más frecuente de participación en la comunidad con 44%, basada fundamentalmente en informar el día de consulta del médico, día del operativo de salud y día de vacunación por parte de la enfermera de la comunidad (Tabla N° 5).

(Tabla5).- LA PARTICIPACIÓN SOCIAL COMO COMPONENTE DE LA ATENCIÓN EN SALUD SANTA ROSA DE GUACHE, MUNICIPIO OSPINO, ESTADO PORTUGUESA. 2001-2002

PARTICIPACIÓN SOCIAL	Nº	que cuando la organización de la comunidad estaba presente inestable, la movilización se colocaba a presente activa
Inexistente	84	52.5
Colaboración	71	44.4
Cogestión	2	1.3
Autogestión	3	1.9
Total	160	22.6%. (Tabla N° 6)

Al analizar la variable organización en función de la movilización, se encontró

TABLA 6.- LA ORGANIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN COMO FACTORES DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD. SANTA ROSA DE GUACHE, MUNICIPIO OSPINO, ESTADO PORTUGUESA 2001-2002

ORGANIZACIÓN	MOVILIZACIÓN									
	AUSENTE		PRESENTE INACTIVA		PRESENTE ACTIVA		PA/PE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ausente	27	96.4	1	3.6	0	0.0	0	0.0	28	100.0
Presente Inestable	78	77.2	16	15.8	7	6.9	7	6.9	101	100.0
Presente Estable	17	54.8	7	22.6	7	22.6	7	22.6	31	100.0
Total	122	76.3	24	15.0	14	8.8	14	8.8	160	100.0

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio indicaron que la organización social, estaba presente en la comunidad, predominando el componente inestable, a expensas de grupos de trabajo comunitario en otras áreas, entre éstas las educativas y ecológicas; no ocurriendo igual en la organización en salud, estos esquemas se repiten en casi todos los sistemas de salud

de América Latina ^(5,6). En Venezuela, la participación comunitaria en salud ha sido condicionada por las diversas instancias de los mismos servicios de salud donde existe fundamentalmente un problema de poder; las autoridades en salud establecen las reglas. ⁽⁶⁾ Este resultado se ha observado reiteradamente en diversos estudios de participación comunitaria en salud, realizado en varios países del mundo. ^(7,8)

Los hallazgos de esta investigación coinciden con los principios de Alma Ata y Organización Mundial de la Salud (OMS) ya que estos organismos de prestigio internacional han precisado la necesidad de dar a la comunidad participación protagónica dentro de la gestión en salud, sin embargo, los países han introducido este principio en el discurso, pero no en el cumplimiento de lo que la misma representa como ente de poder del pueblo para su desarrollo en todas las áreas de la vida y fundamentalmente la salud.

Entre otros hallazgos de esta investigación: en la medicatura de la comunidad estudiada, la atención médica rural estaba aislada de la comunidad y esto evidenció la carencia de las autoridades de salud, de una cultura que permitiera la participación protagónica de la comunidad y se convirtieron una vez más en la barrera más difícil de saldar, las autoridades de salud tienen poca capacidad para aceptar los nuevos desafíos en el área de la salud y de esta forma se perpetúa la hegemonía médica en el sistema de salud y por ende en las comunidades. ^(9,10, 11, 12,13)

Los resultados de esta investigación, revelaron que la participación social en salud estaba ausente, siendo la colaboración la forma más frecuente, como consecuencia de la carencia de una estructura sanitaria flexible, abierta hacia la comunidad, que

permita un desarrollo ajustado a las necesidades en salud y a la participación protagónica de los habitantes de Santa Rosa de Guache.

Estos hallazgos contrastan con los principios que rigen la participación protagónica de las comunidades, obstaculizando el control y la participación social efectiva de los Comités de Salud y Consejos Comunales, aun cuando, este aspecto está consagrado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. ⁽¹⁴⁾

CONCLUSIONES

Partiendo de la metodología desarrollada, este trabajo logró construir el perfil de participación en salud en la comunidad rural Santa Rosa de Guache, permitiendo iniciar desde la realidad comunitaria el desarrollo de una propuesta de trabajo en salud.

Se recomienda establecer este enfoque en algunas comunidades rurales de Venezuela a partir de estos diagnósticos como estrategias para el desarrollo local.

El desarrollo de la metodología permitió demostrar que los obstáculos encontrados se pueden superar al contar con un método sencillo, práctico y participativo que diagnostique la situación de de la participación en salud en las comunidades.

REFERENCIAS

1. Pedraza D, Participación Comunitaria y Salud. RESPYN. 2002. 3(2);17-25
2. Roux Gustavo I, Participación y Cogestión de la Salud. Educ Med Salud.1993.27(1); 50-59.
3. Agudelo C. Carlos A, Participación Comunitaria en Salud Conceptos y Criterios de Valoración . Bol Of Sanil Panam. 1983. 95 (3); 205-215.
4. Montero E, Jaua E, Hernández E, Pierre J, Medina S, Hurtado S, Jannsens A. Participación, Ámbitos, Retos, y Perspectivas. Ediciones CESAP. Caracas Venezuela. 1996.
5. Organización Panamericana de la Salud. Participación de la comunidad en salud y el desarrollo de las Américas. Publicación científica. Washington. D.C.: ops, 1984: 473.
6. Participación comunitaria en salud en el Instituto Mexicano. <http://www.insp.mx/salud/35/355/6s.html>. 12- 01-2004.
7. Zegarra Q Rita. Participación Comunitaria en Proyectos de Salud. Dpto. de Salud. Alternativa del Perú y Chilares's Food Fund. (consultado el 7 de enero del 2008) y disponible en: www.alter.org.pe/alt3102.htm.
8. Uzcátegui J. Cuadernos para el Debate n° 3. Construcción del Poder Local en Salud, Descentralización, participación y Liderazgo. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Organización Panamericana de la Salud. 2003.
9. Reyes I, Sanabria G, Medina Z. Báez R; Metodología para la caracterización de la Participación Comunitaria en salud. Rev Cubana Salud Pública, Ciudad de La Habana, v. 22, n. 1, jun. 1996. Disponible en:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?> accedido en 10 ene. 2012.
10. Werner D, Sanders D, Weston J, Babb S, Rodríguez B. Cuestionando la Solución. La s Políticas de Atención Primaria en Salud y Supervivencia Infantil. Ediciones HealthWrights, E.E. U.U. 2000.
11. Declaración de Alma Ata, 12 Septiembre de 1978.Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria en Salud. Patrocinado por OMS Y UNICEF. Párrafo 10.
12. Participación Comunitaria en Salud una Revisión del Concepto y de Algunas Experiencias en Países Latinoamericanos. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Cooperación Alemana Para el Desarrollo Proyecto de Apoyo al Sector Salud. PASSGTZ. 2001.
13. Goitia C. Actitud hacia la participación comunitaria de los miembros del equipo de salud de los ambulatorios urbanos del Distrito I Barquisimeto. Boletín Médico de Postgrado. 1999 Oct-Dic.;15(4):174-185.
14. Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela. Artículo 184 Caracas Venezuela. 1999.