

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GERENCIA HOSPITALARIA

Tema

“Empoderamiento y participación comunitaria en salud en la población de Fajardo para la toma de decisiones y de su impacto en la calidad de atención en el S.C.S. de Fajardo”

Maestrante

Dr. Ricardo Andrade Piñeiros

Director de Tesis

Dr. José Sola

Quito, 03 de diciembre del 2013

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso, fiel compañero espiritual que eleva la fuerza de nuestro ser, brindando la salud tan necesaria para alcanzar las metas deseadas.

A mis padres, quienes lucharon día a día por un mundo mejor, construido con sueños y afanes.

A mi esposa y a mis hijos, por su apoyo, paciencia, comprensión, amor y energía para seguir adelante, por ser el factor fundamental que me motivo a continuar en los momentos cuando creía desfallecer.

AGRADECIMIENTO

Mi triunfo ha sido símbolo de todo esfuerzo que durante mucho tiempo he cosechado, como una semilla en tierra fértil, hoy en día recojo la semilla de felicidad, alegría y esperanza de un nuevo amanecer.

Agradezco sinceramente a todos quienes, de una u otra manera, contribuyeron a hacer posible este maravilloso sueño:

A mi esposa, por su abnegación, esfuerzo, ayuda y compañía en todo momento, pilar esencial para culminar este proyecto.

A mis hijos por su cariño y ternura.

A mi tutor: Dr. José Sola y a mis profesores, por sus conocimientos impartidos, trascendentales para continuar, guía de mi trabajo, que Dios los bendiga en todo momento de su vida.

INDICE

<u>Contenido</u>	<u>Página</u>
1. Introducción	
El problema	10
Planteamiento del problema	10
La participación como eje de la investigación	12
Marco normativo de la participación en salud en el Ecuador	14
Ley orgánica de participación ciudadana	17
El Empoderamiento, como un Fin y un Medio	20
Organización del sistema local de salud	22
Análisis Situacional del Subcentro de Salud de Fajardo	22
Antecedentes Generales	22
Características Geográficas	22
Dotación de servicios básicos	23
Centros educativos	24
Gestión administrativa de la Comunidad de Fajardo	24
Infraestructura y recursos materiales	24
Recursos humanos	24
Paquete de actividades	24
Actividades extramurales	25
Producción	25
Indicadores de salud	25
Calidad de atención	27

Continuidad	27
Globalidad	27
Integración	28
Efectividad, eficiencia	28
Calidad del servicio	28
Polivalencia	28
Permanencia	28
Participación	28
Evidencias	29
Cobertura	29
El entorno del sistema (Influencias externas)	29
El funcionamiento de los Sistemas de Salud Latinoamericanos	29
Qué es IA y porqué se escogió este método investigativo	30
Comité de salud como parte de una red y mecanismo catalizador de la participación social	32
Teorías de participación comunitaria	33
Conceptos de participación y participación social en salud.	33
Impacto de los procesos de reforma en los sistemas de salud y en la participación social en salud	38
2. Estrategias de cambios	43
Hipótesis dinámicas	43
Estrategias de cambio e instrucciones operativas	43
Objetivo General	44
Objetivos específicos	45

3. La metodología de evaluación	46
Evaluación Operativa	46
Área de estudio	46
Método	46
Enfoque Cuantitativo	47
Evaluación Analítica	48
Enfoque Cualitativo	48
4. Resultados	49
Resultados de la Fase Cuantitativa	50
Resultados de la Fase Cualitativa	55
5. Discusión	62
6. Conclusiones	70
Regreso al modelo. Crítica del modelo conceptual	71
Análisis de la reproductibilidad	71
Propuestas para nuevas estrategias	71
Reflexión sobre la IA como método de investigación	72
7. Referencias	74

ÍNDICE DE TABLAS

<u>Contenido</u>	<u>Página</u>
Tabla No 1 Centros educativos	24
Tabla No 2 Morbilidad.	26
Tabla No 3 Producción de los servicios	26
Tabla No 4 Problemas de salud identificados en el grupo familiar	50
Tabla No 5 Problemas de salud priorizados	51
Tabla No 6 Lugar en el cual ha recibido atención durante el último año	51
Tabla No 7 Institución a la que acude en caso de enfermedad grave	52
Tabla No 8 Situación de salud a nivel individual	52
Tabla No 9 Problemas presentes en el barrio o localidad	53
Tabla No 10 Problemas prioritarios del entorno	53
Tabla No 11 Situación educacional del jefe de hogar	54
Tabla No 12 Situación ocupacional del jefe de familia	54
Tabla No 13 Promedio de asistencia a entrevista y/o debate grupal según temas.	55
Tabla No 14 Resultados de la encuesta aplicada	83
Tabla No 15 Una escalera de participación ciudadana	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<u>Contenido</u>	<u>Página</u>
Gráfico No 1 ¿Sabe qué es participación ciudadana?	80
Gráfico No 2 ¿Cree que debe participar en la solución de los problemas de salud en su comunidad?	80
Gráfico No 3 ¿Participa activamente en los problemas de salud de su comunidad?	81
Gráfico No 4 ¿Presta usted algún tipo de colaboración en la solución de problemas de su comunidad?	81
Gráfico No 5 ¿Pertenece usted a algún tipo de organización comunitaria?	82
Gráfico No 6 ¿Sabe qué es un Consejo Comunal?	82

ÍNDICE DE ANEXOS

<u>Contenido</u>	<u>Página</u>
Anexo No.1 Resultado de la encuesta aplicada	80
Anexo No.2 Tabla de resultados de la encuesta aplicada (Cuadro)	83
Anexo No.3 Tabla No. 15. Una escalera de participación ciudadana	83
Anexo No.4 Encuesta Investigación en Salud “Situación actual de Salud de la comunidad de Fajardo desde la perspectiva de sus habitantes”	84
Anexo No.5 Encuesta Himmel	87
Anexo No.6 Posesión de directiva de gobierno de Fajardo	91
Anexo No. 7 Escala de evaluación de la participación comunitaria en las actividades relacionadas con la salud	92
Anexo No. 8 Evaluación de la participación comunitaria en las actividades de Liderazgo	93
Anexo No.9 Tablas Estadísticas	95

1. Resumen

La investigación que se presenta a continuación implicó la realización de un diagnóstico de salud comunal, por medio de técnicas participativas. Surge como una propuesta de agentes comunitarios vinculados al Centro de Salud de la Comunidad de Fajardo. Responde a procesos de empoderamiento generados en el ámbito local e involucra aspectos participativos que tienden a su fortalecimiento.

El sustento teórico de la investigación se basa en tres conceptos básicos para el análisis:

- 1.- La importancia de la participación activa en la creación de su propio diagnóstico.
- 2.- El empoderamiento como fin.
- 3.- El empoderamiento como medio dentro del proceso investigativo.

Estos conceptos guías se enmarcan dentro del paradigma crítico desde el cual se sitúa el proceso de la indagación íntegra, dando lugar a la investigación-acción-participativa que, para el caso del presente estudio, obtiene como producto, la realización de un diagnóstico comunitario de salud que involucra la mirada de distintos actores relevantes en el ámbito local.

Palabras clave: participación comunitaria, empoderamiento.

1. Summary

The research presented below involved conducting community health diagnosis , through participatory techniques. Arises as a proposed community agents linked to the Health of the Community of Fajardo. Answer empowerment processes generated locally and involves participatory aspects that tend to strengthen it .

The theoretical basis of the research is based on three basic concepts for the analysis:

1. - The importance of active participation in the creation of their own diagnosis.
2. - The empowerment as an end.
3. - The empowerment as a way into the research process.

These concepts guides are part of the critical paradigm from which lies the whole inquiry process, resulting in participatory action research that, in the case of this study, obtained as a product, conducting a community diagnosis of health involves different stakeholders look at the local level.

Keywords: Community participation, empowerment.

1. – INTRODUCCIÓN

El problema

El empoderamiento comunitario es un aspecto fundamental para el ejercicio de los derechos en salud y para mejorar la calidad de vida de personas que viven en contextos marginales y excluidos. Dentro de las funciones principales de la Salud Pública, se considera que la participación en salud incluye el refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios estilos de vida, ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo del comportamiento y ambientes saludables, e influir en las decisiones que afecten su salud y acceso a los servicios.

Es importante la participación ciudadana por cuanto:

- Los ciudadanos comunicarán a las autoridades sus necesidades, demandas o sugerencias.
- Los ciudadanos pueden participar desde el proceso de identificación de necesidades, formulación de proyectos, ejecución, evaluación y seguimiento de acuerdo con sus posibilidades.
- Con la participación de la población en el proceso de desarrollo local, se garantiza la responsabilidad y el cuidado de la obra; la comunidad se hace responsable y vigila su propio desarrollo. Se origina así una nueva actitud de los pobladores ante las autoridades locales, al no esperar que éstas atiendan todos sus problemas, si no que la población resuelva los que estén dentro de sus posibilidades, para asegurar el bienestar general.

¿Por qué se hace necesaria la participación ciudadana?

- A través de la participación ciudadana, en forma organizada, se puede comenzar a subir el primer escalón para lograr el desarrollo de la comunidad y por tanto nuestro propio desarrollo.
- Las comunidades pueden formar parte en la toma de decisiones, priorizando las acciones en base a sus necesidades y recursos disponibles en coordinación con las autoridades locales.
- La participación ciudadana involucra a los sujetos sociales más desfavorecidos en la definición de estrategias y en el reparto de beneficios.
- La población puede colaborar en el mejoramiento y cuidado de los servicios públicos de su comunidad.

Planteamiento del problema

La participación comunitaria social, con respecto al proceso de salud-enfermedad-atención constituye parte de la vida cotidiana de los actores sociales, que crean representaciones y prácticas para convivir, modificar o erradicar alguno de sus padecimientos; en consecuencia, este proceso es nuclear en toda sociedad. Se da en el grupo doméstico, en los grupos de pares, en los laborales, donde se generan actividades de auto atención, agrupación de sostén y redes familiares.

En todos estos grupos, la participación comunitaria opera en términos de curación, prevención y ayuda mutua, producidas de manera “espontánea” y forma parte del proceso de auto-atención, que es la estructura básica para el proceso de reproducción biológica y social (Menéndez 1998). Esto da lugar también, a grupos organizados como las comisiones de seguridad e higiene industrial; grupos de autoayuda para padecimientos específicos; comunidades terapéuticas y construcción de redes sociales más amplias. La intervención comunitaria social supone también asegurar el mantenimiento de dichas organizaciones. (OPS-Claiss-et al/M.S.P.2001)

Uno de los problemas que más preocupa al personal que labora en el Subcentro de Salud de Fajardo, es la falta de intervención de la comunidad. En todos estos años, la participación de la comunidad en actividades de salud se ha valorado menos por parte de los directivos y no ha estado de forma relevante en la agenda de los profesionales; ha existido incompreensión del término “participar”.

Esta falta de cooperación o de interés de la población por colaborar es ocasionada por varios factores:

- No existen comités, o directivas barriales que participen directamente con el equipo de salud en la identificación de problemas, búsqueda de alternativas de solución y toma de decisiones, ya sea por desconocimiento de sus derechos, por falta de educación, de promoción de los equipos de salud y de los servicios que puede prestar la unidad operativa en beneficio de la comunidad; a esto se suma la falta de conocimiento del personal de salud sobre el tema de participación social, más allá del tema de intervención comunitaria como medio.
- No hay incorporación de los enfoques, los saberes y las capacidades de la comunidad en el diagnóstico y/o las acciones emprendidas.
- Hay un alto grado de dependencia de la población con respecto al Subcentro de Salud de Fajardo, ya que, la baja escolaridad de la mayoría de sus habitantes no les permite tener información suficiente para participar en las decisiones conjuntamente con el equipo de salud.
- Existen discontinuidades o rupturas institucionales como la inestabilidad laboral, y políticas de salud que cambian con las autoridades; este aspecto hace que el personal de salud de Fajardo inicie el trabajo de acercamiento a la comunidad desde cero.
- El empleo o utilización de la población para fines ajenos a sus necesidades reales, como es el caso de las mingas para mantenimiento del Subcentro o para sembrar en su terreno, no obtienen ningún rédito. En general, las experiencias previas negativas de utilización, manipulación o rupturas en la relación entre las instituciones y la comunidad han hecho que la población se interese cada vez menos en participar.
- Las condiciones económicas precarias de la población han obligado a aceptar cualquier clase de iniciativa, con la esperanza de captar algo más dentro del proceso. Existe la sensación de no tener ningún control sobre su propia vida (el de la comunidad) por falta de preparación.
- La poca o nula credibilidad de los servicios de salud, no son capaces de resolver los problemas de la población.

- No se ha demostrado interés ni iniciativa por parte del equipo de salud por realizar gestiones para que exista un grupo de representantes comunitarios en las acciones o decisiones de la unidad de salud.
- Otro factor que incide en el cumplimiento de horarios por parte del personal, es la frecuencia de reuniones que programa el Área de Salud No. 15: solo en el mes de mayo se realizaron 7; incide, además, en el horario de atención las campañas de vacunación humana y canina, que ocasionan una suspensión de las actividades curativas y afectan la utilización de los servicios.
- En el caso de los profesionales rurales la asistencia a las unidades operativas es más interrumpida, a las reuniones programadas por el área se suman las siguientes: mensualmente asisten dos veces al mes a reuniones de sus respectivos gremios, tienen derecho a dos cursos de capacitación durante el año, más el mes de vacaciones; además esta zona (por la cercanía a Quito) es elegida por representantes gremiales de la salud rural que faltan una o dos veces a la semana por reuniones y por profesionales rurales embarazadas que se ausentan por tres meses, y luego dos horas al día por lactancia materna.

Los factores antes mencionados desmotivan a la población y no solo afectan su participación, sino que influyen en la calidad de la atención, ya que la población se ve en la necesidad de buscar otras unidades de salud.

El número de recursos humanos designado a cada unidad operativa afecta la permanencia; no todos los años hay recursos designados al área por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) y las unidades operativas (UO) se ven obligadas a cerrar. Cuando atiende una sola persona y ésta debe ausentarse, el problema es evidente porque no existe médico, y la (UO) pasa cerrada. Si en lugar del médico, se encuentran solo las enfermeras y obstetrices, este personal no está capacitado para proporcionar atención de morbilidad.

La investigación realizada representa un insumo para el desarrollo de estrategias en salud, a nivel comunal. El paradigma crítico subyace a esta propuesta, que se sustenta sobre la base de la IAP, entendida como un método que busca no sólo la producción de conocimiento, sino también la intención de generar transformaciones en los contextos (Montero, 2006). Desde esta mirada, es necesario resaltar el trabajo comunitario como un ámbito que posee recursos suficientes para la producción de conocimientos, generación de procesos de participación y empoderamiento. Es en el marco de una IAP, impulsada entre el Centro de Salud de Fajardo, que se desarrolla el presente diagnóstico participativo.

La Participación como Eje de la Investigación

La declaración de Alma Ata, el año 1978, otorgó especial importancia a la participación entendiéndola como un deber y un derecho. Más tarde, ha tomado relevancia, de manera creciente, como mecanismo de control, factible de ser utilizado por las personas en cuanto a la entrega de bienes y servicios institucionales (Carta de Ottawa 1986).

Definir la participación implica aludir a la capacidad de las personas para tomar decisiones acerca de situaciones que pueden afectar su vida a nivel individual o colectivo (Gyamarti, 1992). Cuando una persona se moviliza de manera voluntaria, sin percibir estímulo

monetario por una meta común, hablamos de “participación ciudadana” (Zimmerman *et a* Rappaport 1998).

AnderEgg (1982) se refiere al concepto de participación popular, como elemento esencial para el desarrollo comunitario, reconociendo que ésta supone implicaciones políticas e ideológicas que pueden dificultar su ejercicio. Según este autor, es posible hablar de intervención de libre mercado, entendida como la participación por medio del consumo; evidente a través de un voto directo: la posibilidad de sufragar o elegir entre alternativas, para ser miembro de una organización.

En el ámbito de las políticas públicas, el desarrollo de la ciudadanía implica enfatizar los derechos de las personas, la justicia, a la intervención social, a la participación se identifica como iniciativas espontáneas, basadas en la acción y el desarrollo de los recursos comunitarios, reconociendo a los destinatarios como protagonistas activos que se movilizan para generar cambios (Krause 2002). De este modo, se entiende que las personas poseen conocimientos relevantes y son portadores de cultura. Reconocerlos como un recurso válido implica la potenciación de procesos de empoderamiento a nivel local.

Cuando la participación se desarrolla desde las instituciones, se requiere que se produzcan vinculaciones basadas en procesos reflexivos entre éstas y la comunidad, en las cuales el control y la toma de decisiones deben considerarse primordiales para su fortalecimiento. (Montero 2004). Por ello es necesario que los equipos profesionales acepten los conocimientos propios de la comunidad, sin dejar de hacer valer los propios, se comprometan con ella y el entorno en que ambos se desenvuelven.

En el ámbito específico de la salud, la participación se plantea como un proceso que puede implicar desde aspectos basados en la promoción y la prevención de la salud hasta la ampliación y profundización del ejercicio ciudadano. Se ejerce a nivel individual, grupal y/o comunitario en pos del fomento de la salud.

La participación en sí misma no puede ser catalogada de buena o mala puesto que depende primordialmente de los valores que la guíen (Montero 2004). No obstante, a nivel empírico, se reconocen algunos beneficios asociados a la participación, entre ellos se plantea que aporta al mejoramiento de la calidad de los ambientes, se reducen los problemas de delincuencia e incrementa el sentido de comunidad.

Además permite, que las personas se movilicen para la satisfacción de sus necesidades y, la generación de aprendizajes y desarrollo de los participantes. En el ámbito de salud, los reportes sugieren el mejoramiento en la visión sobre la evaluación de gestión en salud y una ruptura incipiente en las relaciones verticales establecidas por años desde los organismos técnicos.

Considerando los reportes acerca de la participación en las intervenciones sociales, algunos autores refieren que se transforma en un mecanismo para desarrollar empoderamiento y permite aportar a la percepción de auto eficacia. Supone que las personas adquieren experiencia por medio de la organización, identificación de recursos y el desarrollo de estrategias para el logro de metas comunes.

Branson *et a* Quigley (1998), reportaron que la participación ayuda al mejoramiento de la calidad del entorno, incrementando, a su vez, el sentido de comunidad. Mejora el acceso a

bienes y servicios, fortalece, además, las identidades a nivel territorial e incide en la seguridad social y sentido de pertenencia.

La participación es una condición política y social necesaria para dotar de poder a las personas, puesto que entre otras cosas, permite el sentido de identidad, fomenta la autovaloración y fortalece la sociabilidad (Berger *et al* Nuehaus 1977).

La participación favorece procesos que tienden a incrementar la movilización de recursos existentes en el ámbito local, el sentido de cohesión social, además de ofrecer soporte para actividades de autoayuda y sensibilizar a los ciudadanos acerca de los problemas más importantes a nivel comunitario; igualmente permite vincular a la intervención comunitaria y la salud pública, pues en la medida que se generan procesos interactivos se posibilita mayor compromiso en cuanto a lograr una sociedad más productiva, justa y equitativa: esto representa la esencia tanto para la psicología comunitaria, como para la salud pública (Restrepo 2001).

En el ámbito de la investigación, la participación es el elemento que permite poner en marcha las acciones necesarias para el logro de los objetivos comunes, posibilita la discusión y la toma de decisiones concertadas.

Marco normativo de la participación en salud en el Ecuador.

Desde el punto de vista legal, la participación en salud en el Ecuador, se reconoció de manera significativa, desde la aprobación de la Constitución Política del Ecuador en el 2008. La Constitución destaca el compromiso ciudadano ante la conservación de su salud, así como su clara colaboración en la planeación y gestión de los programas y servicios de salud, bajo los principios de participación ciudadana y comunitaria.

La participación, eje transversal del nuevo modelo de estado en el art. 1 de la Constitución de la República del Ecuador dice: “La soberanía radica en el pueblo, cuya voluntad es el fundamento de la autoridad y se ejerce a través de los órganos del poder público y de las formas de participación directa previstas en la Constitución.”

La participación es un derecho garantizado en el art. 61 de la Constitución de la República del Ecuador: Elegir y ser elegidos; participar en los asuntos de interés públicos; presentar proyectos de iniciativa popular normativa; ser consultados y fiscalizar los actos del poder público; revocar el mandato a las autoridades de elección popular; desempeñar cargos públicos por concurso de méritos; conformar partidos y movimientos políticos; la participación de los ciudadanos es importante ya sea de una forma individual o colectiva los que participarán de manera protagónica: en la toma de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos; en el control popular de las instituciones del estado y la sociedad y de sus representantes.

La Constitución Política del Ecuador del 2008 favorece la participación comunitaria, ya que reconoce los derechos y deberes que tenemos como ciudadanos como lo dice en su Título IV de la Participación y Organización del poder, en el Capítulo Primero Participación en Democracia, Sección Primera, Principios de la Participación, art. 95.- “Las ciudadanas y ciudadanos, en forma individual y colectiva, participarán de manera protagónica en la toma

de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos, y en el control popular de las instituciones del Estado y la sociedad, y de sus representantes, en un proceso permanente de construcción del poder ciudadano. La participación se orientará por los principios de igualdad, autonomía, deliberación pública, respeto a la diferencia, control popular, solidaridad e interculturalidad. La colaboración de la ciudadanía en todos los asuntos de interés público es un derecho, que se ejercerá a través de los mecanismos de la democracia representativa, directa y comunitaria.”

Se debe actuar de manera solidaria, “respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas”, proteger el medio ambiente y los recursos culturales, y “participar en la vida política, cívica y comunitaria del país”. Igualmente, respetar la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad propia y la de otras personas, sin discriminarlas por ser distintas.

Se debe mencionar que en el título III, de los Derechos, Garantías y Deberes, en su capítulo I. De los principios generales en sus Art. 16 y 17 se expresa que “el Estado hará respetar los derechos humanos que garantiza esta Constitución, como reconocer a todos sus habitantes, sin discriminación alguna, el libre y eficaz ejercicio y el goce de los derechos humanos establecidos en esta Constitución y en las declaraciones, pactos, convenios y más instrumentos internacionales vigentes. Adoptará, mediante planes y programas permanentes y periódicos, medidas para el efectivo goce de estos derechos”.

Así mismo, en el Capítulo II, de los Derechos Civiles en el art. 23, de los derechos establecidos en esta Constitución y en los instrumentos internacionales vigentes, el Estado reconocerá y garantizará a las personas los siguientes: la igualdad ante la ley. Todas las personas serán consideradas iguales y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades, sin discriminación en razón de nacimiento, edad, sexo, etnia, color, origen social, idioma; religión, filiación política, posición económica, orientación sexual; estado de salud, discapacidad o diferencia de cualquier otra índole. El vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación. El disponer de bienes y servicios, públicos y privados, de óptima calidad; para elegirlos con libertad.

La constitución en su sección cuarta De la Salud en sus art. 42, 43 y 45, expresa que el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. Garantiza que los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos; que el Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector y funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Cabe mencionar que los arts. 61, 95 y 102 de la Constitución de la República consagran el derecho a la participación en los asuntos de interés público, para lo cual las ciudadanas y ciudadanos, incluidos aquellos domiciliados en el exterior, en forma individual y colectiva, participarán de manera protagónica en la toma de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos, en el control popular de las instituciones del Estado, la sociedad, y de sus representantes, en un proceso permanente de construcción del poder ciudadano.

Instancias de participación: el art. 100 de la Constitución declara que en todos los niveles de gobierno habrán instancias de participación conformadas por autoridades electas, representantes del gobierno y ciudadanía para: elaborar planes y políticas; mejorar la calidad de la inversión pública; elaborar presupuestos participativos; fortalecer la democracia con rendición de cuentas promover la participación ciudadana y la comunicación; a través de leyes expedidas con la nueva constitución que establecen la participación ciudadana Ley Orgánica del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, Ley de Seguridad Pública, Ley Orgánica de Empresas Públicas, Ley Orgánica de Participación Ciudadana; Código Orgánico de Organización territorial autonomías y descentralización; Código de Planificación y Finanzas Públicas, Ley del deporte, Ley de Participación ciudadana: Asamblea Nacional intercultural para el buen vivir (arts. 48, 49, 50 y 51); Consejos ciudadanos sectoriales (arts.52, 53, 54 y 55); Asambleas Locales (arts. 56, 57, 58, 59, 60,61, 62 y 63); Consejos locales de Planificación (art.66) presupuesto participativo (art. 67 al 71); regulación de las instancias de Participación; mecanismos de Cooperación en audiencias públicas (arts. 73, 74 y 75), los cabildos populares (art. 76); Silla vacía (art. 77), Veedurías (art. 78), Observatorios (art 79) y Consejos Consultivos (arts. 80, 81, 82).

Se crea el Sistema de Participación Ciudadana para la deliberación sobre las prioridades; evaluación de los planes de desarrollo; elaboración de presupuestos; generar mecanismos de coordinación para el tratamiento de temas específicos; fortalecer la democracia local; promover el involucramiento con el desarrollo de niveles territoriales; impulsar mecanismos de formación ciudadana para la ciudadanía activa. La participación ciudadana permitirá definir las prioridades de desarrollo de una localidad y de inversión del presupuesto, fortalecer la democracia local e impulsar mecanismos de formación ciudadana. Las autoridades elegidas rendirán cuentas a la comunidad semestralmente, quien definirá sus prioridades:

La participación ciudadana en los gobiernos autónomos descentralizados en sus (arts.302, 303, 304, 311,312), señala que deberán tener características y principios individuales o colectivos y protagónica en la toma de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos en el control social de instituciones; el derecho a la participación. A ejercer mecanismos de la democracia representativa, directa y comunitaria. A ser consultados ante medidas normativas o de gestión que afecten derechos colectivos y a la presentación de proyectos de ordenanzas, acuerdos y resoluciones parroquiales. Conformarán un sistema de participación ciudadana, que se regulará por acto normativo, tendrá una estructura y denominación propias.

Las sesiones de los gobiernos autónomos descentralizados, son públicas y en ellas habrá una silla vacía que será ocupada por un representante de la ciudadanía en función de los temas a tratarse, con el propósito de participar en el debate y en la toma de decisiones en asuntos de interés general. El incumplimiento de estas disposiciones relativas a la participación ciudadana por parte de las autoridades generará responsabilidades y sanciones de carácter político y administrativo. Incluyendo la remoción del cargo para los funcionarios responsables de la omisión y podrá ser causal de revocatoria del mandato para la autoridad respectiva, conforme a la ley.

No se debe olvidar que la participación y el control social no sólo es un derecho, es una responsabilidad que compete a todos, porque todo lo público pertenece a los ciudadanos y

el objetivo político es recuperar gobernabilidad desde la perspectiva ciudadana; democratizar el ejercicio del poder al interior de las comunidades, en la ciudad y el país; reconstruir los espacios de decisión política: Concejos Municipales, Consejos provinciales, Juntas Parroquiales, ministerios, Asamblea Nacional; crear mecanismos de acceso al poder desde las organizaciones sociales, diferentes a las elecciones, fiscalizar el poder público y contribuir a la racionalización del gasto público.

Ley orgánica de participación ciudadana.

Esta Ley incentiva el conjunto de dinámicas de organización, participación y control social que la sociedad emprenda por su libre iniciativa para resolver sus problemas e incidir en la gestión de las cuestiones que atañen al interés común para, de esta forma, procurar la vigencia de sus derechos y el ejercicio de la soberanía popular.

Los objetivos de la presente Ley son:

- Garantizar la democratización de las relaciones entre la ciudadanía y el Estado en sus diferentes niveles de gobierno; la igualdad de oportunidades de participación de las ciudadanas y los ciudadanos, colectivos, comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, pueblos afro ecuatoriano y montubio, y demás formas de organización lícita, en los diversos espacios e instancias creados para la interlocución entre la sociedad y el Estado; el acceso de la ciudadanía a la información necesaria para encaminar procesos dirigidos a la exigibilidad de los derechos y deberes, el control social y la rendición de cuentas en la gestión de lo público y lo privado cuando se manejen fondos públicos.
- Establecer las formas y procedimientos que permitan a la ciudadanía hacer uso efectivo de los mecanismos de democracia directa determinados en la Constitución y la ley; así como los procesos de elaboración, ejecución y control de las políticas y servicios públicos;
- Instituir mecanismos y procedimientos para la aplicación e implementación de medidas de acción afirmativa que promuevan la participación igualitaria a favor de titulares de derechos que se encuentren en situaciones de desigualdad;
- Fijar los criterios generales con los cuales se seleccionarán a las ciudadanas y los ciudadanos que formen parte de las instancias y espacios de participación establecidos por esta Ley;
- Promover la formación en deberes, derechos y una ética de interés por lo público que haga sostenible los procesos de participación y la consolidación de la democracia;
- Proteger la expresión de las diversas formas de disenso y diferencias entre las personas y los colectivos en el marco de la Constitución y la ley; y,
- Respalda las diversas iniciativas de participación, organización, gestión y control social impulsadas de forma autónoma por la ciudadanía y las distintas formas organizativas de las ciudadanas y los ciudadanos, colectivos, comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, pueblo afroecuatoriano y montubio, y demás formas de organización lícita.

El Art. 4. De Principios de la participación, señala que la participación de los ciudadanos en todos los asuntos de interés público es un derecho que se ejercerá a través de los mecanismos de la democracia representativa, directa y comunitaria.

El ejercicio de los derechos de participación ciudadana y organización social se regirá, además de los establecidos en la Constitución, por los siguientes principios:

Igualdad.- Es el goce de los mismos derechos y oportunidades, individuales o colectivos de las ciudadanas y los ciudadanos, colectivos, comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, pueblo afroecuatoriano y montubio, y demás formas de organización lícita, para participar en la vida pública del país; incluyendo a las ecuatorianas y los ecuatorianos en el exterior.

Interculturalidad.- Es el ejercicio de la participación ciudadana respetuoso e incluyente de las diversas identidades culturales, que promueve el diálogo y la interacción de las visiones y saberes de las diferentes culturas;

Plurinacionalidad.- Es el respeto y ejercicio de la participación de las ciudadanas y los ciudadanos, colectivos, comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, pueblo afroecuatoriano y montubio, y demás formas de organización lícita, conforme a sus instituciones y derecho propios;

Autonomía.- Es la independencia política y autodeterminación de la ciudadanía y las organizaciones sociales para participar en los asuntos de interés público del país;

Deliberación pública.- Es el intercambio público y razonado de argumentos, así como, el procesamiento dialógico de las relaciones y los conflictos entre la sociedad y el Estado, como base de la participación ciudadana;

Respeto a la diferencia.- Es el derecho a participar por igual en los asuntos públicos, sin discriminación alguna fundamentada en la etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socioeconómica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción personal o colectiva, temporal o permanente, o de cualquier otra índole;

Paridad de género.- Es la participación proporcional de las mujeres y los hombres en las instancias, mecanismos e instrumentos definidos en la presente Ley; así como, en el control social de las instituciones del Estado para lo cual se adoptarán medidas de acción afirmativa que promuevan la participación real y efectiva de las mujeres en este ámbito;

Responsabilidad.- Es el compromiso legal y ético asumido por las ciudadanas y los ciudadanos de manera individual o colectiva, en la búsqueda del buen vivir;

Corresponsabilidad.- Es el compromiso legal y ético asumido por las ciudadanas y los ciudadanos, el Estado y las instituciones de la sociedad civil, de manera compartida, en la gestión de lo público;

Información y transparencia.- Es el derecho al libre acceso de la ciudadanía a la información pública, en el marco de los principios de responsabilidad y ética pública establecidos en la Constitución y la ley, sin censura previa;

Pluralismo.- Es el reconocimiento a la libertad de pensamiento, expresión y difusión de las diferentes opiniones, ideologías políticas, sistemas de ideas y principios, en el marco del respeto a los derechos humanos, sin censura previa; y,

Solidaridad.- Es el ejercicio de la participación ciudadana que debe promover el desarrollo de las relaciones de cooperación y ayuda mutua entre las personas y entendiendo también que los conceptos comunitario y social son iguales.

Las grandes metas de la formación y empoderamiento, en participación ciudadana están ligadas a estos derechos y deberes; igualmente buscan aportar a construir la paz, a fomentar la participación democrática y a valorar la pluralidad. Puesto que la democracia en el Ecuador es participativa, y en ésta se enfatiza el poder político de cada persona, los Estándares Básicos de Competencias Ciudadanas buscan hacer eficaz este poder político: empoderar a niños, niñas, jóvenes, adultos y ancianos para participar democráticamente en la sociedad y desarrollar las competencias necesarias para el uso constructivo de esta participación.

Uno de los principios orientadores de la constitución es la participación, estrechamente relacionada con el derecho a la libre expresión. Según la Constitución, se tiene atribución a influir en las decisiones que les afectan en sus familias, y comunidades, razón por la cual deben estar involucrados en aquellos procesos donde puedan ejercer y hacer cumplir sus derechos.

Esta meta supone entender que, como sujetos de derechos, niños, jóvenes y adultos del país pueden y deben participar políticamente por medios democráticos para generar transformaciones sociales. Las instituciones deben promover y orientar esta participación según el nivel de desarrollo de las colectividades en múltiples contextos, como la escuela, el barrio, la familia y el país para que puedan desempeñarse como agentes constructores de sus comunidades cercanas y, a medida que crezcan, como actores políticos en la sociedad ecuatoriana y en el mundo. Este objetivo implica comprender que toda la comunidad es un conglomerado humano y que la creación conjunta de los acuerdos y las normas y su cumplimiento permite regular la vida en comunidad y favorecen el bien común.

Hallarle el sentido a la norma es importante, para poder llegar a convenios que se cumplan o se modifiquen conjuntamente. Sin lugar a dudas, aprender a construir y respetar compromisos colectivos es un proceso complejo que supone la capacidad de descentrarse, ponerse en el lugar del otro inclusive de quienes no están presentes, coordinar distintas perspectivas, argumentar, debatir, escuchar, tener en cuenta las distintas consecuencias que podrían llegar a tener esos acuerdos y estar dispuestos a acatarlas, así en ocasiones vayan en contravía de los intereses propios.

En este sentido, es primordial darse cuenta del potencial de todos los seres humanos, incluso de los más pequeños, para participar activamente en la construcción de las alianzas, las normas y las acciones colectivas que promuevan los intereses públicos. Este poder democrático de transformación social es primordial para el objetivo de forjar una sociedad realmente participativa que impulse el desarrollo social, económico y jurídico.

La nueva constitución concede a la participación gran importancia, tiene un amplio articulado sobre el tema, convirtiéndose en uno de los ejes transversales. Hay que tomar en cuenta que en el país la participación ciudadana ha sido muy limitada, al igual que en

muchos países de Latinoamérica, se ha excluido a la comunidad de la toma de decisiones y el empoderamiento sobre temas cotidianos.

El nuevo marco constitucional da un verdadero sentido a la participación ciudadana y al control social, tanto desde una actividad colectiva como individual por parte de las ciudadanas y ciudadanos. Su naturaleza y esencia es el protagonismo en la toma de decisiones, planificación y gestión de los proyectos públicos, y en el control popular de las instituciones del sector público, las entidades privadas que manejen fondos estatales, aquellas que generen servicios de interés social y sus representantes elegidos, funcionarios gubernamentales, en todos los niveles del gobierno.

La normativa constitucional además de lo antes señalado garantiza un proceso permanente de construcción del poder ciudadano y concibe a la participación ciudadana como un derecho que se ejerce a través de los mecanismos de la democracia representativa, directa y comunitaria.

Estos principios han sido ya desarrollados en la Ley Orgánica de Participación Ciudadana y Control Social, aprobada por la Asamblea Nacional, actual órgano legislativo del Estado.

La creación de las cinco funciones del Estado en la Constitución del Ecuador 2008 rompe las concepciones tradicionales del equilibrio del poder concediendo a todas las personas la capacidad de participar de manera activa en la toma de decisiones en los diferentes niveles de gobierno. Esto hace que la declaración "la soberanía radica en el pueblo" sea una realidad, todavía algo lejana, pero no inalcanzable.

El Empoderamiento, como un Fin y un Medio

El término "empoderamiento" no alude a un vocablo propio de la lengua hispana, sino más bien a una contribución realizada por autores de habla inglesa, quien lo define como un proceso por el cual las personas, los grupos y comunidades adquieren dominio sobre sus vidas.

Se prefiere prescindir de la noción "empoderamiento" y se usa el concepto de *fortalecimiento*, entendiéndolo como el proceso mediante el cual, los miembros de una comunidad actúan comprometida, consciente y críticamente, con el fin de transformar su entorno de acuerdo con sus necesidades y aspiraciones, produciendo además procesos de transformación de sí mismos. Involucra aspectos sociales relacionados con las fortalezas, competencias y sistemas de apoyo social existentes, desde la transformación de las comunidades.

Se trata de un fenómeno dinámico, en el cual *proceso* y *resultado* se vinculan de manera sucesiva, puesto que éste último puede ser un hito del proceso, ya sea su fin o su inicio y requiere el despliegue de capacidades que tiendan a la transformación del entorno de acuerdo con las necesidades y expectativas del individuo, grupo o comunidad (Montero 2003).

Poner en marcha procesos de empoderamiento implica cambios a todo nivel, sugiere la importancia de la utilización del lenguaje, remplazar términos de cliente y experto, por otros tales como colaboradores o participantes. El rol del profesional sufre un cambio, puesto que

se transforma en un recurso para la comunidad, la que a su vez, asume un rol activo en los procesos de cambio. Bajo esta lógica, la evaluación se orienta a rescatar el proceso más que los resultados.

Ya sea que se fije el concepto de *empoderamiento* o *fortalecimiento*, se deberá conocer la existencia de procesos de poder y mecanismos de control en su base. Desde este punto de vista, es posible definir este proceso como el desarrollo del poder de acción, en que se producen relaciones de cooperación entre los profesionales y los participantes, por ello, supone el reconocimiento de “saberes múltiples”. De este modo, se generan relaciones desiguales desde la intervención, puesto que reconoce la existencia del profesional y el beneficiario, cliente o participante, pero simétricas desde el nivel de experiencias de cada actor que interviene en una acción colectiva. En síntesis, considerar el poder como un tema esencial de ser abordado en toda intervención social cuya finalidad sea establecer procesos de empoderamiento, implica asumir la existencia de poder del profesional que interviene y su disponibilidad de compartirlo con otros actores.

Desde la perspectiva comunitaria, “el poder es producto de procesos de reflexión, toma de conciencia y acción, supone el desarrollo de fortalecimiento, por medio de procesos colectivos tendientes a la transformación del entorno” (Montero 2003).

La importancia de los procesos de empoderamiento radica en la posibilidad de rescatar las potencialidades a nivel individual o colectivo tendiendo hacia metas comunes.

Una comunidad empoderada repercute de manera positiva en su propio desarrollo, puesto que responde a las amenazas a la calidad de vida y genera escenarios para el ejercicio de la participación dando así escenarios para mejorar su calidad de vida y bienestar.

Recientemente se ha planteado que el empoderamiento se caracteriza por tres aspectos esenciales: contemplar múltiples dimensiones (sociológica, psicológica, económica, por la posibilidad de darse a nivel individual, grupal y comunitario por ser un proceso eminentemente social en tanto supone relación con otros). Hay cinco pasos en los cuales se sintetiza el empoderamiento: la existencia de una alteración individual o social, la concientización, movilización, maximización laceración de un nuevo orden (Hurt 2006).

Existen algunas características organizacionales reconocidas como empoderadoras de los miembros de un grupo:

- a) El sistema de creencias del grupo: referido a los valores, normas y prácticas grupales.
- b) Las actividades centrales del grupo: alude a las actividades realizadas para el logro de la misión, deben ser atractivas e involucrar procesos activos de aprendizaje.
- c) Ambiente relacional: calidad y naturaleza de las relaciones en un contexto específico.
- d) Estructura de oportunidad de roles: posibilidad de jugar diversos roles dentro del grupo, entendiendo que la multifuncionalidad de roles permite desarrollar habilidades, responsabilidad y confianza en sí mismos.

- e) Liderazgo: permite empoderar por medio de las capacidades e influencias del líder en subgrupo. El liderazgo empoderado es inspirador, goza de talento, es compartido y comprometido.
- f) Manutención y cambio del entorno: permite la sobrevivencia de la organización por medio de la adaptación a los cambios.

Organización del Sistema Local

Análisis Situacional del Subcentro de Salud de Fajardo.

Antecedentes Generales

A continuación se presentan aspectos generales relacionados con el territorio en que se desarrolla la investigación y se describen algunos indicadores básicos de salud.

Características Geográficas

El Subcentro de Salud de Fajardo está ubicado en la Provincia de Pichincha, Cantón Rumiñahui, Parroquia San Pedro de Taboada, se encuentra a dos kilómetros al sur del Sub Centro de Salud del mismo nombre y a unos cuatro kilómetros del Hospital Cantonal de Sangolquí, jefatura del Área de Salud No 15. La superficie del área donde se localiza la población de su responsabilidad es de 3 km². Se encuentra ubicado al Sur-oriente del Cantón Rumiñahui, a 10 minutos de Sangolquí, sus límites son:

Norte: La Calle Panzaleos y la Urbanización Oasis de la Hacienda.

Sur: La Calle Toa.

Este: El Río San Pedro.

Oeste: Av. Huancavilca.

MAPA PARLANTE DEL S.C.S. DE FAJARDO



Fuente: Subcentro de Salud de Fajardo.

Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. Maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE

De acuerdo con el último censo del año 2010, la población del barrio de Fajardo es de 2.954 habitantes y llega a 4.500 con la población de Quilicura y la población flotante; de esta población, el 5% se encuentra en el extranjero al año 2010. El 3,6% de la población se dedica a quehaceres domésticos, son estudiantes y jubilados, muchos se dedican a la agricultura cultivan especialmente maíz y hortalizas; además se elaboran pan en horno de leña el mismo que es comercializado en las ferias de Sangolquí los días jueves y domingos. Los hombres se dedican a la mecánica, carpintería, actividades artísticas musicales, son conductores de vehículos públicos y se encuentran instituciones importantes como: eclesiásticas, educativas y militares del país.

Actualmente, el sector se está convirtiendo en una zona de extensión residencial de la cabecera cantonal por lo que se considera que el crecimiento de la población será más rápido en Fajardo y la población de Quilicura.

Dotación de servicios básicos.

El 99% de las viviendas tiene luz eléctrica, alcantarillado y acceso al agua potable.

El 50,9% de las viviendas tienen servicio telefónico fijo. En cuanto a los servicios higiénicos, el 90% lo comparten, mientras el 10% no lo tienen, lo que implica condiciones sanitarias de riesgo.

Centros educativos.

Se organizan de la siguiente manera:

Tabla No. 1

Centros educativos

Nº	Centros educativos	Dirección
1.	Colegio Nacional Telmo Hidalgo	Calle Imbayas y Av. El Inca
2.	Escuela Fabián Jaramillo Dávila	Calle Duchicela y Puruhaes
3.	Centro Educativo Inicial Gotitas del Saber	Junto a la Iglesia de Rumiloma
4.	Jardín de Infantes Teresa de Eguiguren	Av. El Inca

Fuente: Estadísticas Subcentro de Salud de Fajardo enero a diciembre del 2010.

Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. Maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

Gestión administrativa de la Comunidad de Fajardo.

Esta instancia fue creada por el Comité de Salud en donde participa la comunidad y en especial la directiva que ha elaborado propuestas y acciones de coordinación en temas de interés común, sobre todo, en el programa de escuelas saludables. En la actualidad están trabajando entorno a conformar una red de servicios de salud de la zona, pero ninguno de los miembros tiene una participación en la toma de decisiones, ni en la planificación de las actividades del Subcentro de Salud de Fajardo.

Infraestructura y recursos materiales.

El Subcentro de Salud de Fajardo se encuentra conformado por tres construcciones; la primera y principal donde funcionan los servicios de la UO, una destinada para la vivienda del conserje y la otra hace las funciones de una bodega exterior. Todas estas instalaciones se implantan en un área aproximada de 2.000 m².

Recursos humanos.

En el Subcentro de Salud de Fajardo al momento laboran: un médico rural, una enfermera de contrato ocasional, un obstetra, un odontólogo, además existe un conserje contratado ocasional y un inspector sanitario.

Paquete de actividades.

- Salud sexual y reproductiva:(Gineco - obstetricia, planificación familiar, pediatría, Detección Oportuna de Cáncer.)
- Programa ampliado de inmunizaciones.
- Programa de control de la tuberculosis.

- Micronutrientes
- P.A.N.N.
- Promoción de salud
- Medicina General
- Odontología

Actividades extramurales.

- Vacunación a instituciones públicas y privadas.
- Programa de salud escolar
- Visitas domiciliarias.
- Promoción de salud.
- Inspección del estado higiénico de las viviendas, establecimientos, fábricas y mercados.
- Control de vectores y roedores.
- Vacunación canina.

Producción.

De acuerdo al diagnóstico del Subcentro de Salud, las principales causas de morbilidad son: infecciones respiratorias e intestinales. En niños y niñas se encuentra como primera causa de morbilidad la desnutrición, como se explica en las siguientes tablas:

Principales causas de consulta de morbilidad

Tabla No. 2

Morbilidad.

Morbilidad	Nº de pacientes	Porcentaje
Infecciones respiratorias agudas	183	29.28
Vaginitis	163	26.08
Parasitosis	83	13.28
Infecciones de vías urinarias	65	10.40
Amenorreas	49	7.84
Anemias	24	3.84
Micosis	22	3.52
Enfermedad diarreica aguda	18	2.88
Infecciones cutáneas	13	2.08
Discapacidades	5	0.80
Total	625	100 %

Fuente: Estadísticas Subcentro de Salud de Fajardo enero a diciembre del 2010.
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. Maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

Tabla No. 3

Producción de los servicios:

Profesional	Total consultas	Días laborados	Consultas / día	Consultas/hora
Médico 8H	1261	113	11.1	1.8
Odontólogo 8 H	1689	157	10.7	1.6
Obstetra 4 H	1356	147	9.2	2.7
TOTAL...	4306	417	31	6.1

Fuente: Estadísticas Subcentro de Salud de Fajardo enero a diciembre del 2010.
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. Maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

Indicadores de salud

Al considerar que la cobertura en menores de un año es del 90% y que la unidad operativa se ubica en una zona rural, se justifica una atención mayor a ese porcentaje de la población menor de un año.

La cobertura en niños de 1 año a 4 años es del 16 %. Según estos resultados comparados con la programación local de actividades de fomento y protección a nivel de áreas de salud, (Plan Operativo 2010), la cobertura de la unidad operativa es baja.

La atención por morbilidad es del 47,66%. El 53.33% de la población van a otras unidades públicas o privadas de acuerdo con las entrevistas realizadas a usuarios; sin embargo, un porcentaje elevado de pacientes no son realmente del sector, son de diferentes lugares de la ciudad.

Calidad de atención.

Se denomina “calidad de atención” al grado en el cual los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras en salud, para esto se consideran los siguientes criterios: continuidad, globalidad, integración, participación, efectividad y eficiencia.

Continuidad.

En el Subcentro de Salud de Fajardo la atención se limita al momento de la consulta, el personal de salud no se responsabiliza por el individuo o familia, existe poco seguimiento en los pacientes crónicos. De todos los servicios prestados por la Unidad Operativa, solo el programa de Control de la Tuberculosis realiza visitas domiciliarias.

Otros factores para la falta de continuidad son las reuniones y las campañas de vacunación, las mismas que dan preferencia a actividades preventivas importantes, pero interrumpen las curativas más urgentes para el usuario; es por esta razón, que se reduce la eficiencia y eficacia, se incrementan los costos; se pierden pacientes y la credibilidad del servicio de salud. Esto conlleva consigo varias consecuencias como:

- El tratamiento interrumpido e incompleto reduce la posibilidad de curación.
- El mismo personal de salud se encuentra en una situación desfavorable, cuando no dispone de antecedentes médicos o de una información objetiva. El equipo de salud tiene la necesidad de conocer los análisis de laboratorio hechos en el pasado, tratamientos y otras instrucciones que ha recibido el paciente.
- La función de síntesis se pierde, debido a que se pierden las historias clínicas y los resultados de laboratorio no se adjuntan a los records.

Globalidad.

La atención de salud en el Subcentro de Fajardo está centrada en el problema biológico, se utiliza de 10 a 15 minutos en la consulta, razón por la cual no se puede atender con una visión global; los pacientes reclaman en cuanto a la demora de la atención; desean una atención rápida y no están acostumbrados a que les realicen preguntas sociales ni psicológicas, indican que les genera vergüenza contarles sus problemas a otros.

Integración.

De lo que se ha podido observar, en el Subcentro de Salud de Fajardo el personal médico y de odontología no brindan atención integrada, no se complementa la atención odontológica con la atención ginecológica. Es decir, que no se cumple la atención preventiva y curativa al mismo tiempo.

Efectividad, eficiencia.

Estas normas no se cumplen según los criterios de calidad de atención, se observa que asisten usuarios que luego del horario de atención señalado, buscan ser vistos, algunos regresan al siguiente día y otros se dirigen al servicio de emergencia de consultas privadas, donde el problema es resuelto, en otras situaciones, se suspende la consulta por paralizaciones, campañas de vacunación, reuniones de trabajo, por capacitación del personal o por falta del personal médico.

Calidad del servicio.

Con el objetivo de ser capaz de asegurar una atención primaria eficaz, global, continua, participativa y eficiente, los servicios de salud deben tener varias características, entre ellas, las siguientes:

a.- Polivalencia.

En el Subcentro de Salud de Fajardo no hay polivalencia, porque cuando hay pacientes que necesitan ser valorados, hay ausencia del médico: buscan otros lugares para ser atendidos o son referidos al siguiente nivel.

b.- Permanencia.

En cuanto a la permanencia la Unidad Operativa cumple con el horario establecido de 08:00 a 16:00 horas, en las áreas de odontología y vacunación, pero no en lo que se refiere a la atención de médica en pediatría, ginecología y consulta en general, por falta de personal médico.

c.- Participación.

No existe participación del usuario durante la consulta, ya que éste se limita a escuchar las indicaciones del personal de salud. Determinando los problemas anteriores se ve afectada la efectividad y eficiencia de la atención.

El desarrollo del concepto de participación comunitaria es responsabilidad de diversos sectores representados en el contexto local, que comprende la dimensión comunitaria, dentro de los cuales se pueden identificar: organizaciones comunitarias, gobiernos locales, instituciones de educación, de medio ambiente, de obras públicas, de agricultura, de sanidad militar, de transporte, de comunicaciones y otras formas de organización vinculadas al desarrollo social, las cuales son reconocidas por la comunidad y junto a ésta contribuirán a resolver los problemas y necesidades identificadas para mejorar las condiciones de salud. La regulación y normatividad serán responsabilidad del ente rector, representado por el Ministerio de Salud Pública. (Marco Conceptual y Operativo para el Desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral 2001)

La cooperación social y el enfoque actual de la conformación de los diferentes comités para la participación comunitaria denotan la responsabilidad que tiene la comunidad y otros sectores del desarrollo social en contribuir en las decisiones que competen a la salud, grupos de autoayuda y otras formas de organización.

Dentro de esta estructura se darán las condiciones para la identificación de necesidades expresadas por la colectividad, el planteamiento de alternativas de solución, estrategias, seguimiento, auditoría social de la gestión, evaluación del impacto y pertinencia de los servicios e intervenciones de la unidad operativa en este caso el SCS de Fajardo.

El propósito de la participación social como estrategia dentro del sistema es el fortalecimiento de la conciencia crítica de la población, para mejorar los procesos de toma de decisiones en la solución de los problemas de salud y el auto-cuidado.

Evidencias.

La existencia de comités que no participan en actividades de la UO, hace que la planificación de acciones con la colectividad no se realice en un 100%. Se realizan trabajos con la comunidad, pero no hay respuesta por parte del conglomerado. Los usuarios intervienen parcialmente durante la consulta; la planificación operativa se realiza solo con el personal de salud, no con la población.

Cobertura.

Por la cercanía a otros barrios, como Chillo Jijón, Chaupitena, la Balbina y Miranda, las organizaciones comunitarias, gremiales, religiosas y los habitantes en general concurren a solicitar atención en la unidad de salud de Fajardo.

El 47.66% del total de la población asignada al Subcentro de Salud de Fajardo, accede al servicio de salud y el 53.33% de la población va a otras unidades públicas o privadas de acuerdo con entrevistas realizadas a usuarios; sin embargo, un porcentaje elevado de pacientes no pertenecen realmente al sector.

El entorno del sistema. Influencias externas

El funcionamiento de los Sistemas de Salud Latinoamericanos

En lo que se refiere al funcionamiento de los sistemas de salud latinoamericanos, "se puede observar una doble tendencia: por un lado a unificar los servicios públicos y colectivos dentro de un mismo sistema y, por otro, a transferir competencias a las autonomías subnacionales. Los casos más antiguos de unificación del sistema de salud serían Chile y Costa Rica, luego lo hizo Brasil (coincidentemente con la Constitución de 1988) y actualmente avanzan en una dirección similar Colombia y Argentina" (Finot2001: 95).

En Latinoamérica se evidencian avances positivos en la descentralización y participación en salud, pues en muchos países ambas estrategias se han logrado implantar y actualmente se registran cambios significativos en cuanto a la administración y gerencia de los servicios de salud. La implantación de la descentralización y la participación en salud, en América Latina es considerada muy positiva en función de mejorar el funcionamiento de los Sistemas de Salud en la región. Si bien tales procesos enfrentan muchos obstáculos de diversa índole para su puesta en marcha y desarrollo, es difícil pensar que después que en una realidad se

desatan las fuerzas de algunas estrategias que estimulan la participación y la descentralización -independientemente de la fortaleza de su anclaje político- se les pueda imprimir otra dirección que anule totalmente la marcha de estos procesos.

Por supuesto, la descentralización y la participación, en procesos políticos, inevitablemente generan el aumento de los conflictos y de la resistencia al cambio por parte de muchos actores presentes en el sector salud, lo que complica aún más el proceso de reforma y transformación que tanto requieren los Sistemas de Salud de América Latina.

La participación ciudadana referida al proceso salud- enfermedad- atención constituye parte de la vida cotidiana de los conjuntos sociales, que crean representaciones y prácticas para convivir, modificar o erradicar algunos de sus padecimientos, en consecuencia, este proceso es nuclear en toda sociedad. Se da en el grupo doméstico, en los grupos de pares, en los laborales, donde se generan actividades de autoatención, grupos de sostén y redes familiares. En todos estos grupos, la participación social opera en términos de curación, prevención y ayuda mutua, constituyendo actividades producidas "espontáneamente" que forman parte del proceso de autoayuda: estructura básica para el proceso de reproducción biológica y social. Esto da lugar también, a grupos organizados como las comisiones de seguridad e higiene industrial, grupos de cooperación mutua para padecimientos específicos, comunidades terapéuticas y construcción de redes sociales más amplias. La participación social supone también asegurar el mantenimiento de dichas organizaciones

Finalmente, es innegable que desde el punto de vista del sujeto, la falta de motivación y de compromiso hacia las acciones políticas, se han constituido en otro de los elementos que dificultan la construcción de redes sociales y un verdadero ejercicio de la ciudadanía.

Por ello, aunque se han diseñado estudios que dan cuenta del impacto y de los mecanismos de participación existentes, posibilitando una estrategia de dinamización de procesos basada en la demanda de la ciudadanía. No obstante, se requiere un acercamiento a las técnicas que a nivel gubernamental se han implementado en torno a la participación social en salud, como elemento fundamental para reconocer la lógica institucional.

Se reconoce que la discusión alrededor de la participación social en salud, es un asunto de carácter público, entendiéndolo por esto último, el lugar de confluencia de todos y todas. Así esta postura implica la coherencia de involucrar a todos los actores de la sociedad, lo que pasa a su vez por reconocer las experiencias que las organizaciones sociales han tenido en relación con la participación ciudadana.

¿Qué es IA y por qué se escogió este método investigativo?

La participación, el empoderamiento y la comunidad, se constituyen como el concepto que sirve de base para sustentar la investigación. Todos ellos se refieren a procesos comunitarios, comprendidos en el marco de la Investigación Acción Participativa, que se transforma en el elemento integrador del proceso desplegado para la puesta en marcha de las acciones realizadas, en pos de generar la intervención, el empoderamiento y las interacciones con las instituciones.

La investigación participativa es un enfoque de la investigación social que busca la transformación por medio de la participación comunitaria. Como proceso involucra

permanentemente la observación, el análisis y la acción. Implica, de algún modo resolver la tensión que se produce entre la generación del conocimiento y el uso que se da a este, entre los intelectuales y la gente común, entre la teoría y la práctica.

La investigación clásica considera a la población encuestada como pasiva, da origen a resultados que son para el uso de los investigadores sin darlos a conocer a dicha población, por el contrario la IAP busca que la población participe en la identificación, el análisis crítico de sus problemas y la búsqueda de soluciones posibles (Le Boterf, 1981).

La IAP, es un método que se sustenta en la investigación social, la participación, educación y la acción, tendiendo a procesos de reflexión basados en la transformación. El problema a investigar surge de la comunidad, por ello, enfatiza aspectos de la vida cotidiana como base para la resolución de problemas. Implica un proceso continuo en el cual el conocimiento se modifica por la acción, transformando la situación inicial y abriendo nuevas posibilidades para la acción. Es una metodología que releva el protagonismo de los participantes en cuanto al diagnóstico, la intervención y la evaluación en los procesos psicosociales; Valora a los participantes, quienes asumen el rol de co-investigadores, ante una postura que apuesta por acercar a quienes deciden con quienes ejecutan.

La participación otorga la posibilidad de acercamiento a la realidad no sólo desde el conocimiento de datos, sino también de los simbolismos presentes en dicha realidad, entendiendo que es posible comprender el sentido sólo cuando se es partícipe de su generación. Implica, por una parte, aspectos éticos como el respeto mutuo y el reconocimiento de la diversidad y, por otra parte, aspectos políticos, puesto que enfatiza una mirada crítica del entorno y la posibilidad de transformación. En síntesis, la IAP es un método ético y socialmente comprometido.

El aporte de la investigación crítica se basa en una clase de conocimiento surgido de procesos de reflexión y acción, posibilita que las personas, dotadas de confianza y autodeterminación, se movilizan en cuanto al planteamiento de sus problemas, las causas y las acciones para alcanzar que seres sociales. Es posible establecer una relación directa entre este tipo de investigación y la participación, puesto que ésta es una de sus características, se basa en la importancia de que las personas se reúnan no sólo para diseñar sus problemas, sino para generar posibles soluciones.

De este modo, se rescata lo subjetivo desde la consideración del respeto a la objetividad, pues se comprende a la persona como un conocedor. El investigador, a su vez, es entendido como sujeto y objeto inmerso en un proceso crítico y auto reflexivo. El fin de este proceso participativo y de investigación, es generar cambios por medio de la emancipación hacia los obstáculos de la justicia y la opresión. (Kemmis, 1992).

La IAP supone influencias recíprocas entre el conocimiento popular y el científico, posibilita un saber integrado y relevante para los distintos agentes que participan. Realizar una investigación que incorpore a las personas como sujetos, permite el despliegue de acciones que tienden al reconocimiento de las potencialidades de la comunidad en el ámbito local; las redes sociales surgen como un recurso válido para el logro de los objetivos o meta común, viabilizan la información, enriquecen los resultados y favorecen los procesos de empoderamiento.

En este proceso, el investigador y la comunidad comparten sus conocimientos, de tal modo que la IAP se transforma en una manera de hacer ciencia a través de la vinculación de actores que se necesitan mutuamente. La IAP opera por medio de un proceso cíclico o espiral, en el cual la acción y la reflexión se alternan sistemáticamente, desde el inicio de la investigación: permitiendo perfeccionar los métodos, los datos y las interpretaciones, en base a la comprensión de etapas previas.

Las bases conceptuales de la presente investigación se integran gracias a la Investigación Acción Participativa, resaltando los procesos participativos y de empoderamiento a nivel local, para ello las redes sociales han significado un recurso válido. El trabajo en red permitió la diversidad en los actores sociales participantes del estudio en la comunidad de Fajardo y posibilitó la obtención de resultados cuantitativos acerca de los prioritarios problemas de salud.

Comité de salud como parte de una red y mecanismo catalizador de la participación social

El comité de salud como red es un concepto que ha sido fijado y definido de acuerdo con el ámbito específico de que se trate. Desde la perspectiva clínica, se acuña el concepto de intervención en red, para referirse a una modalidad terapéutica centrada en situaciones dolorosas para la persona y su grupo familiar, que implica la movilización de quienes apoyarán a personas en conflicto. De este modo, la participación en redes es un recurso que actúa como agente terapéutico. La importancia de esta práctica radica en el impacto que produce el trabajo grupal frente a una situación crítica, generando nuevos contextos; la red puede generar transformaciones por el solo hecho de la cantidad de soluciones posibles. En este contexto, (Speck, 2000) define la red como el conjunto de relaciones humanas que establece un individuo con personas significativas para él. De acuerdo con el tipo de relación de que se trate, se caracterizará por su dimensión espacio - temporal (familia-amigos) y por relaciones informales y móviles, que favorecen el intercambio de información entre sus integrantes.

De acuerdo con la tipología, es posible hablar de red social, familiar o primaria e institucional. La organización social es la que ha sufrido mayores transformaciones con la modernidad, puesto que ha sido sustituida por las instituciones; sin embargo, todas ellas se mezclan al realizar la intervención en la red de barrio (Pluymaekerz 2000).

La responsabilidad del participante disminuye al incorporar su contexto, pues no se trata sólo del fracaso de un sujeto, sino también del fracaso de su red. Es así como, se integra la condición comunitaria de quienes componen la red, por medio de la generación de apoyos mutuos y toma de conciencia acerca de aquellos problemas que les son comunes (Elkaim, 2000).

El ámbito comunitario se define como el entramado de relaciones en que se produce traspaso de información en distintas direcciones y que implican mediaciones establecidas para el logro de una meta común. La red social entendida como estrategia de gestión comunitaria, debe potenciar capacidades de participación, comunicación y organización; se define a su vez, como un grupo de personas capaces de prestar apoyo real y duradero a un individuo o familia. Involucra aspectos individuales y colectivos que se encuentran en

permanente construcción, posibilitando la potenciación de recursos gracias al intercambio entre el grupo y fuera de él (Dabas, 2001).

La organización que fortalece relaciones horizontales, independientes y complementarias, propicia el respeto a la identidad, la autonomía y permite que se asuman responsabilidades individuales y compartidas. Por eso, al hablar de organizaciones sociales implica asumir la existencia de un proceso de influencia mutua entre el individuo y su entorno, puesto que éste se inserta en redes sociales de diversa complejidad. Desde el ámbito familiar, al mundial, todas esas redes producen influencia en el individuo en cuestión y éste, a su vez, influye en ellas. Las soluciones a algunas de las necesidades del individuo pueden depender del uso de sus redes y relaciones.

La actualidad del tema “organizaciones sociales comunitarias” se basa en su importancia como correlato de la vida moderna, puesto que cobra relevancia el entramado de relaciones sociales que se establezcan para la resolución de problemas (Martínez, 2006).

Teorías de participación comunitaria.

Los pasos exitosos para el empoderamiento comunitario, suelen compartir cuatro elementos básicos: participación, información, responsabilidad y capacidad organizacional local.

En este trabajo el primer paso es la *Participación*, para lo cual se presentan las definiciones generales de este concepto, las diferentes teorías, el concepto de participación comunitaria en salud; y finalmente, se plantea lo relativo al empoderamiento comunitario y algunas de las implicaciones para contribuir a este, desde un proyecto de intervención social. Dar el poder a la comunidad es un aspecto fundamental para el ejercicio de los derechos de salud y para mejorar la calidad de vida de personas que viven en contextos marginales y excluidos.

Conceptos de participación y participación social en salud

¿Qué se entiende por participación comunitaria?

Como lo refiere María Aguilar, “la participación comunitaria puede entenderse como el proceso social en virtud del cual grupos específicos de la población que comparten alguna necesidad, problema o centro de interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar esas necesidades, problemas o centros de interés, toman decisiones y establecen mecanismos para atenderlos”.

Así mismo, este proceso involucra a grupos específicos de la población, casi nunca implica a la totalidad de los miembros de la comunidad, sino a grupos concretos y específicos caracterizados por tener algo en común (una necesidad, un problema, un centro de interés). Y es a través de esos grupos o redes, que se extiende el proceso a otros sujetos o miembros integrantes de la comunidad.

Para hablar de participación comunitaria es preciso que uno o varios de esos grupos sean capaces de identificar el elemento común que los caracteriza. Es decir, debe haber una toma de conciencia acerca de un problema, necesidad o centro de interés. Ser capaces de identificar lo que se comparte es algo necesario, pero no suficiente. Para poder hablar de verdadera participación, es preciso, además, que las personas sean capaces de tomar

algún tipo de resoluciones relativas al tema que les afecta y actuar para intentar atender o resolver los problemas o necesidades.

Para que exista un proceso de participación comunitaria, no es imprescindible, la presencia de agentes externos a la comunidad, aunque ello sea un obstáculo para que su representación pueda ser catalizadora en muchas ocasiones de ciertos cambios (avances o retrocesos) en el proceso.

En lo relativo a la participación comunitaria en salud, se puede destacar que ésta consiste en la capacidad de que uno o varios grupos de la misma comunidad puedan identificar un problema, necesidad o centro de interés relacionado con la salud e intervenir en la obtención de decisiones, asumiendo de manera libre y consciente el ejercicio de su derecho a la salud.

Al hablar de la participación comunitaria en salud es necesario considerar las relaciones de poder que se establecen entre el Estado y la sociedad civil, entre las instituciones y la población; entre los prestadores y los usuarios de los servicios de salud.

Generalmente, para descubrir la existencia de participación comunitaria en salud, se analizan los siguientes criterios partiendo de si los grupos organizados de la comunidad toman parte en:

- El análisis de su situación.
- Deliberación y decisiones sobre los derechos a la salud.
- Identificación de los derechos de la salud vulnerados.
- Toma de decisiones sobre las prioridades.
- Asunción de responsabilidades para la exigibilidad y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas para promover los derechos de salud.
- Evaluación de resultados.

Finalmente, para hablar de empoderamiento comunitario, es necesario tener en cuenta el planteamiento que ha realizado alrededor de los alcances o grados de participación en el campo de la salud, para lo que han utilizado la toma de decisiones como el criterio clave e ideal.

Se encuentran los siguientes niveles de participación:

- Participación en los beneficios y mejora de condiciones de vida que se producen por efecto de un programa o proyecto de salud.
- Participación como contribución, porque las personas aportan a un programa o proyecto concreto.
- Participación como evaluación y control de los servicios de salud.
- Participación en la planificación y programación de las actividades.
- Participación en la toma de decisiones, en la cogestión y autogestión de programas y proyectos.

Se establecen diferentes niveles, modalidades y mecanismos de participación en un mismo proyecto. Sobre esta cuestión hay aportes, algunos de ellos vinculados al trabajo de la OPS: el trabajo de sistematización de Peter Oakley (1990), los de Susan Rifkin (1988-1990) y el Grupo de Estudios Técnicos de la misma OMS (1991). Estos autores han identificado

niveles que van desde la participación nula, siguiendo con la participación baja, restringida y moderada, hasta llegar a la participación significativa y amplia. Las características de estos niveles de participación son:

- Participación nula, cuando se lleva a cabo de forma exclusivamente individual, hay una recepción pasiva de los servicios y hay presencia de actitudes negativas del personal sanitario con respecto a la participación comunitaria.
- Participación baja, hay recepción colectiva de servicios, de información y educación.
- Participación restringida, las acciones colectivas tienen cierta continuidad y se usa una metodología que induce una participación más activa de la gente, los efectos palpables de este nivel de participación pueden ser: modificación de ciertos hábitos y estilos de vida y constitución de grupos de apoyo.
- Participación moderada, cuando las personas involucradas toman ciertas decisiones, ejecutan actividades y participan en la elección o construcción de instrumentos educativos. En este nivel ya se encuentra un mayor número de participantes del grupo de que se trate.
- Participación significativa, la continuidad de las acciones en el tiempo es mayor que las anteriores, trascendiendo en muchos casos la decisión del equipo de salud. El protagonismo de la comunidad es mucho más amplio, aumenta en mayor medida el número de personas a las que se llega y se amplían las áreas de participación de la comunidad.
- Participación amplia, cuando un gran número de personas se implica tanto en la organización de las acciones y logra mayor autonomía e incidencia en la toma de decisiones.

En este mismo sentido, Ferrán Camps plantea cinco niveles, donde el primero es proporcionar información, seguido de recogida de información y trabajo compartido, para llegar a la decisión conjunta y finalmente al empoderamiento. En este último nivel el empoderamiento supone mayor libertad en la toma de decisiones.

El empoderamiento puede entenderse como la capacidad de las personas para llevar a cabo la transformación de su realidad tanto individual como colectiva. Las comunidades ganan ese poder de convertir su realidad ayudadas por la creación de ciertas circunstancias, por ejemplo, enfoques más participativos, de la base hacia arriba en proyectos de intervención social. Igualmente se lo comprende como la capacidad de aumentar las opciones, expandir la libertad de elección y acción e incrementar la propia autoridad y el control sobre los recursos y las decisiones que afectan la propia vida; por ello es necesario contar con instituciones responsables que propicien la participación.

La participación en salud está mediada no solo por los contenidos de la política, sino también por una serie de factores que proceden tanto de las instituciones que la implementan como de los ciudadanos. Al respecto, Castells (1982) enuncia que la participación constituye un proceso social mediante el cual el sistema es influido por diversos sectores sociales. En otras palabras, correspondería a la manera como distintas agrupaciones sociales intervienen directa e indirectamente en el desarrollo de la sociedad.

En lo que compete a las políticas públicas, Celedón y Noé (2000), establecen que en América Latina y el Caribe la formulación de dichas políticas en el sector salud se ha

llevado a cabo de manera centralizada, con escasa participación de las personas y baja adecuación a la realidad social.

Han sido diversas las aproximaciones que se han dado de la noción de intervención, definidas como toda acción colectiva de individuos orientada a la satisfacción de necesidades, que se cimienta en la existencia de una identidad agrupada, enmarcada en valores, intereses y motivaciones agregadas que dan sustento a la existencia de "grupo". El concepto de participación lleva implícito la acción de ser parte de algo, de intervenir o compartir en un proceso.

Para otros autores, se entiende por participar, el proceso a través del cual distintos sujetos individuales o colectivos, en función de sus intereses y de la lectura que hacen de su entorno, intervienen en la marcha de sus asuntos colectivos, a fin de mantener y/o reformar el orden social y político.

Respecto al concepto de participación, el diccionario de la Real Academia Española lo define como la acción y efecto de participar, término que a su vez se entiende como el hecho de tomar parte en algo, compartir, tener parte en una sociedad. De otro lado, como dice Ferrán Camps (2000), se concibe "que participar tiene la finalidad de influir en los procesos de obtener decisiones que, de alguna manera, se vinculan con intereses de los participantes. Participar significa intervenir con poder de decisión, es decir, solamente se lo hace si se tiene la capacidad de influir en una decisión importante para la propia vida y de la comunidad".

En otro sentido, la participación desde las ciencias sociales y la intervención social, de acuerdo con Corbalán y Fernández, se entiende como la asociación del individuo con otros en procesos más o menos estructurados y en relación con objetivos finales medianamente claros y conscientes, o bien con resultados no conscientes para el individuo, pero significativos desde la perspectiva social. Mediante esta asociación o cooperación con otros, el individuo adquirirá un mayor ejercicio de poder y esta adquisición de poder no sería posible para él si permaneciera aislado o sin asociarse. Para estos autores, toda participación es el paso de una conducta individual a una colectiva ya, que ésta implica la asociación o cooperación intencionada de un individuo con otros.

La participación también es concebida como un derecho humano cuyo ejercicio contribuye al cambio y la transformación social. La libertad de participar y tomar decisiones es esencial para la democracia y el desarrollo; por lo tanto, es responsabilidad de los estados propiciar las oportunidades para la garantía de este derecho.

En cuanto a las teorías sobre la participación, los autores ya mencionados plantean cuatro perspectivas teóricas:

- a. La participación en la tradición liberal.
- b. La participación en el contexto de la acción integradora.
- c. La participación desde la perspectiva de la alienación.
- d. La participación en el contexto de la movilización colectiva.

En el primer caso, la participación en la tradición liberal está conceptualizada como una conducta más que nada de tipo individual, cuya expresión colectiva no sería otra cosa que la agregación de individuos. ¿Qué anima al individuo a participar? constituye el interrogante central desde esta perspectiva, frente a lo que se responde con el reconocimiento de necesidades y la capacidad de satisfacerlas a partir de la cooperación con otros. Asumiendo una potencialidad del individuo.

La participación tiene un sentido funcional claro y consciente, esto es, satisfacer las necesidades que el individuo expresa de manera explícita. Desde esta perspectiva, el individuo tiene plena conciencia y capacidad para identificar tales requerimientos y buscar las instancias asociativas para cumplirlas.

Una segunda perspectiva es la funcionalista, en la cual la intervención es entendida como un mecanismo de integración a la sociedad. En este sentido, la colaboración es el medio para involucrar nuevamente a la sociedad los grupos marginales o vulnerables. Sobre esta base teórica se ha construido en gran parte, la profesión de la intervención social en comunidades de carácter marginal. Lo destacable de esta perspectiva es que la aportación es inducida desde afuera, motivada o impulsada por agentes externos en grupos sociales específicos. En este sentido, se produce una cooperación del individuo tendiente a satisfacer necesidades de las que él muchas veces no es consciente y, por otro lado, las instancias en que se produce está integración no están definidas por el individuo sino por otro agente social.

Con respecto a la intervención desde la alienación, ésta se refiere a la enajenación que produce la ideología dominante, razón por la que la participación comienza en la medida que se adquiere conciencia de la enajenación y explotación, por lo que se espera que la cooperación se traduzca en movilización orientada al cambio social o a reformas estructurales.

La cuarta perspectiva aborda la aportación en el contexto de la movilización colectiva y se define por tres elementos básicos:

- Identidad y capacidad de movilización para auto-reconocerse.
- Oposición, reconocer a otro en cuanto adversario.
- Totalidad, capacidad para visualizar un escenario global en el cual se desarrolla el conflicto y la reivindicación.

Se trata de una intervención colectiva con énfasis en la formación de un proyecto político o un movimiento social. Aquí la aportación responde a una conducta asociativa intencional del individuo en conjunto y en sintonía con otros a quienes interpreta como similares o concernidos por una misma problemática o motivación. De esta manera surge la noción de proyecto colectivo; lo que motivaría la participación es la posibilidad de construcción de tal proyecto, lo que daría origen al proceso de identificación.

El sentido de la participación desde este enfoque es de un individuo involucrado en un proyecto colectivo del que es consciente y en el que vislumbra a sus pares y a quienes se oponen a los intereses del colectivo. Las características de su cooperación se relacionan con la voluntad y la plena conciencia del individuo con respecto de la situación de la que

forma parte, y también con el hecho de que el movimiento o proyecto no está estructurado desde el exterior, sino que se forma por la asociación de voluntades, desde el interior.

La colaboración tiene sentido para el individuo al satisfacer necesidades de tipo global y colectivas, es decir comunes con otros individuos, tales como la salud, los derechos de la mujer, etc. El individuo se motiva a contribuir sólo en el momento que adquiere el verdadero conocimiento y es consciente del proceso como de los requerimientos que satisface a través del mismo. El individuo experimenta complacencia de necesidades subjetivas que, por un lado, motivan y explican su intervención en el grupo y, por otro, el sistema social lograría un cambio generalizado a partir de la colaboración del individuo con la comunidad.

Para fines y objetivos de esta investigación se entenderá como *participación comunitaria* la forma de propiciar, fomentar y garantizar el ejercicio de los derechos de mediación de las ciudadanas y los ciudadanos, comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, pueblos afro ecuatoriano y montubio, de manera protagónica, en la toma de decisiones que corresponda, la organización colectiva autónoma y la vigencia de las formas de gestión con el concurso de la ciudadanía; instituir instancias, mecanismos, instrumentos y procedimientos de deliberación pública entre sus diferentes niveles y la sociedad, para el seguimiento de las políticas públicas y la prestación de servicios públicos; fortalecer el poder ciudadano y sus formas de expresión; y, sentar las bases para el funcionamiento de la cooperación comunitaria, así como, de las iniciativas de rendición de cuentas y control social.

Impacto de los procesos de reforma en los Sistemas de Salud y en la participación social en salud

Las reformas que han sido implementadas en los Sistemas de Salud en diversos países, han llevado a modificar el rol del Estado, así como el papel del mercado en relación con la financiación y provisión del sector salud. Estos lineamientos han centrado sus ideas en la promoción de la eficiencia en el uso de los recursos destinados a la salud, a mejorar la capacidad de gestión de las instituciones, así como a propiciar el empoderamiento social de los ciudadanos (OMS 1996). En relación con la descentralización, el manejo del gasto es uno de los factores a los que se le ha concedido mayor importancia, delegándose a las administraciones municipales la responsabilidad frente al manejo de los recursos, y la conducción de esfuerzos para la identificación y solución de sus propias necesidades.

En general, la descentralización ha buscado transferir responsabilidades a la sociedad civil, buscando una gestión autónoma y eficiente en el manejo de los recursos, lo cual exige que se promueva un mayor respeto hacia el ejercicio de la democracia. En este sentido, se ha concebido la participación como “el comprometimiento de la ciudadanía en los procesos de toma de decisiones, que se relacionan al desarrollo económico, social y político, así como el involucramiento en la ejecución de dichas decisiones” (Montero, 2006)

No obstante, el enfoque gubernamental, ha centrado sus preocupaciones en hacer un uso eficiente de los recursos administrativos, y en buscar una mayor vinculación entre los sectores público y privado en el desarrollo de los planes de salud. Es a raíz de estos planteamientos, que se ha generado una mayor participación del sector privado en los sistemas de aseguramiento y se han promovido las contribuciones, dentro de un marco complejo que pretende posibilitar el acceso a los servicios de salud de los sectores con

menor poder adquisitivo. En este sentido, el modelo económico que busca la privatización de lo público, conlleva a que el Estado se convirtiera en un supervisor de la modernización opuesto a los mecanismos intervencionistas, adquiriendo la participación, un valor renovador de la acción colectiva.

La visión contemporánea de participación social en 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. Surge entonces la demanda de una mayor responsabilidad del sistema frente a la ciudadanía y la necesidad de implementar distintos mecanismos de participación, ya sean individuales o colectivos, que permitan a las personas ejercer control sobre sus derechos de protección de la salud.

Entre los obstáculos que han limitado la participación ciudadana en el sector salud se destacan: la desigualdad en la distribución de los ingresos, el carácter poco conocido de los derechos de las personas en relación con los servicios públicos, la escasa información acerca de sus derechos y la ausencia de mecanismos que permitan hacerlos efectivos, la precariedad con la que los mecanismos de control reconocen la diversidad social y recogen la opinión de las minorías o de los sectores más marginados y el débil desarrollo de las organizaciones sociales.

Se puede decir que en los países que han implantado reformas estructurales en el sector salud, pasando de una lógica de Estado benefactor y prestador de servicios a una participación del sector privado bajo la premisa de regulación competitiva de la relación oferta/demanda en los servicios públicos siguiendo las reglas del mercado, existen algunos grupos o redes sociales que participan en los procesos de diagnóstico, decisión política y control social, pero que con frecuencia tienen un carácter informal, esporádico, políticamente débiles y sin articulación con la base social representada, por lo cual no siempre son convocados a participar o de serlo acaban asumiendo un carácter asesor, dedicados a tareas administrativas menores y con limitado poder decisorio. Esa realidad contrasta con la presión que ejercen los grupos más organizados que responden a los intereses corporativos de economía privada presentes en el sector.

En países como Chile, Colombia y Costa Rica, se han realizado esfuerzos orientados a identificar la opinión de los ciudadanos a través de mecanismos como la implementación de sistemas de información y reclamación, la conformación y potenciación de las asociaciones de usuarios y las organizaciones de consumidores, la realización de encuestas de opinión y la definición desde el Ministerio de Salud de los países arriba nombrados tienen compromisos sobre cobertura, calidad y oportunidad del servicio. Aún se está lejos de contar con los instrumentos apropiados para que la ciudadanía ejerza un control real y efectivo sobre los prestadores de servicios de salud y comprenda que participar no es una concesión que hacen las autoridades, sino un derecho.

En el caso salvadoreño la experiencia desarrollada por los SILOS de la Zona Norte favorecieron la apertura de espacios democráticos y el ambiente de concertación que existía en la sociedad con posterioridad a los acuerdos de paz, por la experiencia organizativa que ya habían desarrollado los actores sociales en el nivel local y por el interés de la OPS y de la cooperación holandesa de aplicar la estrategia de Atención Primaria en Salud; sin embargo, hubo aspectos del contexto que también limitaron su desarrollo tales

como: la persistencia de posiciones conservadoras en el sector gubernamental y la pobre inversión social como consecuencia de las exigencias de los programas de estabilización y ajuste estructural.

Además de definir dentro de su estrategia la necesidad de la participación y los contenidos de la misma, se desarrolló un proceso participativo en el Salvador que inició con formas sencillas como la ejecución de acciones conjuntas y aporte de materiales por parte de los actores involucrados (MSPAS, ONG, Comunidades y Gobiernos Locales) y avanzó progresiva y sostenidamente hacia formas más complejas de participación como la toma de decisiones y la evaluación de lo realizado.

Se desarrollaron en los actores locales mecanismos y capacidades para la participación, fortaleciendo, estimulando y replicando las instancias organizativas comunitarias ya existentes y creando instancias adicionales de conducción en el ámbito local, municipal y regional. El SILOS capacitó a los actores en todas estas instancias a fin de cualificar y acrecentar su participación.

Susan B. Rifkin (1990) señala que la participación de la comunidad debe ser vista en la evolución histórica de la propia comunidad, dividiéndose en tres partes: 1. El desarrollo de la comunidad, que defiende la participación comunitaria y apoya al contexto socio-económico existente. 2. La participación popular, que debe orientarse hacia la transformación de las situaciones sociales y económicas que provocan la pobreza, la opresión y la injusticia. 3. La capacitación, que promueve la participación como el medio por el cual los individuos, dentro de los contextos de la comunidad, tienen la oportunidad de adquirir experiencia y habilidades para transformar sus propias vidas y su situación de vida. Entre los ejemplos de éxito en los programas de participación comunitaria, esta autora señala el caso de Costa Rica, que en los años 70 desarrolló, a través de comités equipados y supervisados en 44 comunidades, centros de nutrición, sistemas de aporte de agua, jardines infantiles organizados y distribución de la comida, según la evaluación de las necesidades de cada comunidad.

Llona M. (2001) en su artículo “Gestión local y participativa” explica los elementos a tomar en cuenta para el empoderamiento de la comunidad:

1. Quién lidera el proceso (en este caso la municipalidad) debe tener un objetivo político claro y ser capaz de transmitirlo a la población.
2. Es necesario determinar las herramientas a ser utilizadas en el proceso. Por ejemplo la concertación de actores, en tanto permite articular esfuerzos y construir alianzas; o en el caso del presupuesto participativo, que define un “espacio”, un mecanismo institucional para la decisión de la población sobre el gasto público. En ambos casos se abren canales de participación ciudadana que se van institucionalizando a partir de espacios públicos donde se discute y construyen consensos.
3. Las instancias de decisión deben ser claras, así como los roles de cada actor en el proceso, de manera tal que los actores puedan determinar qué es negociable y qué no.
4. Los mecanismos legales se convertirán en el soporte de este proceso, y serán un elemento básico para la institucionalización de los canales de participación ciudadana. Los espacios de participación, abiertos a la colectividad local, son un elemento importante para la sostenibilidad de los procesos de este tipo. (Llona 2001)

Las contribuciones de las personas pueden realizarse en dos áreas principales. La primera se encuentra en la aportación de recursos que incluyen dinero, materiales y recursos humanos. Limitados por los recursos, los pobres pueden contribuir con su trabajo hacia la construcción o mantenimiento de las instalaciones de salud, o servir de trabajadores de la salud de la comunidad y ser movilizados para unirse esquemas de financiación comunitarios. Estos esquemas permiten a las personas para que contribuyan con el costo de los medicamentos o seguro para el costo de la atención en caso de enfermedad, mientras pretender abordar la cuestión de la equidad apuntando apoyo para aquellos que más lo necesitan, hacen muy poco, en la práctica, abordar el empoderamiento. (Rifkin 2003)

Alenda S. (2001) en la ponencia para la OPS titulada “Evaluación de la participación ciudadana en las experiencias de desarrollo integral del programa de ciudadanía y gestión local” realiza un análisis de dos experiencias exitosas en términos de participación ciudadana: 1. La comunidad Lafkenches, compuesta a su vez por nueve comunidades indígenas (1700 personas) que se organizan en asociación y reclaman la autogestión territorial de los recursos marítimos de los cuales depende el sustento económico de las comunidades y la superación de la pobreza. 2. Las caletas de Tocopilla: Que constituyen 24 familias de buzos mariscadores que logran construir una red de alianzas de organizaciones de base, autoridades locales, servicio público y organización a nivel nacional. (Alenda 2001). La participación, más que un asunto técnico, es un asunto que entraña la redistribución del poder, en el ámbito político, con la capacidad de la comunidad para incidir en las decisiones que afectan la salud, entendida esta en un concepto amplio como bienestar, por ende tiene que ver con la calidad de vida y no solamente con la atención médica. (Buitrago s/f)

La sostenibilidad de la participación dependerá de la apropiación del proceso por parte de los beneficiarios. Ellos deberán asumir un “diagnóstico” de una etapa de la historia de cada comunidad y del desarrollo político de su sistema, interiorizándolo como un valor de su cultura política. A su vez, todos deberán aceptar las “tarea” que de allí se derivan y una imagen global estratégica de desarrollo. Los diseños metodológicos que se requieren para el seguimiento de la participación popular son múltiples y novedosos. Las variables a utilizar en una evaluación social pueden ser: a) La eficacia de la inversión social; b) El mejoramiento de los niveles de eficiencia; c) El incremento del control social de la vida comunitaria; d) El fortalecimiento de los actores sociales; e) Los actores de las comunidades diferenciados por tipo de beneficios; g) La capacidad de actuar en situaciones dominadas por la heterogeneidad. Los instrumentos de una evaluación política podrían ser la medición de: a) Situaciones de participación que permitan establecer el rango de cumplimiento de los objetivos perseguidos; b) Los niveles de participación en los centros de adopción local de decisiones previstos por la legislación; c) La apropiación y uso de los instrumentos de participación por los beneficiarios; d) Las modificaciones en el funcionamiento del sistema político medidas, por ejemplo, a través de las nuevas correlaciones electorales. (Verdesoto 1996)

¿Para qué una estrategia de concertación en el ámbito local?

Concertar es integrar diversos actores en sistemas de negociación y la conformación de agendas públicas, circunstancias que requiere que cada uno de los intervinientes se reconozca como participante social y político legítimo. De alguna manera, el proceso de planeamiento vinculado a algunas estrategias de concertación, pretenden ser uno de los

instrumentos para hacer posible el espacio de negociación y de establecimiento de acuerdos, el incremento de los recursos, su utilización más racional, el establecimiento de redes de cooperación, la obtención de resultados, la aplicación de algunos instrumentos de gestión modernos y la construcción de una visión de conjunto, constituyen los motivos para crear una estrategia de concertación. (Romero s/f)

¿Cómo lograr el empoderamiento de una comunidad?

Existen grandes dificultades en el sector salud para asumir un liderazgo que responda adecuadamente a las necesidades sentidas de los grupos. El reto es escuchar a la gente y evitar la tentación de manipular los procesos participativos con objetivos diferentes a los de responder a las prioridades identificadas por la comunidad. Los gobiernos tienen la responsabilidad de apoyar una filosofía orientada a la gente como base para lograr la meta de "Salud para todos", y los trabajadores de salud pública tienen la obligación de rechazar cualquier distorsión de esta que disminuya su verdadero propósito y finalidad. Y también tienen la intención de evaluar el impacto de sus políticas y programas. Los ciudadanos deben comprometerse a exigir el desarrollo de procesos democráticos, de hacer oír sus voces y que sus opiniones sean tomadas en cuenta; todo ello, a través de la capacitación a la comunidad, en cuanto a sus deberes y derechos. (Espinosa 2001). El cuestionamiento de la pauta cultural, que involucra no sólo la suspensión de la duda sino también la ordenación arbitraria de la realidad, la selección de la información de acuerdo con las necesidades inmediatas de la acción y un orden de prioridades que antepone los intereses prácticos a la búsqueda de la verdad y la certeza. (Estrada 2000)

La escalera de participación de Arnstein se yuxtapone a los ciudadanos impotentes con los poderosos con el fin de poner de relieve las fundamentales divisiones entre ellos. En realidad, ni los que no tienen ni los detentadores del poder son homogéneos bloques. Cada grupo abarca una gran cantidad de puntos de vista divergentes, divisiones importantes, compitiendo los intereses creados y subgrupos astillados. (Arnstein 1969)

Tanaka M. (2002) realiza un estudio crítico sobre las trampas de la focalización y la participación. Y señala que el examen cuidadoso de estos programas sociales muestra, que estos adolecieron de serias deficiencias. Primero, se trató de esfuerzos siempre insuficientes, concedida la magnitud del fenómeno de la pobreza, Y proporcionadas las características de la conducción macroeconómica y la ausencia de políticas sectoriales. Esto resulta particularmente claro en el mundo rural, en donde se concentra la pobreza extrema. Segundo, al tratarse de programas en su mayoría "especiales", se facilitaron sin coordinación con los ministerios sociales, produciéndose superposiciones. Tercero, dado que se siguió un criterio de focalización, básicamente geográfico, que resultaba siempre insuficiente, el acceso a los programas dejó amplio margen para el desarrollo de prácticas clientelares por parte de las autoridades. Cuarto, en tanto la dimensión participativa implicaba responder a las demandas de la población organizada, se produjo un sesgo a favor de los grupos con mayor capacidad de acción colectiva (que con el tiempo se han convertido en grupos de interés), y en desmedro de los más pobres y desprotegidos, caracterizados precisamente por menores grados de organización.

2.- ESTRATEGIAS DE CAMBIO

Hipótesis dinámica.

Poner a funcionar el comité de salud y la junta de participación comunitaria, dándoles las herramientas para la identificación de los problemas, las necesidades de la población y la toma de decisiones para la selección de alternativas de solución conjuntamente con el equipo de salud, lo que permitirá que la población esté representada y que el SCS de Fajardo trabaje sobre la base de intereses y necesidades reales de su comunidad.

Estrategias de cambio e instrucciones operativas.

Estrategia No. 1

Crear un comité de salud con representantes comunitarios y personal de salud que participe en la toma de decisiones.

Esta propuesta involucra como responsables a los líderes locales y a las autoridades sanitarias jurisdiccionales, que podrán estimular, sostener y acompañar instancias participativas en todos los niveles. Así mismo, implica el compromiso de los profesionales de salud, de los usuarios de los servicios y de la población, en la efectivización y control de las acciones emprendidas.

Instrucciones operativas

- Acordar con el personal médico que acepten la formación de un comité de salud con representación comunitaria.
- Pactar con los actores comunitarios para que acepten formar parte del comité de salud
- Seleccionar a los delegados de la comunidad que formarán parte del comité.
- Establecer las funciones del comité
- Elaborar un plan de actividades.
- Facilitar el encuentro y la participación de los distintos actores a través de reuniones, talleres y seminarios.
- Promover la participación a través de la formación y fortalecimiento de redes.

Estrategia No. 2

Capacitar al equipo de salud sobre las diferentes definiciones de participación y su valor, para la detección y solución de los problemas de salud individuales y colectivos.

Esto permitirá estimular conductas y actitudes favorecedoras de un desempeño autónomo y responsable en relación con los estilos de vida de la comunidad, la recreación de un ambiente saludable y la atención de la salud-enfermedad en el Subcentro de Salud de Fajardo.

Instrucciones operativas

- Realizar talleres para informar al equipo de salud de Fajardo sobre la verdadera participación comunitaria.
- Favorecer instancias participativas a través de personas u organizaciones capacitadas para tal fin, en los distintos espacios de salud colectiva e individual: comunidades, barrios y establecimientos de salud de diferentes niveles.
- Acompañamiento en servicio para favorecer el reconocimiento de la autonomía de los pacientes y las diferentes organizaciones socioculturales que puedan tener en su perspectiva del proceso salud-enfermedad-atención con la finalidad de crear desde la consulta una conducta que favorezca la participación del usuario externo.
- Fortalecer los aspectos relacionados con la comunicación con los pacientes.

Estrategia No. 3

Revisión con la comunidad del concepto de participación y su utilidad como parte del desarrollo de la comunidad

En la carta de Ottawa se establece una clara referencia a la participación ciudadana activa de la población como principio insoslayable para favorecer la promoción de la salud (OPS/OMS 1996). Dicha participación debería surgir de un proceso en que se incrementen las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que se opte por todo lo que propicie salud. La participación, por lo tanto, debería entenderse como un proceso que comienza con la realización de actividades pedidas por otros, pero que progresivamente lleva a tomar parte en la capacitación, la difusión, la evaluación, el planeamiento y la toma de decisiones. Lo que se propone para lograr esta estrategia en el Subcentro de Salud de Fajardo es lo siguiente.

Instrucciones operativas

- Realizar talleres que permitan la incorporación del conocimiento necesario para que representantes de la población participen activamente y tengan la capacidad de influir en la forma en la que se presentan los servicios, así como en la manera en que se enfrentan las condiciones de la vida y de trabajo que determinan la situación de salud, lo cual equivaldría al proceso de gestión de la propia salud.
- Realizar actividades participativas con personas u organizaciones capacitadas para tal fin, en los distintos espacios de salud colectiva e individual: comunidades, barrios, establecimientos de salud de diferentes niveles, que motiven a la población a participar en aspectos relacionados con la unidad de salud de Fajardo.

Objetivo General

Apoyar en el desarrollo del empoderamiento de la comunidad y de los actores internos del Subcentro de Salud de Fajardo para la toma de decisiones y conseguir la participación social en salud y que hagan tangibles mejoras en la situación de salud de la comunidad. Definir los mecanismos tanto formales como informales de participación social en salud;

reconocer su impacto en el ámbito comunitario a fin de promover estrategias de mejoramiento de los servicios de salud.

Objetivos específicos

- Reconocer el concepto de participación social que tienen los distintos actores vinculados con los servicios de salud en la población de Fajardo.
- Determinar el nivel de participación social en salud que se desarrolla con la comunidad de Fajardo.
- Diseñar estrategias que posibiliten el empoderamiento y la participación social de los usuarios basadas en dinámicas de exigibilidad de derechos.
- Fortalecer canales de participación existentes a nivel comunal en el ámbito de la salud pública.
- Adaptar y aplicar, por medio de estrategias participativas, una herramienta de sondeo de opinión que permita describir la situación de salud a nivel comunal.
- Generar propuestas comunitarias para enfrentar problemas de salud evidenciados por medio del sondeo de opinión.

3.- METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Evaluación Operativa

Área de estudio

El presente estudio se llevó a cabo en la provincia de Pichincha, en el Cantón Rumiñahui, en la ciudad de Sangolquí, en la población de Fajardo, que corresponde al Área de Salud No 15 del MSP y en el Subcentro de Salud de Fajardo.

Método

La investigación Acción - Participativa, es la metodología que se encuentra en la base de esta propuesta de investigación, en tanto propone la aplicación del método científico para el diseño de la investigación, los objetivos, recolección de datos, entre otros. Además y sobre todo la investigación Acción Participativa (IAP) se transforma en la herramienta para la generación de vínculos virtuosos de reflexión-dialogo-acción aprendizaje, entre los participantes con miras al empoderamiento de la comunidad.

En relación con el enfoque metodológico, la siguiente investigación se desarrolló con diseño mixto, se ha propuesto contar con información cuantitativa acerca de la situación de salud a nivel local; sin embargo, los acuerdos para el inicio de la investigación surgen de un proceso participativo, relevante en el desarrollo de esta iniciativa. La descripción de las técnicas utilizadas será descrita posteriormente.

En cuanto al nivel de profundidad, la investigación es de carácter exploratorio, pues a pesar de la existencia de otros diagnósticos de salud, no hay antecedentes de un diagnóstico de salud comunitario en la población de Fajardo. Se alcanza, además, un nivel descriptivo, ya que se busca entregar una descripción acerca de los problemas de salud identificados por habitantes de la comunidad. En cuanto al diseño de la investigación, se constituye un proyecto no experimental transversal, dado que la evolución de la información se llevará a cabo en un momento único de las personas. El paradigma crítico subyace al desarrollo de la propuesta de análisis.

La estudio considera el empoderamiento como un medio y un fin. Un medio en tanto es una estrategia desplegada para el logro de los objetivos propuestos de manera conjunta entre representantes de la comunidad y las instituciones y un fin, en tanto la investigación busca fortalecer las potencialidades de los participantes dentro de su comunidad.

Específicamente, la Investigación Acción Participativa es utilizada como elemento integrador, representando la mirada desde la cual se puede entender el proceso desplegado en relación con los datos obtenidos en la fase cuantitativa y los pasos que dieron resultado al total de la información generada.

A continuación, se detalla aspectos relevantes de los enfoques utilizados en la investigación:

Enfoque Cuantitativo

El carácter cuantitativo se basó en la aplicación de 297 encuestas.

A partir de la revisión bibliográfica acerca de otras investigaciones descriptivas realizadas en el ámbito de la salud, se consideró apropiado adaptar la encuesta Himmel a las necesidades de esta comunidad. Se optó por algunas preguntas del módulo individual y familiar según se consideraron relevantes para el estudio y fueron validadas por los actores locales, quienes incrementaron preguntas relacionadas a la evaluación del funcionamiento de los Centros de Salud con cobertura local.

El instrumento final presenta en su estructura preguntas:

Las primeras cinco preguntas aluden a problemas de salud en el ámbito de la familia: problema de salud de algún miembro del grupo familiar, acciones seguidas para resolver los problemas de salud que se les presentan, entre otras.

¿Cuáles de estos problemas de salud han estado presentes en este hogar durante este último año? ¿Qué hacen para enfrentar el problema más serio?

Se incorporaron preguntas que aludían al nivel individual: se consultó por el grado de satisfacción acerca de la situación personal de salud, el sistema de protección en salud (previsión) y la percepción sobre el ejercicio institucional en salud para las entidades de cobertura local, esto último, implicó que evaluaran con escala de 1 a 7, según estamento e institución. Por ejemplo: ¿Usted diría que en general, su situación de salud es buena, regular o mala?

A nivel de contexto, se consultó por los problemas presentes en el barrio donde residen los encuestados, solicitándose ordenarlas por prioridad. Por ejemplo ¿cuáles son los problemas que están presentes en su barrio o localidad?

Para describir la situación socioeconómica del grupo familiar se consultó por escolaridad y situación ocupacional del jefe de familia. Por ejemplo: ¿cuál es la situación ocupacional del jefe de hogar?

Se finalizó con dos preguntas que aluden a la situación habitacional en cuanto al material de construcción y orientación de la vivienda con respecto del sol, preguntas incorporadas para estudios posteriores.

Muestreo del enfoque cuantitativo

El muestreo fue probabilístico y aleatorio simple. Es decir, todas las manzanas tuvieron la misma posibilidad de ser elegidas. De este modo, con el nivel de confianza y una varianza de la selección definida, se obtuvo una muestra de 297 familias: una encuesta por familia.

Se identificó a cada vivienda censal como unidad de análisis, y dentro de ella, el grupo familiar que habita la residencia elegida para cada encuesta.

La indagación se aplicó a 297 personas, mayores de edad y residentes en la comuna.

La opción de no considerar otros aspectos demográficos tales como sexo, situación económica, entre otros, responde a la necesidad de obtener una muestra elegida al azar.

Evaluación Analítica

Estrategia General de Análisis

El análisis cuantitativo de los datos obtenidos se realizó, bajo un enfoque de estudio estadístico descriptivo. Una vez aplicada la encuesta, se ingresaron los cantidades obtenidos a una planilla de base de datos SPSS versión 11.5, a fin de generar resultados descriptivos en términos de promedios y desviaciones estándar, además de los gráficos correspondientes.

Participantes

En relación con el sondeo de opinión, se consideró la participación de 297 familias a quienes se aplicó la encuesta, mayores de edad y residentes en la comunidad de Fajardo, sin restricción en cuanto al sexo, nivel económico, actividad y nivel de educación.

Enfoque Cualitativo

Dado que esta investigación se enmarca en un proyecto mayor orientado al protagonismo de los participantes, se optó por una estrategia de investigación-acción-participativa, que implicó una serie de discusiones a nivel local para la adaptación del instrumento a emplear, la organización del proceso de investigación, la reflexión acerca de los datos obtenidos tras la aplicación de la encuesta y la elaboración de propuestas comunales para la elaboración del informe institucional.

A continuación se detallan los elementos del enfoque cualitativo utilizando el análisis documental de las políticas públicas: el objetivo es determinar los factores y agentes que afectan su eficacia. Para ello, se hará una revisión de los siguientes documentos: constitución política, legislación existente, entre otros. El resultado de este ejercicio, permitirá identificar la existencia o no de un enfoque de equidad en el manejo de participación social, los roles de los agentes sociales previstos en la política, los mecanismos reguladores, el sistema de valores subyacente. Las fuentes incluirán publicaciones especializadas de manejo social en el país, investigaciones publicadas sobre participación social en salud y documentos elaborados por organismos gubernamentales. Para este ejercicio, se utilizó la metodología de análisis de estrategia social definida por Walt y Gilson (1995).

Se identificarán las opiniones, expectativas, intereses y la influencia de las políticas en los técnicas de intervención social en salud, a través de entrevistas a profundidad con actores claves: personal de salud cuyos cargos exijan la atención de usuarios, representantes de las organizaciones sociales, que permitan contrastar el papel de los ciudadanos en relación con las políticas de participación social en salud formuladas en el país. Las entrevistas fueron registradas y transcritas literalmente.

Sobre la base de la información cuantitativa, se elaboró una encuesta que mida el nivel de conocimiento sobre mecanismos de participación de los usuarios, así como sus percepciones, actitudes y experiencias con los mismos. Se obtendrá información demográfica y socioeconómica, así como el tipo de atención en salud a fin de establecer correlaciones en las respuestas.

Se consignó la información en cuaderno de campo y en relación con ello, se fueron haciendo acuerdos sobre la base del comportamiento espiral de la investigación, que alude al proceso cíclico en que se alternan acción y reflexión.

Muestreo dentro del enfoque cualitativo

Debido a que se trata de una IAP, las personas que participaron en la investigación fueron principalmente agentes comunitarios, quienes asumieron un rol activo ante su entorno. Estos actores se involucraron desde el diseño hasta la evaluación del proceso.

Entendiendo que la Investigación Acción Participativa, asume la investigación como la interacción entre la teoría y la praxis, se reconocerán los sujetos de la investigación como actores que participan en la transformación de sí mismos y de su realidad. Por ello como principal estrategia de interacción investigador y participantes actuarán como pares, desde el diseño de la propuesta, hasta su desarrollo y su proyección, buscando que los ciudadanos se asuman como sujetos de derechos.

Fuentes de información

Las fuentes de información fueron primarias. Concernirán a las personas que respondieron a los talleres que fueron realizados para empoderar a la comunidad y a los actores internos del SCS de Fajardo. Además se evaluó los talleres de actores internos y externos y el taller final de negociación.

Instrumento de Recolección de Información

La recolección de información de carácter cualitativo incluyó la entrevista grupal como instrumento de recolección de datos.

La entrevista grupal se basa en las narraciones comunes de los entrevistados para la construcción de la realidad social, dentro de las ventajas de esta técnica se destaca su bajo costo, la riqueza de los datos que proporciona y que promueve la estimulación de los entrevistados en el recuento de acontecimientos (Flick 2007).

En la investigación se realizó una entrevista grupal final luego del taller, en torno a la discusión de los conceptos considerados clave en la investigación y los procesos de empoderamiento de los participantes.

La entrevista grupal se diferencia del debate de grupo, en cuanto al propósito perseguido, pues la primera busca conocer las opiniones de los participantes en relación con ciertos tópicos, mientras que el segundo se centra en los procesos comunes de resolución de problemas, por ello se destaca como mecanismo de corrección; en la dinámica grupal se moderan las opiniones extremas o no aceptadas socialmente (Flick 2007).

4.- RESULTADOS

Dado que la investigación realizada implicó la utilización de técnicas cuantitativas y cualitativas, se ha optado por mantener la presentación por separado, sólo para efectos ilustrativos. El instrumento utilizado para recabar la información cuantitativa se consigna en el Anexo 1.

Resultados de la Fase Cuantitativa

Con respecto a los resultados obtenidos por medio de la aplicación de la encuesta se tiene que de los hogares encuestados, un 62.3% -185 familias- están compuestas por 4 a 5 integrantes.

Problemas de Salud presentes en el Grupo Familiar

En cuanto a los problemas de salud, la tabla No. 4 muestra lo que grupos familiares identificaron como problemas. Un 29,28%, (87 de las familias) identificó a las infecciones respiratorias como su principal causa de morbilidad; dentro de los otros problemas de salud, que se mencionaron con mayor frecuencia, están los problemas ginecológicos con el 26.82% (80 familias); el problema del tracto digestivo obtuvo un 16.08% (48 familias).

Tabla No. 4

Problemas de salud identificados en el grupo familiar

Morbilidad	Nº de pacientes	Porcentaje
Infecciones respiratorias agudas	183	29.28
Ginecológicos	163	26.08
Digestivos	83	16.80
Infecciones de vías urinarias	65	10.40
Micosis	49	7.84
Infecciones cutáneas	24	3.84
HTA	22	3.52
Oftalmológicos	18	2.88
Anemias	13	2.08
Discapacidades	5	0.80
Total	625	100 %

Fuente: Trabajo de campo realizado por: Ricardo Andrade P.

Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. Maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

Prioridades a nivel comunal

De acuerdo a los problemas de salud mencionados con anterioridad, los encuestados priorizan la salud bucal u oral muy frecuentes en su grupo familiar, tal como se detalla en la tabla No 5.

Tabla No. 5

Problemas de salud priorizados

Prioridad 1	Prioridad 2	Prioridad 3
Problemas odontológicos	Hipertensión arterial	Problemas gástricos
Hipertensión arterial	Problemas odontológicos	Hipertensión arterial
Enfermedades respiratorias	Problemas oftalmológicos	Problemas oftalmológicos

Fuente: Trabajo de campo realizado por: Ricardo Andrade P.
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. Maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

En relación a los resultados contenidos en la Tabla 5, se desprende que los cinco problemas de salud considerados más importantes por los encuestados son los siguientes:

- a) Problemas odontológicos
- b) Hipertensión arterial
- c) Enfermedades respiratorias
- d) Problemas oftalmológicos
- e) Problemas gástricos

Acciones seguidas para resolver los problemas de salud

En cuanto a la forma de resolver los problemas de salud del grupo familiar, el 87.5% acude a la consulta de salud del médico u otro profesional de la salud. Hay, por tanto, un 12.5% de personas que buscan otras alternativas distintas a la medicina alopática.

El 80.5% de los encuestados refiere haber recibido atención de salud, en cualquier tipo de institución prestadora de servicios, durante el último año. Acerca del lugar en que han recibido atención se encuentra lo que se detalla en la tabla siguiente:

Tabla No.6

Lugar en el cual ha recibido atención durante el último año

Institución	Porcentaje
Consultorios de atención primaria en SCS de Fajardo	43.3
Centro comunitario de atención privado	27.9
Hospital cantonal de Sangolquí	14.9
Institución militar	13.2
Farmacia, comunidad u otro lugar	0.7
TOTAL	100 %

Fuente: Trabajo de campo realizado por Ricardo Andrade P.
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. Maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

En caso de enfermedad grave, se mantiene la misma tendencia mencionada con anterioridad, pues un 59.2% acude al Servicio de Atención de Urgencia del Hospital de Sangolquí para buscar solución a su problema de salud.

Tabla No. 7

Institución a la que acude en caso de enfermedad grave

Institución	Porcentaje
Servicio de atención de urgencias de hospital de Sangolquí	59.2
Consultorios atención primaria militar	11.4
Hospitales	14.5
Sector privado	14.9
Total	100%

Fuente: Trabajo de campo realizado por Ricardo Andrade P.
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. Maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

Si se consideran los porcentajes expuestos en la Tabla 4, el 85% de la población encuestada acude al sector público de salud en caso de enfermedad grave.

Grado de satisfacción individual

Si se considera el grado de satisfacción de los encuestados acerca de su propia situación de salud, encontramos que un 33% percibe que su contexto de salud es bueno; un 45.3% opina que su estado de salud es regular y un 21.6% opina que es malo, tal como se expone en la tabla No. 85:

Tabla No. 8

Situación de salud a nivel individual

Percepción salud individual	Porcentaje
Buena	33.1
Regular	45.3
Mala	21.6
Total	100.%

Fuente: Trabajo de campo realizado por Ricardo Andrade P.
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. Maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

Problemas del Entorno

En relación con los problemas que están presentes en el barrio y afectan la situación de salud de la población, los más mencionados son: seguridad pública, presencia de vectores de transmisión de enfermedades como ratones, moscas, y perros callejeros. El transporte público es escaso en la zona.

Tabla No. 9

Problemas presentes en el barrio o localidad

Problemas del Barrio	Porcentaje
Seguridad pública	80.4
Presencia de vectores.	69.5
Transporte público	66.1
Falta de plazas y áreas verdes	60.2
Falta de participación social	59.0
Falta de espacios para la cultura	57.5
Iluminación	52.9
Limpieza de calles y veredas	47.6
Presencia de malos olores	46.6
Falta de servicios básicos de salud	46.6
Falta de identificación con la columna	44.4
Falta de locales comerciales para compras diarias, semanales, etc.	43.2
Falta de medios de comunicación	42.9
Contaminación acústica y atmosférica	42.5
Pavimentación	37.8
Falta de escuelas	36.1
Aislamiento	25.3
Otro problema no mencionado en esta lista	16.4
Comercio sexual	9.3

Fuente: Trabajo de campo realizado por Ricardo Andrade P.
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. Maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

A nivel comunal, de los problemas del barrio mencionados con anterioridad, se priorizan los siguientes:

Tabla No.10

Problemas prioritarios del entorno

Prioridad 1	Prioridad 2	Prioridad 3
Seguridad pública	Seguridad pública	Seguridad pública
Alcoholismo y drogadicción	Transporte público	Transporte público
Transporte público	Presencia de perros, ratones, moscas, etc.	Presencia de perros, ratones, moscas, etc. /Iluminación.

Fuente: Trabajo de campo realizado por Ricardo Andrade P.
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. Maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

Nivel educacional del Jefe de familia

En relación al nivel de escolaridad del jefe de familia, un 48,9% de los encuestados no ha terminado su enseñanza Media o Técnica Profesional. Un 27.5% ha finalizado dichos estudios. Un 4.6% tiene estudios universitarios incompletos; un 8.6% ha finalizado estudios superiores (universitarios) y un 0.4% de los encuestados refiere que el jefe de familia posee estudios de post grado.

Tabla No. 11

Situación educacional del jefe de hogar

Nivel educacional	Porcentaje
1 a 4 básico	2.1
5 a 6 básico	3.6
7 a 8 básico	15.7
Media incompleta	20.7
Técnica profesional incompleta	6.8
Media completa	22.5
Técnica profesional completa	14.6
Universitaria incompleta	4.6
Universitaria completa	8.6
Postgrado	0.4
Nivel educacional desconocido	3.4
Total...	100 %

Fuente: Trabajo de campo realizado por Ricardo Andrade P.

Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. Maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

Situación Ocupacional del Jefe de Familia

En el 13.1% de los hogares encuestados, el jefe de familia se encuentra cesante, mientras que un 49.5% cuenta con empleo, con oficio de obrero especializado o no especializado.

Tabla No. 12

Situación ocupacional del jefe de familia

Situación Ocupacional	Porcentaje
Retirado sin jubilación	7.6
Retirado con jubilación	5.5
Obrero no especializado	7.2
Obrero especializado	42.3
Empleado público sin personas a cargo	17.5
Pequeño empresario o con personas a cargo	13.1
Profesionales sin personas a cargo	6.2
Mediano empresario o directivo medio	0.3
Profesional independiente	0.3
Total	100%

Fuente: Trabajo de campo realizado por Ricardo Andrade P.

Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. Maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

En base a las condiciones de la vivienda de los encuestados, relacionada con aspectos físicos o infraestructura, el 94% refiere contar con piso cerámico, el 83.7% cuenta con vivienda de construcción sólida.

Resultados de la Fase Cualitativa

El proceso global que implicó la realización de la investigación involucró la participación de los siguientes actores sociales:

- Un total de 13 funcionarios de entidades locales y equipo de salud, participaron activamente.
- Participaron 45 dirigentes sociales, ya sea en la formulación del instrumento, la aplicación de encuestas y/o del análisis y elaboración de propuestas comunitarias.

Se detalla en la siguiente tabla la asistencia a las entrevistas/ debates grupales.

Tabla No. 13

Promedio de asistencia a entrevista y/o debate grupal según temas.

Trabajo grupal	Hombres	Mujeres	Total
1ero	3	7	10
2do	3	13	16
3ero	4	8	12
4to	4	3	7
TOTALES	14	31	45

Fuente: Trabajo de campo realizado por Ricardo Andrade P.
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. Maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

A continuación se describen los resultados obtenidos tras la realización de debate y entrevista grupales.

Debate Grupal para el Instrumento de Recolección de Datos

Se realizaron debates grupales para consensuar y definir el instrumento de recolección de datos a ser utilizado. Se presentó como insumo la encuesta de calidad de vida de la Comunidad de Fajardo y se agregó, para fines de conocer la situación socioeconómica, la escala de Himmel (2000), Además se añadieron algunas preguntas destinadas a conocer la percepción de la población en cuanto a los servicios prestados por entidades locales de salud. El resultado fue la encuesta de salud aplicada en la comunidad, la cual se ha adjuntado en los anexos de esta investigación.

En la investigación, tras los debates grupales, se logró llegar a acuerdos que permitieron la organización de la tarea de aplicación de encuestas; la reflexión sobre la base de los resultados cuantitativos y la elaboración de propuestas locales. Los debates incluyeron la participación de profesionales del S.C.S. de Fajardo y dirigentes sociales, contaron con la asistencia de un promedio de 20 personas.

Se detalla a continuación el tema específico de cada una de ellas:

- a) Debate grupal (tres talleres) para empoderamiento de la comunidad.
- b) Debate grupal-participación de 18 personas en cada uno- para organizar la aplicación de encuestas a nivel local.
- c) Debate grupal para el análisis de la información cuantitativa: a fin de conocer la percepción de los participantes acerca de los hallazgos encontrados y la elaboración de propuestas comunitarias. Participaron 22 personas.
- d) Entrevista grupal de evaluación en la cual se abordaron tópicos básicos para la investigación, tales como conceptualización de salud y empoderamiento, participaron en este debate 27 personas.

Para el análisis de la información cualitativa obtenida, se utilizó el método comparativo constante aportado por la Teoría Empíricamente Fundamentada o Grounded Theory (Glaser y Strauss, 1967). Sobre la base de las anotaciones en el cuaderno de campo, se realizó una codificación abierta, con el fin de encontrar identificaciones y categorías a los discursos para el desarrollo de géneros iniciales, por medio de procesos deductivos e inductivos.

Finalmente, se integraron las categorías para establecer las proposiciones resultantes del análisis, considerando las condiciones sociales en que se han generado los fenómenos encontrados en esta fase de la investigación.

Análisis de la Información Cualitativa

A partir de la aplicación de encuestas y la tabulación de datos, se obtuvo información cuantitativa acerca de la situación de salud a nivel local. Sobre la base de ello, se realizó una reunión grupal tendiente a tratar los resultados encontrados con la aplicación de la encuesta, esta reunión permitió conocer la opinión de los participantes en cuanto a los resultados, esta ponencia coincidió con la información cuantitativa encontrada.

Ante los problemas encontrados, se manifestaron propuestas innovadoras de abordaje, especialmente para aquellas de mayores incidencias de la siguiente manera.

- a) En cuanto a los problemas de salud presentados en el grupo familiar.

Los participantes concuerdan con la importancia del problema odontológico o de salud bucal, en la comuna. Aluden a la falta de horas de odontólogos en el Centro de Salud y a la escasa resolución del problema dental nivel primario. Proponen el aumento de horas asignadas y el mejoramiento de la capacidad resolutive de atención primaria en salud odontológica.

- b) En relación con los problemas comunitarios.

Los problemas concordaron en la relevancia de la seguridad pública, por ello proponen solicitar mayor apoyo de la policía: aumento de rondas por los sectores, mayor vinculación con la población, entre otros.

Para esto se invitó a la policía comunitaria a las reuniones del Comité de Salud puesto que aluden que la seguridad pública tiene relación con los temas de salud. En el mismo ámbito de la seguridad ciudadana, plantean la necesidad de buscar apoyo en las autoridades para la consecución de una mayor presencia de la policía.

- c) En referencia con los problemas relacionados con el consumo de alcohol actuarán como veedores del cumplimiento de la ley, del no expendio de alcohol los fines de semana y denunciarán del incumplimiento a las autoridades correspondientes.
- d) En cuanto a los problemas relacionados con el transporte público no realizan un análisis más detallado, puesto que plantean que se ha generado una agrupación local para tratar los problemas derivados de las cooperativas de transportes que sirven a la comunidad.
- e) Otro de los problemas ambientales identificados se relaciona con la falta de aseo en las plazas y áreas verdes. La solución propuesta es organizar a los vecinos para asear los espacios públicos: "limpieza en el barrio".

Para enfrentar el problema ambiental derivado de la alta presencia de vectores, focalizan la discusión en los perros sin dueño que deambulan por la comunidad y proponen aumentar la esterilización de mascotas. Se demostró un mayor interés por interiorizar más en la temática medioambiental y para ello se propuso establecer una conexión con la Unidad de Higiene Ambiental del Municipio de Sangolquí.

Entrevista Grupal de Cierre

La evaluación implicó convocar a dirigentes comunitarios que participaron en diferentes fases de la investigación, quienes discutieron acerca de los temas centrales para la indagación, entre los que destacan las concepciones de salud; la importancia del empoderamiento; del diagnóstico y la participación, los que se detallan a continuación:

Definición de salud

Los participantes tienen una noción amplia de salud, que agrupa los aspectos relacionados con la calidad de vida de las personas. Conducen con la definición de la Organización Mundial de la Salud que apunta al bienestar completo del ser humano (OMS 1946). Este detalle coincide con las expresiones de las personas de la comunidad. Salud es "*Bienestar*".

La literatura alude a la salud como una experiencia subjetiva, que puede variar de persona a persona. Los integrantes resaltan algunos de estos aspectos subjetivos revelando la tranquilidad, al sentirse bien, a la posibilidad de mejorar las condiciones de vida: "*Tranquilidad*"; "*La persona descansa, se siente bien, hay deseos de trabajar y de ir para adelante*".

Definen también salud por oposición, pues refieren aspectos relacionados con lo no saludable, poniendo acento en los problemas actuales de movilización: "*Mal, muy mal si uno tiene que esperar mucho rato*".

La participación ligada al ámbito de la salud se relaciona con una serie de aspectos que van desde la prevención a la promoción. Los participantes reconocen estos elementos, y

advierten distintos estadios en cuanto al nivel de prestaciones otorgadas en salud: “*Salud asistencial, familiar y promoción*”.

Para los participantes, la salud implica acciones recíprocas entre las personas, por tanto involucra intencionalidad en cuanto a dar y recibir, relacionan la salud con aspectos del entorno en correlación con otros “*Escuchar y ser escuchado*” (hombre, 45 años). De este modo, se vincula salud y redes sociales, en referencia a esta última es horizontal, independiente y complementaria y que permite asumir responsabilidades individuales y compartidas.

Diagnóstico, definición y funciones.

Al evaluar el proceso de investigación, por parte de los agentes comunitarios participantes, se puede dar cuenta de que el diagnóstico se configura como una herramienta que permite obtener una aproximación a la realidad, logrando de ella el conocimiento requerido para la toma de decisiones posibles que guiarán la acción: “*sacar radiografía para saber cómo continuar*”, según lo afirmó la paciente de 57 años. El conocimiento poseído por los participantes se relaciona de manera estrecha con el desarrollo del concepto de diagnóstico en la literatura, entendiéndolo como una herramienta para la acción, puesto que se orienta a conocer con el fin de actuar (AnderEgget *al* Aguilar 1995).

La aproximación a la realidad, supone obtener una visión general acerca de los recursos y los vacíos existentes a nivel local: “*Saber qué es lo que hay y cuáles son las carencias*”.

Consistente con la teoría, para los participantes el diagnóstico es visto como el punto de partida de cualquier intervención: “*Es lo primero*”, así lo expresó uno de los moradores de 58 años; “*Punto de partida para formar algo*”. Además cumple la función de entregar información necesaria para que los cursos de acción sean coherentes en relación con las necesidades de las personas; desde esta perspectiva, la información obtenida al realizar un diagnóstico se transforma en una guía para las estrategias a utilizar en la práctica: “*para marchar en un sentido*”.

De acuerdo con la metodología empleada, el diagnóstico realizado tiene un enfoque participativo, que permitió que los participantes se transformaran en actores esenciales en el proceso de elaboración de la propuesta, desarrollo de la investigación, recolección de datos y diseño de las trayectorias de gestión generados a partir del diagnóstico. De conformidad con la técnica empleada, el muestreo al azar y la elección de las personas a encuestar, los participantes defienden su propuesta valorando la importancia de haber consultado la opinión de los vecinos, sin hacer mayores diferenciaciones de acuerdo con su género y edad, entre otros: “*Les preguntamos a todos, sin importar su color*”; “*hicimos un diagnóstico abierto*”.

Por último, en relación con las dificultades relacionadas con el proceso diagnóstico, los participantes indican que el proceso participativo implicó un trabajo colectivo, en que hubo que discutir las ideas personales, respetando los puntos de vista de otros participantes, con la finalidad de llegar a acuerdos. Consistente con la IAP, la evaluación que los dirigentes hacen de este programa, da cuenta de las dificultades implícitas en el desarrollo interactivo, a pesar de esto, el tiempo involucrado fue valorado de manera positiva, puesto que el logro

obtenido es la realización de una investigación que incorpora diversas miradas y métodos reflexivos. Una de las dirigentes expuso: *“Están las ideas de todos nosotros. Eso es lo más complicado que hay, acuérdense que estuvimos trabajando seis meses...”*

Relación con la comunidad.

La creación colectiva por medio de la cual se adaptó el instrumento de recolección de datos, pretendía generar una vinculación con la comunidad basada en la confianza. Los dirigentes sociales reportan que se generó una vinculación positiva entre ellos y los encuestados, aunque con roles diferentes. Los pobladores de la comuna: *“La psicología que emplearon para que los recibieran”*; *“Me quedé callado, la gente se entregó, dio la facilidad que se soltaran”*.

La vinculación que se menciona se basó principalmente en la confianza, valorada positivamente por los participantes de la investigación diagnóstica: *“Les pedí la firma, me firmaban el documento”*; *“Aprendí de la familia, cuando le llega de verdad una cosa, se entregan”*.

La confianza señalada se relaciona con dos fenómenos, el primero de ellos se refiere al cambio social del cual se sienten responsables; el segundo, al compromiso sentido acerca de la importancia de devolver esta información a la comunidad. En síntesis, la intencionalidad buscada fue conocer la situación de salud para mejorarla y, desde este punto de vista, masificarla a la población interesada, permitiendo cerrar esta etapa diagnóstica y a la vez, fortalecer los lazos creados, en palabras de un dirigente: *“Si logramos llevar los resultados a la comunidad, la gente va a empezar a creer, el trabajo poblacional la gente lo ha recibido muy bien”*.

Por último, otro aspecto considerado relevante se relaciona con los aprendizajes adquiridos como resultado de la interacción con los pobladores encuestados: *“Cada persona se empapó de los problemas para el diálogo entre todos”*.

Relevancia del proceso global.

Consecuentemente con lo expuesto, los participantes consideran que el diagnóstico, ha implicado inversión de tiempo para la generación de procesos colectivos basados en la discusión y reflexión, como base para la realización de los logros propuestos.

Junto con ello, es posible observar la valoración positiva que se realiza acerca del tiempo invertido: *“Trabajamos hartos meses para saber cómo hacer la pregunta”*; *“Se pudo elaborar una propuesta en común, una participación colectiva, nos dimos el trabajo de varios meses”*.

Esta inversión de tiempo significó que los compromisos adquiridos por los integrantes, se cumplieran cabalmente. Así definen comunidad: *“Participamos todos, lo discutíamos, todo se hizo impecable”*.

En cuanto a los aspectos negativos que los dirigentes comunitarios consideraron al evaluar el proceso, aluden a la resistencia de algunas personas a ser entrevistadas: *“gente que no quería encuestarse y no asistir a talleres y no acudió a la discusión de nuestro trabajo”*.

En cuanto a los aspectos positivos del proceso, junto con valorar los espacios de discusión y reflexión grupal, refieren la importancia en la toma de decisiones para el logro de los fines estipulados: *“nos pusimos de acuerdo, perseguir un fin”* (mujer, 53 años); *“El trabajo grupal para ponerse de acuerdo”*.

Igualmente se considera positiva la discusión generada en el desarrollo de la investigación realizada: *“El debate ha sido maduro”*.

El rol asumido por los participantes, en tanto actores sociales, y los aprendizajes que han resultado del intercambio generado, han sido aspectos valorados de manera positiva, en el marco de la integralidad de la investigación diagnóstica: *“Un rol activo, de todo un poco, hemos aprendido”*; *“el que participó aprendió a desenvolverse mejor con otras personas”*. Lo anterior, se relaciona con aspectos propios de la metodología empleada, pues la investigación sentó sus bases en la IAP como eje central, para la cual las personas son vistas como sujetos, reconociendo sus potencialidades y favoreciendo el empoderamiento por medio de los flujos de información.

Las implicaciones del proceso, como una experiencia vivida para los participantes, generó expectativas relacionadas con la transformación, ésta última representa una de las finalidades de la IAP: *“Como quedas tú con la esperanza de que esto va a cambiar”*.

Lo más relevante dentro del proceso de investigación fue haber logrado el reconocimiento desde el 6 de enero del 2012, al Comité Pro mejoras del Gobierno barrial de Fajardo, como una institución de carácter legal y jurídico, por parte de la Alcaldía del cantón Rumiñahui; posesionó a la nueva directiva el 11 de febrero de este año entregando una casa de uso múltiple en la comunidad de Fajardo. Se conformaron cinco comisiones: de seguridad, salud, medio ambiente, trabajo en beneficio de grupos vulnerables, asuntos sociales y apoyo a las obras del municipio. Esto se lo pudo realizar gracias a la participación comunitaria. Siendo este trabajo de investigación una ventana de oportunidad para la colectividad, de un proceso que ellos venían trabajando, pero que fue catalizado luego de un empoderamiento adecuado en los diferentes grupos sociales de la comunidad de Fajardo.

Se espera que todos los proyectos ayuden al mejoramiento de las condiciones de vida en esta comunidad y se den a través de la participación comunitaria.

Participación

En la evaluación realizada, es posible diferenciar los tipos de participación y la valoración que los dirigentes hacen de ella. Evalúan de manera negativa la participación utilitaria, ejercida con el fin de conseguir arreglos individuales sin intención de mantener procesos colectivos, ese tipo de participación se relaciona con favores en actividades realizadas en el subcentro de salud y, se manifiesta, según el parecer de los asistentes, en algunas entidades más que en otras.

En consideración con aspectos ligados a la participación, los dirigentes indican los límites del grupo, el sentido de pertenencia y a la diferenciación con el grupo formado por dirigentes sociales.

Otro aspecto valorado de manera negativa fue la participación parcial de algunos dirigentes del Comité de Salud Local, quienes no intervinieron activamente en las discusiones grupales “*Vinieron una vez no más, no participó*”; “*No entendieron para qué y a dónde iba la cuestión*”.

Empoderamiento

El trabajo comunitario previo realizado entre el equipo de salud y los dirigentes sociales del sector, sentó las bases para que se pudiera realizar esta investigación. Esta última, surge a raíz de la importancia que ellos otorgan al diagnóstico, solicitado expresamente por ellos en respuesta a que consideraban falta de información para la realización de acciones comunitarias en salud. De este modo, se cumple con uno de los planteamientos de la IAP, que sugiere que el problema a investigar surge de la comunidad (AderEgget 1995).

El desarrollo de la investigación con el nivel de participación que implicó, permitió sustentar procesos incipientes de empoderamiento, prueba de ello es la importancia que le han dado las autoridades del cantón Rumiñahui y a la obtención de la personalidad jurídica como un medio para formalizar el espacio participativo del que forman parte: “Se evidencia la existencia de implicancias políticas de la IAP, pues tiende a la mirada crítica del entorno” (Montero 2006).

Otro aspecto relevante consiste en que la investigación ha permitido favorecer el desarrollo de apoderamiento en los participantes, se relaciona con la importancia otorgada a la independencia de la agrupación en cuanto a la unión comunal.

En sus inicios, se formó un Comité de Salud Local, posteriormente fue creciendo la agrupación y asumió la forma de Consejo de Desarrollo Local en Salud, para luego tomar el nombre de Gobierno Barrial de Fajardo; esta denominación responde a la importancia de haber sido reconocidos como una instancia de colaboración en cuanto a temas de salud comunal, en la cual los dirigentes se plantean de manera crítica el rol y la representatividad de la organización.

En cuanto a la función que asumen como dirigentes frente a la comunidad a la que representan, se otorga una importancia al mejoramiento de las condiciones de vida de sus vecinos, para ello están dispuestos a tomar acciones que obliguen a las instituciones a reaccionar favorablemente.

Por último, consideran primordial difundir la información obtenida a la población interesada en conocerla, a fin de mantener y dar continuidad a la investigación diagnóstica realizada. Si bien, valoran lo realizado, plantean la importancia de cerrar el proceso iniciado por medio de un evento con participación de las autoridades locales, los encuestados y a la población en general: “*Voy a quedar satisfecho cuando le entreguemos a la comunidad los resultados, cuando lo que propusimos se concrete*”.

Finalmente y contestando a los objetivos de esta investigación, el autor considera que este estudio fue un catalizador para desarrollar el empoderamiento en temas de salud y conglomerar los procesos de participación que ya se desarrollaban en la comunidad. Los colaboradores se encuentran más motivados pues el proceso de investigación quedó en sus manos y son dueños de los resultados. Se puede decir que se ha cumplido el objetivo de la

investigación, uno de los resultados tangibles es el reconocimiento del Gobierno Local de Fajardo y su plan de trabajo que incluye una Comisión de Salud y Ambiente.

Discusión

La investigación realizada se propuso entregar una descripción local en cuanto a la situación de salud de la población. Para ello, involucró procesos comunitarios relacionados con la participación, el empoderamiento y la actividad social. De esta manera, ha significado la oportunidad para la realización de un informe cuantitativo que contiene información relevante acerca de la salud a nivel personal, familiar y comunitario.

Este trabajo surgió como producto de un proceso investigativo que incorporó la mirada de diversos actores en las distintas etapas del ensayo realizado. Por ello, la valoración del empoderamiento, la participación comunitaria y la investigación deben considerar el desarrollo del mismo como el elemento central para el trabajo comunitario desplegado a nivel local.

Describir la situación de salud a nivel comunal ha implicado la utilización de técnicas cuantitativas con cifras, proveyendo de datos numéricos que han dado origen a un informe institucional. La obtención de dicho producto, deja en evidencia la motivación y compromiso de los dirigentes sociales, que por medio de acciones surgidas de la aplicación de técnicas cualitativas, se dieron a la tarea de realizar el ejercicio de movilizarse por un objetivo común sin percibir ningún estímulo monetario y se generó de esta manera, participación ciudadana según la definición otorgada por Zimmerman (1998).

Este proyecto ha sido utilizado como una herramienta que posibilita el reconocimiento del Gobierno Local de Fajardo y su plan de trabajo, logrando la personería jurídica, que lo ratifica como un organismo de planificación de la comunidad. Este trabajo de investigación manifiesta la capacidad de los participantes para ejercer control sobre los bienes y servicios recibidos desde el sistema de salud. Desde esta perspectiva, la propuesta de investigación surgió de procesos participativos conjuntos entre funcionarios locales y dirigentes sociales, sirviendo de base para el mantenimiento de procesos de empoderamiento de los participantes frente a las autoridades locales de salud.

El análisis cualitativo realizado de manera paralela entre el equipo de salud y los representantes de la comunidad, evidencia que la mayoría de los problemas reconocidos a nivel individual, familiar y comunitario, son posibles de transformar de manera positiva dependiendo del trabajo conjunto entre la comunidad y los centros de salud locales. No obstante, el problema odontológico es identificado por los agentes comunitarios como una responsabilidad de las políticas de salud locales y nacionales, puesto que se evidencia una preocupación de la población por su salud oral, la cual no es resuelta de manera satisfactoria, la solución involucraría aumento de recursos e inversiones.

Con respecto al análisis de los problemas de salud, en la tabla No.4 se detalla el resultado de la encuesta realizada a 625 participantes de la colectividad, en la cual se pone en evidencia que las personas de la comunidad piensan que el principal problema de salud está constituido por los trastornos respiratorios. Según estimaciones de la obra "Causes of death 2008 update" en 2008 a nivel mundial se produjeron 57 millones de defunciones, de ellas, las infecciones de las vías respiratorias inferiores ocuparon el tercer lugar, con 3,46

millones de muertes (OMS, 2013). Si se analizan los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, para el año 2011 la influenza y neumonía se encontraban como la 6ta causa de morbilidad en el país (INEC 2011); lo que implica, que el reporte de la comunidad de Fajardo se encuentra dentro de lo esperado, de acuerdo con la realidad nacional y mundial.

En un análisis bimodal, se puede observar en la tabla No. 4, que la población identifica como sus principales problemas de salud a las infecciones respiratorias agudas, en segundo lugar a los problemas ginecológicos, en tercer lugar a los problemas digestivos, en cuarto lugar a las infecciones de vías urinarias, en quinto lugar a las micosis, en sexto lugar a las infecciones cutáneas, en séptimo lugar a los trastornos hipertensivos, en octavo lugar a la patología oftalmológica, en octavo lugar a la anemia y en noveno lugar a las discapacidades; mientras que, en el análisis de la tabla No. 5 se observa como las personas encuestadas priorizan la atención de los problemas odontológicos en primer lugar, hipertensivos en segundo lugar, de las vías respiratorias en tercer lugar, oftalmológicos en cuarto lugar y gástricos en quinto lugar; se verifica una discordancia entre las morbilidades que refieren presentar en orden de frecuencias y la priorización de los problemas de salud. Una explicación a este razonamiento aparentemente ilógico por parte de la comunidad de Fajardo, es que las comunidades perciben el fenómeno de la enfermedad como una expresión de un componente biológico y otro cultural. Independientemente de su contenido biológico, siempre es una forma de expresión cultural y para que sea considerada como enfermedad, es necesario que la sociedad lo estime como tal (Mayca, 2009).

En relación con el lugar en donde ha recibido atención durante el último año, en la tabla No.6 se observa que el SCS Fajardo ocupa el primer lugar, con un 49,8% de personas que acudieron para ser atendidas, seguidas en frecuencia por el Centro Comunitario de atención privado, el cual abarcó al 47,9%, el Hospital Cantonal de Sangolquí, con un 24,9%, así como de la Institución Militar con un 23,2% y de las farmacias, comunidad u otro en un 0,7%. Sin embargo, al sospechar de que presenta un padecimiento grave, en la tabla No 7 se evidencia que las personas de la comunidad acuden primero al Hospital Cantonal de Sangolquí en el 59,2% y al sector privado en el 14, %, en tercer lugar a otros hospitales, en un 14,5% y en último lugar a los consultorios de atención primaria militar en un 11,4%, sin acudir ninguno de los encuestados al SCS Fajardo. Al contar con esta evidente preferencia por parte de la comunidad, el Hospital de Sangolquí debería entonces asumir las funciones de un hospital promotor de salud, el cual, no solamente ofrece servicios integrales médicos y de enfermería de alta calidad, sino que también despliega una identidad corporativa que abarca los objetivos de la promoción de la salud, desarrolla una estructura y una cultura organizativas de promoción de la salud, incluida la participación activa de los pacientes y de todos los miembros de la plantilla y se convierte a sí mismo en un entorno físico que promueve la salud y coopera activamente con su comunidad (OMS, 1998).

Se observa en la tabla No.6 que durante el transcurso del último año las personas de la comunidad acudieron al SCS Fajardo por atención médica, al relacionar esta observación con la percepción de su estado de salud, que en la tabla No. 8 el 45,3% de las personas lo consideran regular y el 21,6% lo catalogan como malo, la mayoría de las personas de la comunidad no perciben una mejoría de su estado de salud, a pesar de acudir al Centro a pesar de esta premisa, al interrogarse en la tabla No. 9 por los problemas del barrio, la

comunidad señala en primer lugar a la seguridad pública con un 80,4%, seguida en frecuencia por la presencia de vectores en el 69,5% y el transporte público insuficiente en el 66,1%, dejando en décimo lugar, con un 46,6% a la falta de servicios básicos de salud; lo que traduce, que a pesar de considerar que su salud no se encuentra en buenas condiciones, ése no es un problema prioritario en el barrio.

La consideración de que el estado de salud no es un problema principal en la comunidad, a pesar de haber previamente afirmado que su estado de salud no es bueno, podría relacionarse con el nivel educacional del jefe del hogar, que en la tabla No.11 es señalado como Medio Completo en el 22,5% y Medio Incompleto en el 20,7%, con un nivel de 7 a 8 básico en el 15,7%, así como con la principal ocupación del jefe de familia, señalado en la tabla No. 12 como obrero especializado 42,3%.

En relación con la asistencia a una entrevista y/o debate grupal según temas expuestos en la tabla No.13 se observa una mayor participación de la mujer (n=31) con respecto al hombre (n=14) La participación masculina tuvo una mínima de 3 personas con una máxima de 4 personas, media de 3,5 personas; mientras que la participación femenina tuvo una mínima de 3 personas, máxima de 13 personas, media de 7,5. Dentro de la participación femenina se evidencia la preferencia por la actividad número 2, que logró agrupar a un mayor número de participantes, quedando una minoría para la actividad número 4.

Democratizar la información implica un acercamiento a la redistribución de poder. Así es percibido por los dirigentes sociales que destacan la importancia de la socialización de la información de los establecimientos de salud pues “acerca la salud a la gente”. De esta manera las personas conocen sus derechos y, a la vez, se ven estimuladas a participar. Además, al facilitar la resolución de las necesidades más urgentes, en términos sistémicos, permite una mayor velocidad de respuesta a los insumos que se producen desde la demanda social (OPS, 2007). Para aumentar la participación comunitaria masculina, se cree conveniente la visita domiciliaria, que se trata de una actividad extramural que se realiza en el hogar para conocer el ambiente en que se desenvuelve la familia, identificando factores de riesgo que influyen en la salud y realizar acciones de información y educación a la familia para la conservación de la salud (Ministerio de Salud de Perú, 2007).

El proceso participativo implicó la toma de decisiones para la realización de la actual investigación: la elección del instrumento a utilizar para la obtención de la información, las estrategias para la aplicación de encuestas, el análisis de la información y la elaboración de propuestas en torno a los hallazgos encontrados, en las entrevista y debates grupales, todas estas fueron instancias de reflexión tendientes a generar acuerdos para planificación de acciones posteriores.

Esto permitió aportar a la potenciación de recursos locales y favoreció procesos de aprendizaje conjunto para los participantes. Es decir, la investigación se sustentó en procesos participativos al involucrar aspectos basados en la promoción, la prevención y la profundización del ejercicio ciudadano y sobre la base del empoderamiento, considerar la intervención de miembros de la comunidad de modo comprometido, consiente y crítico, con el fin de transformar su entorno de acuerdo con sus necesidades y aspiraciones (Montero 2005).

La participación fue la característica primordial en el desarrollo de la investigación, surgió de la comunidad, no obstante, el trabajo de los profesionales fue decisivo en cuanto a la motivación y el compromiso, lo que se ilustra en los distintos niveles de participación ejercida por el Gobierno Local de Fajardo. La colaboración se mantuvo a lo largo de todo el proceso de investigación en el Subcentro de Salud en que los profesionales se mostraron más activos, en cuanto al despliegue de acciones para la investigación.

Las evaluaciones a nivel público, aún más en temas de salud, suelen basarse en aspectos relacionados con indicadores, por ello contar con una base de datos cuantitativos, fue un requerimiento expreso realizado por los dirigentes al realizar la propuesta de investigación. Para cumplir con ello, se realizó la IAP y se entregaron los resultados a los dirigentes del Gobierno Local de Fajardo, los cuales contienen la información cuantitativa obtenida por medio de la aplicación de encuestas.

Para concluir, se deja planteada la tesis desde un proyecto de intervención o animación social y se puede contribuir al empoderamiento comunitario para hacer efectivo el derecho a la salud y mejorar la calidad de vida de la población. Para ello, el autor considera fundamental tener en cuenta criterios como los que se presentan a continuación:

- Identificar desde un comienzo la visión o perspectiva de la participación que se quiere promover (liberal, funcionalista, estructural o de la movilización colectiva, entre otras).
- Definir los tipos y niveles de participación que se quieren promover en cada una de las actividades. Así mismo, es requisito fundamental establecer los mecanismos y actividades que se desarrollarán para promover la participación.
- Tener en cuenta que para apoyar los procesos de empoderamiento comunitario, resulta primordial trascender los niveles de invitación, consulta y delegación y fomentar la conformación y/o fortalecimiento de grupos u organizaciones de base que participen en la toma de decisiones en aspectos relacionados con sus propias vidas.

Es esencial la inmersión respetuosa en la comunidad, la identificación y aceptación de actores sociales clave y el conocimiento de la realidad socio-cultural de la comunidad.

La intervención social en salud puede definirse como un conjunto de actividades realizadas de manera más o menos sistemática y organizada para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado:

- Investigar sobre la base de una planificación participativa en todas las etapas del proyecto, con lo cual se pretende desencadenar un proceso permanente de reflexión y análisis de los derechos vulnerados y búsqueda de alternativas, así como desarrollar procesos de formación y educación centrados en la comunidad. En este sentido, es deseable que la intervención social en salud se oriente tanto por el enfoque de educación popular, según el cual la educación se entiende como un proceso participativo y transformador en la que el aprendizaje y la conceptualización se basa en la experiencia práctica de las propias personas y grupos; como por el enfoque de comunicación comunitaria, entendida como diálogo de saberes y no como un conocimiento impuesto por los expertos.

- Incluir la evaluación como un aspecto fundamental para medir si se han alcanzado los niveles de participación propuestos en cada una de las actividades. En la evaluación del proyecto es fundamental determinar cuáles han sido los niveles o grados de participación alcanzados, definir si en el plan las personas y organizaciones de base comunitaria han tenido la oportunidad de ejercer el derecho a participar en la toma de decisiones que le afectan (participación amplia o de autogestión). La evaluación debe propiciar el análisis para definir de manera participativa las estrategias para mejorar la participación comunitaria.

Con los criterios propuestos se puede contribuir al empoderamiento, cuando se afirma que una organización, o una comunidad está empoderada cuando sabe lo que tiene, sabe lo que quiere, puede hacerlo, quiere hacerlo, lo comparte y todo eso dentro de un marco de principios y valores compartidos que aseguran la armonía comunitaria.

ANÁLISIS DE MENSAJES DE LA COMUNIDAD DE FAJARDO

El análisis de mensajes de esta investigación se ha realizado sobre la base de las respuestas de los miembros que participaron en los talleres y encuestas de salud de la comunidad; entre ellos, funcionarios de entidades locales y el equipo de salud, así como dirigentes sociales.

Se consideró que los integrantes trabajan a partir de diferentes conceptos de comunidad. Esto lleva, en la práctica, a la adopción de formas distintas de trabajo, algunas acentúan cierto paternalismo, otras analizan pacientemente los modos de hacer y relacionarse de la gente, otras tratan de dirigirlo todo. El concepto de comunidad debe constituir un compromiso para cada uno de los integrantes del grupo. Utilizando la Escala de Evaluación de la Participación Comunitaria en las Actividades Relacionadas con la Salud, se pretende responder a las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es la opinión de los miembros de la comunidad con respecto al liderazgo antes y después de la intervención de esta investigación?

Antes de la intervención, 23 miembros del grupo evaluado respondieron que no existía un comité de liderazgo, y 22 que existía un comité, pero que éste no intervenía en el liderazgo de la comunidad.

Después de realizar la presente intervención, 10 personas del grupo sostienen que ahora los miembros de la comunidad actúan como líderes, y 35 señalan que actúan liderados por miembros de la comunidad.

El liderazgo está definido como una relación de poder que focaliza la conducta de los miembros de un grupo en un momento dado, manteniendo determinada estructura grupal, y facilitando la consecución de los objetivos del grupo. Examinando las diferentes experiencias expuestas, se observa que el ejercicio del liderazgo tiene una importancia creciente en la Escala de Evaluación de la Participación Comunitaria en las Actividades Relacionadas con la Salud. Para comprender mejor el papel del factor liderazgo en los procesos de participación comunitaria en salud, Moscovici (1981) distinguió entre poder e influencia, así como la relación existente entre ambos conceptos, que a veces son inversamente proporcionales. Así, hay situaciones de mucho poder y poca influencia, como el caso de situaciones de tipo autoritario, o donde el médico es reconocido socialmente

como una fuente de poder, sin influir significativamente en la conducta y comportamiento de sus pacientes o vecinos, y situaciones con mucha influencia y poco poder, como la situación típica de toda minoría activa, o del tipo de líder que refleja el testimonio precedente.

En esta investigación se ha constatado que los miembros de la comunidad analizada consideran, que el liderazgo inexistente o incapacitado que presentaban antes de esta intervención, se transforma en un liderazgo ejercido por los líderes de la comunidad. Dicho de otro modo, en un principio, según la opinión de los miembros de la comunidad, se constató la ausencia de un liderazgo, o su reducción al ejercicio de un cargo formal, colocándose en entredicho la validez de los representantes de la comunidad, situación debida a la débil vertebración de la comunidad, como a la escasa relación existente entre sus representantes y los miembros de las organizaciones que representan.

La afirmación de los miembros de la comunidad en cuanto al cambio que constituye la dirección actual de la comunidad de Fajardo, recogida en la entrevista realizada, se relaciona con un cambio en el papel de las asociaciones, produciéndose una apropiación de la organización del liderazgo por parte de sus representantes, con posibilidades de impulsar procesos de participación comunitaria, ya que la dependencia del personal sanitario no organizado previamente, es sustituida por la autoridad de los dirigentes actuales.

2. ¿Cuál es la opinión de los miembros de la comunidad con respecto a la organización de la comunidad?

Antes de la intervención, 22 miembros de la comunidad opinaban que no existía organización en la comunidad, y 23 pensaban que existían comités organizativos, pero que estos no eran activos.

Después de la intervención, 11 miembros de la comunidad opinaron que las actividades cotidianas progresaron por la organización y 34 pensaban que el comité actual era activo y el trabajo cotidiano avanzaba.

Una organización basada en la comunidad es aquella sin ánimo de lucro, que trabaja a nivel local para mejorar la vida de los residentes. La forma de hacerlo es actuando en todos los frentes: salud, medio ambiente, calidad de la educación, acceso a la tecnología, acceso a los espacios e información para los minusválidos.

Los miembros de la comunidad expresaron que consideraban que su comunidad no se encontraba organizada en un principio, progresando a una comunidad constituida por el comité actualmente conformado. Si una comunidad no se encuentra organizada, tiene entonces una participación inútil y no productiva. Desde este punto de vista, el proceso comunitario de la organización de la comunidad refuerza los grupos y las asociaciones, porque cada grupo activo en la comunidad es un recurso importante para el proceso. El equipo comunitario trabaja con autonomía, para que éstos sean más abiertos, más democráticos en su funcionamiento, más capaces de llevar adelante sus finalidades con programas adecuados, trabaja para que del conjunto de las actividades que se llevan a cabo nazcan nuevos grupos y nuevas asociaciones. Es decir, el proceso alimenta el enriquecimiento asociativo, fomenta la autonomía y la capacidad autónoma de los grupos de llevar a cabo sus propósitos y sus propios objetivos, intenta que entre el conjunto de grupos exista comunicación y colaboración y que todos ellos, más allá de sus propias actividades y finalidades, mantengan una relación con el proceso global.

3. ¿Cuál es la opinión de los miembros de la comunidad con respecto a la movilización de los recursos de la comunidad?

Antes de la intervención, 22 miembros de la comunidad señalaron que no existía fuerza de trabajo ni fondos, y 23 indicaron que se ofrecía fuerza de trabajo, pero que ésta era escasa.

Después de la intervención, 9 miembros de la comunidad señalaron que se ofrecían fondos para la comunidad, y 36 señalaron que existía fuerza de trabajo y fondos adecuados.

En esta investigación del análisis de mensajes, se observa que los miembros de la comunidad pensaban que no existían recursos ni fondos para la comunidad; sin embargo, después de la intervención realizada, las opiniones cambian a la percepción de la existencia de recursos.

La movilización de recursos, dinero, conocimiento, relaciones, bienes y servicios es vital para que una comunidad pueda cumplir su misión y mejorar la calidad de vida de sus miembros.

La movilización de los recursos de la comunidad comprende recursos internos, aquellos que se obtienen desde dentro de la comunidad, los recursos externos son los que se originan fuera de la comunidad. Los recursos externos pueden venir de donantes internacionales (gobiernos, ONG o agencias multilaterales) o de donantes nacionales (gobiernos centrales o locales, ONG nacionales). Una comunidad es más independiente cuanto mayor sea la proporción de recursos internos que utilice para un proyecto. La intención no es hacer a las comunidades totalmente dependientes (una imposibilidad económica), sino reducir la dependencia y la apatía.

4. ¿Cuál es la opinión de los miembros de la comunidad con respecto a la gestión?

Antes de la intervención, 22 personas de la comunidad pensaban que la gestión de la comunidad la realizaba un órgano externo, y 23 indicaron que pensaban que la administración estaba realizada por un órgano exterior y un comité.

Después de la intervención, 12 personas pensaban que la gestión comunitaria estaba planificada y administrada por un órgano exterior y el comité, mientras que 33 indicaron que ahora pensaban que la gestión estaba planificada y administrada principalmente por el comité.

La esencia de la gestión es atender y satisfacer las solicitudes y demandas de la comunidad, traducidas en bienes y servicios. Esto hace necesario superar la desvinculación existente entre la administración pública y las demandas sociales; por lo tanto, es preciso mejorar los canales de comunicación con los beneficiarios directos e indirectos de los programas establecidos y que se mejoren los procesos internos para generar soluciones más eficientes.

La participación ciudadana ofrece un cauce que permite el control de las decisiones que las autoridades administrativas adoptan. Esto cobra fuerza en las administraciones públicas modernas, las cuales experimentan una crisis de legitimación democrática y permite entender la gestión pública de una manera más amplia, como las acciones de administrar,

gestionar o hacer diligencias que conduzcan al logro de un asunto público. Bajo esta concepción, la participación ciudadana se relaciona íntimamente con la política y la administración públicas, buscando incorporar la acción ciudadana a los procesos de decisión y operación del gobierno dentro de la referida gestión.

En esta investigación, los miembros de la comunidad analizada consideran que la gestión de la comunidad ha sufrido un cambio, desde la planificación externa, totalmente desvinculada de la problemática de la comunidad, al manejo interno, a través de un comité comunitario.

5. ¿Cuál es la opinión de los miembros de la comunidad con respecto a la evaluación de las necesidades?

Antes de la intervención, 23 personas del grupo de evaluación pensaban que las necesidades de la comunidad estaban evaluadas por un órgano externo, y 22 indicaron que el órgano externo había examinado las necesidades de la comunidad.

Después de la intervención, 10 personas del grupo evaluado pensaban que el comité evaluaba las carencias de la comunidad y 35 percibían que los miembros de la comunidad participaban en la valoración de sus necesidades.

En un principio, la percepción de la comunidad de que sus necesidades estaban analizadas por grupos externos, ajenos al conocimiento de la población. Cuando la población se organiza, comprende que estas personas no alcanzan los objetivos de su puesto, y se plantea la resolución de sus necesidades mediante un proceso de instrucción, orientado a satisfacer las deficiencias detectadas, es decir, mediante adiestramiento y capacitación.

La evaluación de las necesidades es importante porque se conocen los aspectos que no funcionan y contribuye al desarrollo de un trabajo más detallado donde el programa que se está realizando sigue adelante o se cambia. Al reconocer una necesidad debe existir una solución, muchas veces aunque el programa funcione, la comunidad no se siente satisfecha, por lo tanto es importante que la comunidad participe del programa, porque cada comunidad tiene sus propios problemas ya sean de tipo educativo, económico, psicológicos de acuerdo con su entorno, por eso, se deben elaborar programas que en buena medida les ayuden a solucionar sus problemas.

Fortalezas de la Investigación

La realización de esta investigación, efectuada sobre la base de técnicas participativas, ha permitido que los dirigentes sociales que intervinieron, se transformen en agentes de cambio conocedores de la realidad en que ellos y otros pobladores de la comuna se insertan, incidiendo de manera positiva en la consolidación de procesos de empoderamiento, que se vislumbran en sus propios discursos: *“Les molesta que nos tomen como líderes y no somos monigotes”* (hombre, 55 años).

La importancia de basar la investigación en la participación de dirigentes sociales que habitan en la comuna, ha significado revelar sus conocimientos cotidianos acerca del contexto local en que se desenvuelven diariamente, devolviendo la información obtenida

con un orden lógico que, entrega indicadores estadísticos, lo que ha permitido a los participantes sentirse empoderados frente a las autoridades locales y de salud.

La investigación permitió delimitar acciones a un territorio específico resaltando el aspecto local con sus especificidades propias, participación comunitaria y sistema de salud, factor importante si se considera que la gestión local cumple un rol relevante al redefinir lo público, llamando a favorecer la descentralización y la participación social.

La información adquirida se analizó de tal modo que los agentes involucrados compartieron sus conocimientos, así el entramado de relaciones entre el SCS y las personas permitió el traspaso de información en distintas direcciones e implicó mediaciones destinadas al logro de una meta común en este caso, el fin alcanzado, ha sido la realización de la investigación.

Contar con agentes comunitarios o actores sociales provenientes de distintas organizaciones presentes en ámbito local, personas motivadas y capaces de desenvolverse en el ámbito comunitario e institucional, puede ser visto como capital humano (Martínez 2006).

En consideración con lo anterior, el trabajo en equipo, se transformó en un recurso local, éste implicó un despliegue a nivel de las personas y las instituciones (S.C.S.), basándose en el conjunto de relaciones establecidas entre los dirigentes como grupo, los profesionales y las autoridades. Para esta investigación, se había propuesto inicialmente 6 meses, es decir, se esperaba realizar la investigación durante el año 2011. No obstante, al tratarse de un trabajo colectivo, debió dedicarse más tiempo del estipulado para la toma de decisiones.

En este aspecto, es necesario concluir que el trabajo comunitario debe ser flexible, capaz de adaptarse y renovarse las veces que los participantes lo consideren necesario.

5.- CONCLUSIONES

Regreso al modelo (Crítica del modelo conceptual)

Conclusiones sobre la metodología utilizada

El diseño mixto utilizado en esta investigación contó con información cuantitativa, que involucró la situación de salud a nivel local, y una vez puesta en marcha la investigación, el proceso participativo. Esta metodología permitió integrar los datos obtenidos de la fase cuantitativa y la participación de la comunidad de forma exitosa.

Limitaciones del estudio

Es posible señalar algunas limitaciones de la investigación, relacionadas con el instrumento. La herramienta de recolección de datos fue trabajada en detalle por los participantes, se basó en una encuesta con validez a nivel de la comunidad; sin embargo, los participantes decidieron adaptarla a su lenguaje y realidad comunal, este proceso implicó una serie de reuniones en las que se discutía acerca de las preguntas. A pesar de la discusión y de que el instrumento utilizado fue analizado en detalle por los participantes, al momento de aplicarlo, se presentaron errores en cuanto a respuestas no anotadas, preguntas con doble respuestas, entre otros. Ello implicó volver a completar algunas encuestas para lograr contar con la información acordada previamente y, en algunos casos, perder algunos datos. Un aspecto a considerar para otras investigaciones similares es que la motivación de los

participantes no necesariamente se relaciona con sus capacidades de lecto-escritura y el manejo del estrés, que en algunos casos implicaba aplicar la encuesta.

Otro tema identificado como una limitación, es que al adaptar el proceso de aplicación de encuestas a los tiempos de los dirigentes sociales, se generó mucha diferencia entre las primeras encuestas entregadas y las últimas. Esto puede haber interferido de algún modo en los resultados.

Conclusiones de la evaluación operativa

1. En la comunidad de Fajardo se ha creado un comité de salud con representantes comunitarios y personal de salud, que participa en la toma de decisiones.
2. Se logró capacitar al equipo de salud con respecto a las diferentes definiciones de participación y su valor, así como para la detección y solución de los problemas de salud individuales y colectivos.
3. Se ha revisado con la comunidad el concepto de participación y su utilidad como parte del desarrollo comunitario.

Conclusiones de la evaluación analítica

La comunidad de Fajardo reconoce como principales problemas de salud aquellos dependientes de las vías respiratorias, en concordancia con los datos de las estadísticas nacionales, que los ubican como sexta causa de morbilidad. Los integrantes de la comunidad de Fajardo señalan que acuden en primer lugar a su centro de salud, al percibir que presentan una enfermedad no grave; sin embargo, ante circunstancias que consideran “graves” prefieren acudir al Hospital Cantonal, por el hecho de reconocer falencias en la atención ofrecida por el Centro de Salud. La percepción del propio estado de salud como “regular”, no hace que los ciudadanos de la comunidad de Fajardo reconozcan entre sus principales problemas, aquellos relacionados con la salud, señalando otros problemas comunales como principales. La mujer de la comunidad de Fajardo representa una fuerza importante, en cuanto a la toma de decisiones y participación ciudadana.

Análisis de la reproductibilidad

En esta investigación se ha aprendido que al ofrecer instrumentos y educación a la comunidad, los ciudadanos pueden elaborar, ejecutar y evaluar estrategias que les permitan contribuir al control de sus problemas de salud.

Se ha logrado adaptar y aplicar, por medio de estrategias participativas, una herramienta de sondeo de opinión, que permitió describir la situación de salud a nivel comunal.

La evaluación de las necesidades comunitarias es de suma importancia, porque a través de ella se conocen los aspectos que no funcionan, y contribuye al desarrollo de un trabajo más detallado, donde el programa que se está realizando sigue adelante o se cambia.

Propuestas para nuevas estrategias

- a. Para futuras investigaciones se recomienda una mayor homologación de los términos utilizados por la comunidad de Fajardo, con el fin de no tener inconvenientes con los instrumentos utilizados para la recolección de datos.

- b. De la misma manera, es recomendable que la población involucrada realice un breve repaso que involucre el ordenamiento de sus ideas y la forma de cómo plantear sus interrogantes, con el objetivo de mejorar sus habilidades y destrezas en cuanto al lenguaje se refiere.
- c. Para aumentar la participación masculina en la comunidad de Fajardo, podría intentarse a través de las mujeres de la localidad, el llevar al hogar los planteamientos ofrecidos en cada reunión de trabajo, y de esta manera, obtener un consenso de la familia, el mismo que despierte el interés por la participación comunitaria en el sexo masculino.
- d. Las autoridades y líderes locales de la comunidad de Fajardo deben ampliar sus conocimientos en materia de deberes y derechos, para lograr un mayor empoderamiento.
- e. Las autoridades de la comunidad de Fajardo deben ser personas seleccionadas por los ciudadanos, que habiten en el medio, y no personas ajenas a la realidad de la población.
- f. Se ha demostrado que los servidores públicos ubican a los ciudadanos como receptores pasivos, no permiten la participación activa en la resolución de problemas, lo cual da origen a que realicen acciones episódicas, que terminen siendo contra productores, porque finalmente no se sostienen en el tiempo. Por tal motivo sería deseable que los servidores públicos conozcan más sobre los temas de participación y como éstos pueden ser trabajados con la comunidad.
- g. La unidad de salud de Fajardo debería contar con instrumentos, adaptables de su realidad local, que les deje elaborar, ejecutar y evaluar estrategias que les permita acercarse a la comunidad y con ellos trabajar en el control de los problemas de salud pero también en el mantenimiento de la calidad de vida de los pobladores de sus comunidades.
- h. El área de salud debería ser quien ofrezca capacitación a los Subcentros de Salud.
- i. El área de salud debería tener a su vez, personal que labore en trabajos de campo como el presente, de forma que conozcan más a fondo los problemas que involucran a su población y no solo se encarguen de solucionar la morbilidad en salud, como un fenómeno causa-efecto.

Reflexión sobre la IA como método de investigación (Incluyendo aprendizajes en términos de metodologías

- 1. El comité de salud y la junta de participación comunitaria de Fajardo, a través de las herramientas ofrecidas por parte de esta investigación, ha logrado la identificación de problemas y necesidades de la población, así como la toma de decisiones para la selección de alternativas de solución conjuntamente con el equipo de salud, lo cual ha permitido que la población esté representada y que el SCS de Fajardo trabaje en base a intereses y necesidades reales de su comunidad.

2. Se ha apoyado el desarrollo del empoderamiento de la comunidad de Fajardo, así como de los actores internos del Subcentro de Salud para la toma de decisiones.
3. Se ha conseguido la participación social en salud, a través de la cual ha mejorado la situación de salud de la comunidad, definiendo los mecanismos tanto formales como informales de participación social en salud, reconociendo su impacto en el ámbito comunitario, promoviendo estrategias de mejoramiento de los servicios de salud.
4. Se ha logrado reconocer el concepto de participación social que tienen los distintos actores vinculados con los servicios de salud en la población de Fajardo.
5. Se ha determinado el nivel de participación social en salud que se desarrolla a nivel de la comunidad de Fajardo.
6. Se han diseñado estrategias que posibiliten el empoderamiento y la participación social de los usuarios, basadas en dinámicas de exigibilidad de derechos.
7. Los canales de participación existentes a nivel comunal en el ámbito de la salud pública, se han fortalecido.
8. Se ha adaptado y aplicado, por medio de estrategias participativas, una herramienta de sondeo de opinión que permitió describir la situación de salud a nivel comunal.
9. Se han generado propuestas comunitarias para enfrentar los problemas de salud evidenciados por medio del sondeo de opinión.

6.- REFERENCIAS

- ACOSTA, B. (2000) Redes sociales: una estrategia de gestión comunitaria. Trabajo social. Año XLV, N° 20.
- ALEND, STÉPHANIE (2001). Evaluación de la participación ciudadana en las experiencias de desarrollo integral del Programa Ciudadanía y Gestión local. Instructivo presidencial sobre participación ciudadana, Santiago.
- ALMA-ATA (1978) Atención Primaria de Salud, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (serie "Salud para Todos", N° 1).
- ALBURQUERQUE, F. (1997). Espacio, territorio y desarrollo económico local. Revista Persona y Sociedad, 11(1). Páginas 23- 37.
- ANDER EGG, E. (1982). Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Buenos Aires. Humanitas.
- ANDER EGG, E. & Aguilar, M. J. (1995). Diagnóstico social: conceptos y metodología. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- ARÉVALO, E. (2002). Redes sociales. Fundasalva. El Salvador.
- AROCENA, J. (1992). El estado, la descentralización y la iniciativa local en Uruguay. Políticas sociales, mujeres y Gobierno local. CIEPLAN. Santiago de Chile.
- ARTEAGA, C. (2004). Gestión local y participación ciudadana. Política Social y Trabajo Social. Las redes asociativas como alternativas de desarrollo para América Latina. Buenos Aires: Espacio.
- BUITRAGO, ROCHA, NÉSTOR WILLIAM (2001) EL ESTADO, LA DEMOCRACIA Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL. Elementos de discusión para el fortalecimiento de una participación social emancipatoria para Venezuela.
- BURGOS, N. (2004). Gestión local y participación ciudadana. Las redes sociales: una alternativa para las mujeres. Buenos Aires: Espacio.
- BUSTELO, E. (2000). Salud y ciudadanía. Una mirada a la salud en el futuro. La salud en América Latina. De la reforma para unos a la reforma para todos. Santiago de Chile. Sudamericana.
- CAMPS, Ferrán. (2000) Participación comunitaria y gestión alternativa de conflictos. Cuadernos de Trabajo Social. GREC Resolución de Conflictos...
- CAPRA, F. (1985) El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente. Barcelona. Integral.
- CARTA DE OTTAWA, (1986). Extraída el 05 de noviembre de 2006. Disponible en www.pahoo.org/spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf.
- CELEDÓN, C. & Noé M. (1998). Participación y gestión en salud. XII Concurso de ensayos del CLAD. Caracas.

- CELEDÓN, C. & Noé M. (2000). Reformas en el sector de la salud y participación social. Revista Panamericana salud pública. Caracas
- CONTRERAS (2004). La investigación acción participativa (IAP): revisando sus metodologías y sus potencialidades. En J. Durston & Martínez (cps). Experiencias y metodología de la investigación participativa. Santiago de Chile. ONU.
- CONYERS D, CASSELS A, JANOWSKY K. (1993). Decentralization and Health Systems Change: a frame work for analysis. Geneva.
- CORAGGIO, J. (1989). Procesos socioculturales y participación. Sociedad civil e instituciones democráticas. Poder local, poder popular. Madrid. Popular.
- DABAS, E. (2001). Red de redes. Las Prácticas de la intervención en redes sociales. Buenos Aires: Paidós.
- DEL VALLE, A. (2004). Psicología comunitaria europea: comunidad, poder, ética y valores Construyendo juntos un nuevo significado de participación: una iniciativa para la creación y el cambio social desde la psicología social comunitaria. Barcelona. España.
- DIDIER, M. (1985). Diseño y evaluación de programas sociales. Santiago. Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile.
- DUARTE, D. (1991). Sistemas Locales de Salud: los qué, por qué y los cómo de una estrategia. Enfoques en Atención Primaria.
- DURSTON, J. & Miranda F. (2002). Experiencias y metodología de la investigación participativa. Serie políticas sociales. ONU- CEPAL. Santiago de Chile.
- ECHEVERRY, ME. (2000) Balance de los procesos de descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los 90. Rev. Nac. Salud Pública. 18(2): 19-40.
- ELKAIM, M. (2000). Las prácticas de la red. Salud mental y contexto social. Gedisa. Barcelona.
- ESPINOSA DE RESTREPO, HELENA (2001) Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud, Publicado en la Rev. Nac. Salud Pública; 19(1): 41-56.
- ESTRADA, MARIA VICTORIA; MALO, EDDA MADRID; GIL, LUZ MARINA (2000). La participación está en juego Quebecor Impreandes. Santafé de Bogotá D.C.
- FALABELLA (2004). Experiencias y metodología de la investigación participativa. Investigación participativa: Nacimiento y relevancia de un nuevo encuentro ciencia-sociedad. ONU. Santiago de Chile.
- FERRARA, A; Acebal, E. & Paganini, J. M. (1972) Medicina de la comunidad. Buenos Aires: Intermédica.
- .FLICK, V. (2007). Introducción a la investigación cualitativa. Capitulo X. Madrid. Morata

- FRENK MORA, JULIO Y OTROS. (1995) Salud y Derechos Humanos. Perspectivas en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.
- GLASER, B. & Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory: strategies of qualitative research. New York: Aldine.
- GÓMEZ ZAMUDIO, MAURICIO: (1998) Teoría y Guía práctica para la Promoción de la Salud. Unidad de Salud Internacional, Universidad de Montreal, Québec. Centro de Investigación y estudios de la Salud, Managua, Nicaragua.
- GROSSI (1981). La investigación participativa: Contexto político y organización popular. En Investigación participativa y praxis rural: nuevos conceptos en educación y desarrollo comunal. Orlando Fals Borda y otros. Investigación participativa y praxis rural. Lima. Mosca azul.
- GYARMATI, G. (1992). Salud, poder y democracia: Hacia una teoría de atención primaria. Documento Instituto de Sociología. Santiago de Chile.
- GYARMATI, G. (1993). Notas para una estrategia de participación. Corporación de Promoción Universitaria (CPU). Santiago de Chile.
- KEMMIS (1992). La investigación acción participativa. Inicios y desarrollos. Mejorando la educación mediante la investigación acción. Buenos Aires: Hvmantas.
- KRAUSE, M (2002). Experiencias y metodología de la investigación participativa. Investigación-acción-participativa: una metodología para el desarrollo de autoayuda, participación y empoderamiento. Santiago de Chile. ONU.
- LAURELL, ASA CRISTINA Y RUIZ, LILIANA. (1996). Podemos garantizar el derecho a la salud? Primera Edición, Editorial Autónoma Metropolitana, México.
- LAURELL, ASA CRISTINA. (1995). La Reforma de los Sistemas de Salud y de Seguridad Social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales. Documento de Trabajo 1ª Edición, México.
- LE BOTERF, G. (1981). La investigación participativa como proceso de educación crítica. Lineamientos metodológicos. En Investigación participativa y praxis rural: nuevos conceptos en educación y desarrollo comunal. Orlando Fals Borda y otros. Investigación participativa y praxis rural. Lima. Mosca azul.
- LLONA, MARIANA. (2001) Gestión local participativa. Del barrio a la ciudad. Editorial: Desco / Lima, Perú Descriptores: democracia / participación social.
- MAYCA J. (2009). Percepciones Del Personal De Salud Y La Comunidad Sobre La Adecuación Cultural De Los Servicios Materno Perinatales En Zonas Rurales Andinas Y Amazónicas De La Región Huánuco. Perú.
- MARTÍNEZ, V. (2006). El Enfoque Comunitario. El desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales. Magíster Psicología comunitaria. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Santiago. Chile

- MERCADO FJ Y TORRES TM. (COMPILADORES). (2000). Análisis cualitativo en salud. Teoría, Método y Práctica. México: Plaza y Valdés Editores.
- MINISTERIO DE SALUD. (2007). Documento técnico para el trabajo con los agentes comunitarios de salud. Perú.
- MONTERO, M. (2003). Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria. Buenos Aires. Paidós.
- MONTERO, M. (2004). Introducción a la Psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós.
- MONTERO, M (2006). Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós.
- NARAYAN, Deepa. Empoderamiento en la reducción de la pobreza. Alfaomega. 2002. Colombia.
- OPS (1992). Programa marco de la atención al medio para los sistemas locales de salud en las Américas, Washington.
- OPS (2007) Observatorio de Equidad de Género en Salud. Informe 2006 "Participación ciudadana en salud: ¿proceso de cambios en desarrollo?" Una aproximación diagnóstica en la Región Metropolitana, 2006. Chile.
- PAGANINI, J. M. & Capote, R. (1990). Los sistemas locales de salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Organización Panamericana de la Salud.
- PARK, P. (1992). La investigación acción participativa. Inicios y desarrollos. Buenos Aires: Humanitas.
- PLUYMAEKERS, J. (2000). Las prácticas de la red. Salud mental y contexto social. Red y práctica de barrio. Barcelona. Gedisa.
- RAHMAN, M & Fals Borda, O. (1992). La investigación acción participativa. Inicios y desarrollos. La situación actual y las perspectivas de la investigación-acción participativa en el mundo. Buenos Aires: Humanitas.
- RAPPAPORT, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. En: J. Rappaport, Hess & Swift (Eds.) Studies in Empowerment. New York: The Haworth Pres.
- RECA, I. (2006). Participación ciudadana en salud: ¿procesos de cambio en desarrollo? Una aproximación diagnóstica en la región metropolitana. OPS/OMS. Santiago de Chile.
- RECA, I. (2007). Participación ciudadana en salud: ¿procesos de cambios en desarrollo? Una aproximación diagnóstica en la Región Metropolitana. OPS/OMS. Santiago. Chile.

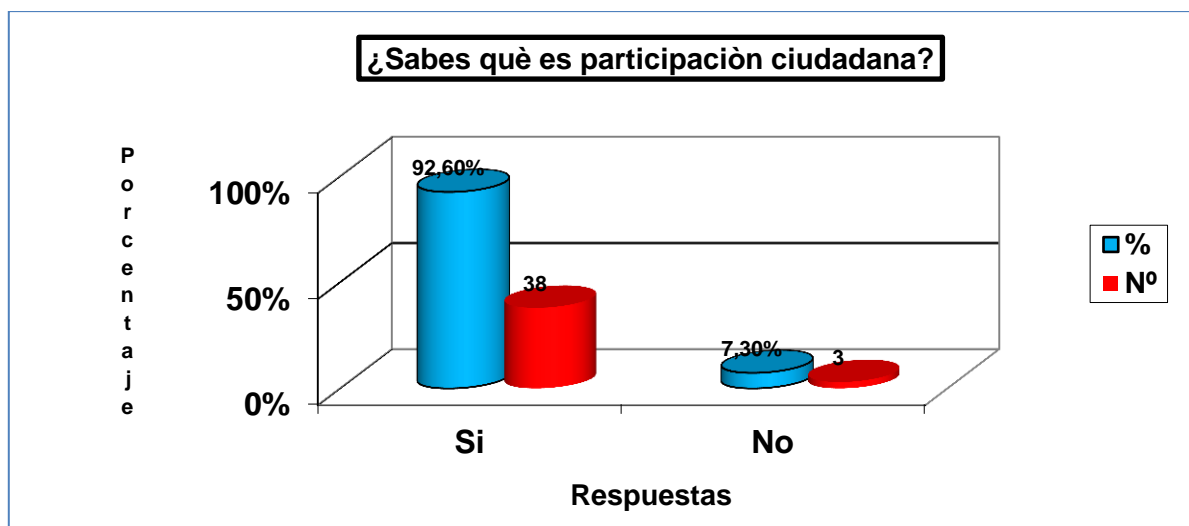
- RESTREPO, E. (2001). Conceptos y definiciones. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Málaga.
- RIFKIN, SUSAN B. (1990). Framework Linking Community Empowerment. Keppel Street, London WC1E 7HT, UK
- RIFKIN, SUSAN B(2003). Participación comunitaria en Maternal y Salud Infantil / Programas de Planificación Familiar, Librería en AbeBooks , London.
- SABATINI, F. (1995). Barrio y participación. Mujeres pobladoras de Santiago. Santiago de Chile: Ediciones Sur
- SÁNCHEZ, E. (2002). Todos para todos: la continuidad de la participación comunitaria. Instituto de Psicología. Caracas. Universidad Central de Venezuela.
- SÁNCHEZ, V. (1996). Psicología comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención. Barcelona.
- SILVA & MARTÍNEZ (2004). Empoderamiento: Proceso, nivel y contexto. Psyke. 13(2). Disponible en <http://www.scielo.cl>. Visitado el 10 de septiembre 1996.
- SOJO, A. (1996). Reformas de gestión en la salud pública en Chile. Organización de Naciones Unidas (ONU)
- SPECK, R. (2000). Las prácticas de la red. Salud mental y contexto social. La intervención de red social: las terapias de red, teorías y desarrollo. Barcelona. Gedisa.
- STRAUSS A, CORBIN J. (2002). Bases de la investigación cualitativa, técnica y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Editorial U. de Antioquia.
- TANAKA, MARTÍN; TRIVELLI, CAROLINA (2002). Las trampas de la focalización y la participación. Pobreza y políticas sociales en el Perú durante la década de Fujimori, Instituto de Estudios Peruanos, Lima
- UGALDE, ANTONIO Y JEFFREY JACKSON: (1998). Las Política de Salud del BM: Una revisión crítica, Cuadernos Médico-Sociales, Mayo 1998, Rosario Argentina. Citado en ¿Con qué Pluma se está escribiendo la Reforma de Salud? Memoria del VI Coloquio en Salud "La Reforma de Salud". Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador.
- ULLOA, Luis Felipe. (1999) ¿Empoderamiento de las organizaciones de base desde proyectos de desarrollo? Fundación Neo-Humanista. Bogotá.
- VÁZQUEZ ML, SIQUIERA E, KRUIZE I, (2002).Da Silva A, Leite IC. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. GacSanit; 16(1):30-38.
- VÁZQUEZ ML Y COLS (2002). Barreras y oportunidades para la participación de los usuarios en el control de la calidad de los servicios de salud: un estudio evaluativo en Colombia y Brasil.

- VELÁSQUEZ, E., Martínez, M. Cumsille, P. (2004). Expectativas de autoeficacia y actitud prosocial asociada a la participación ciudadana en jóvenes. *Psyche*, 13 (2).
- VERDESOTO, LUIS (1996). Ciudadanía y participación: Aproximaciones conceptuales. Participación y sociedad, Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales, La Paz, Bolivia,
- VIEIRA, CÉSAR:(1996). Las Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina y El Caribe. Conferencia en V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Buenos Aires, Argentina.
- VILLASANTE, T. (1998). Cuatro redes para mejor vivir. Del desarrollo local a las redes del mejor vivir. Buenos Aires: Lumen- Humanitas.
- WENK, E. (2006). Escala de estratificación Himmel modificada. Apuntes docentes asignatura Metodología de la Investigación Científica en Psicología, carrera de Psicología, Universidad de Chile.
- WENSTEIN (1997). Participación social en el sector salud. Acciones en curso. Santiago, Chile. FLACSO.
- ZAMBRANO, A. (2002). Psicología comunitaria europea: comunidad, poder, ética y valores. Reflexiones y propuestas en torno al trabajo comunitario con jóvenes chilenos en desventaja social. Universidad de la Frontera. Temuco.
- ZELEDÓN, C; NOÉ M. MARCELA. (2000). Reformas del sector de la salud y participación social. *Rev. Panam. Salud Pública*. 8 (1/2), Pág. 99-104.
- ZURRO, M. Y CANO PÉREZ, J. F. (1997). Atención Primaria de Salud, España.

ANEXO No. 1

En el Gráfico N° 1 se presenta el resultado del conocimiento que tienen los representantes de la familia, luego del taller sobre participación comunitaria y empoderamiento en relación con la pregunta:

Gráfico No. 1

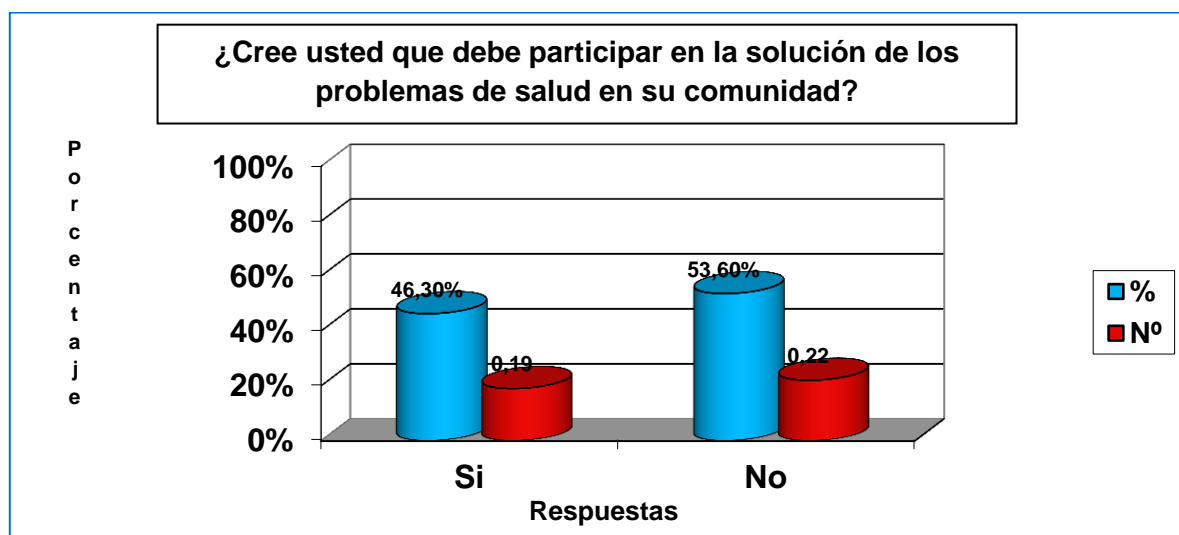


Fuente: Tabla no. 14, año 2011

Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

En la Gráfico N° 2 se presenta el resultado del conocimiento que tiene los encuestados en relación con la pregunta:

Gráfico No. 2

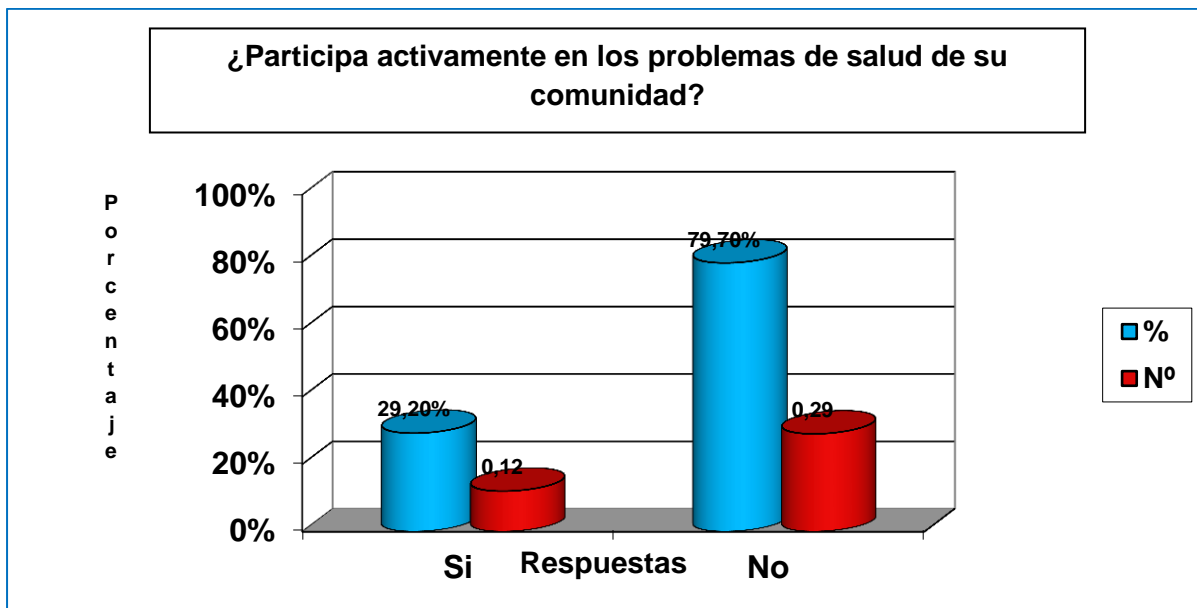


Fuente: Tabla no. 14, año 2011

Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

En el Gráfico N° 3 se presenta el resultado del conocimiento que tienen los encuestados en relación con la pregunta:

Gráfico No. 3

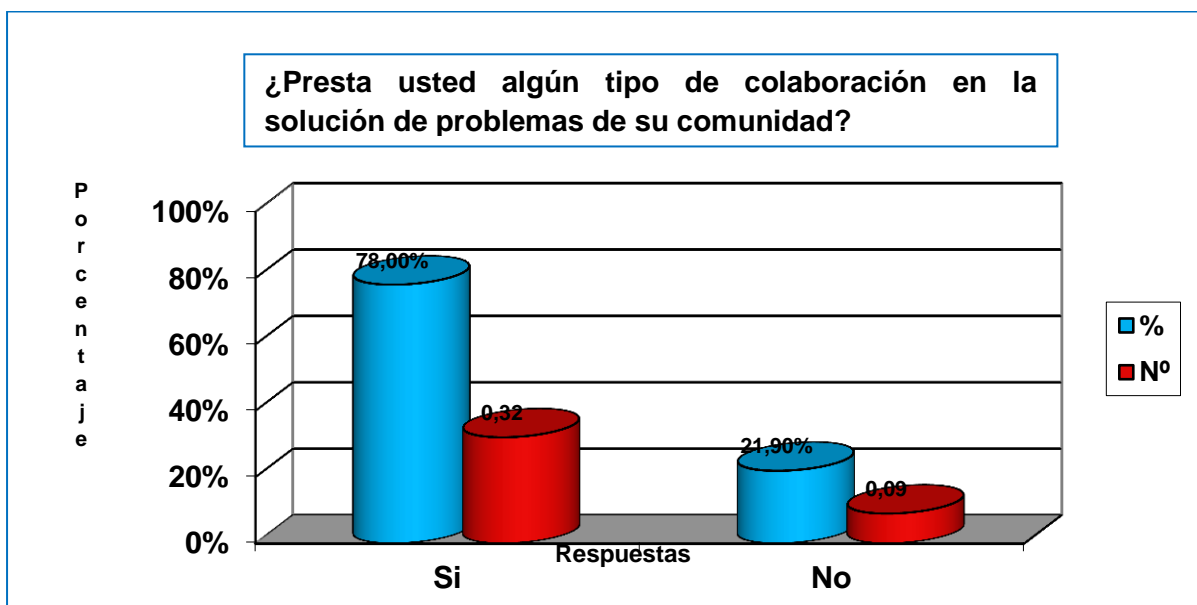


Fuente: Tabla no. 14, año 2011

Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

En el Gráfico N° 4 se presenta el resultado del conocimiento que tiene los encuestados en relación con la pregunta:

Gráfico No. 4

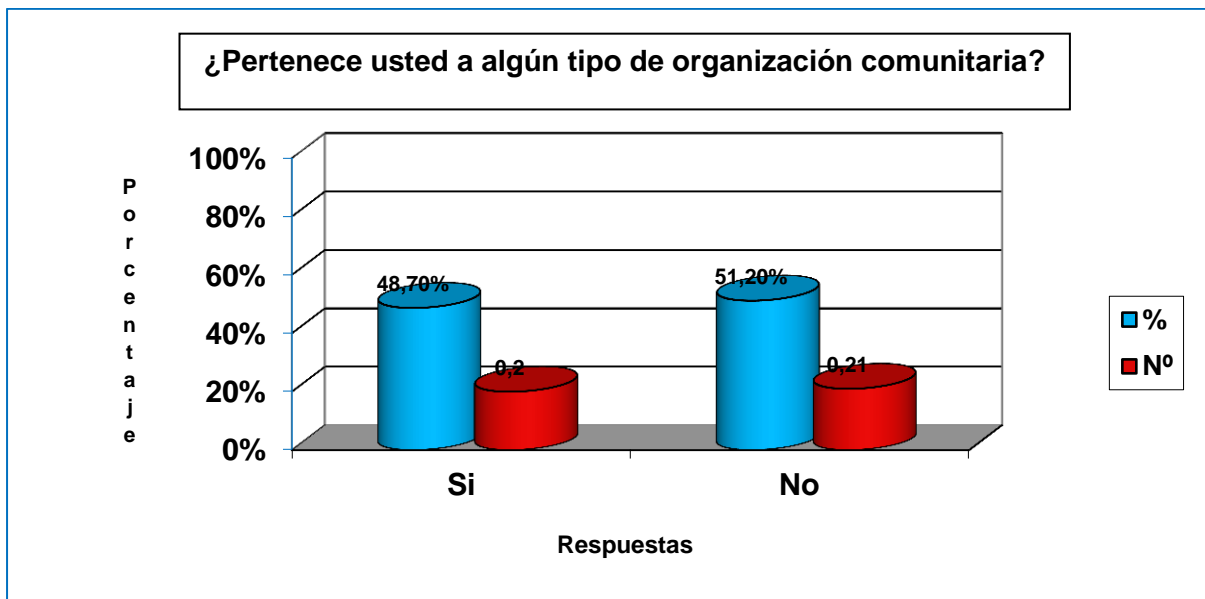


Fuente: Tabla no. 14, año 2011

Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.

En el Gráfico N° 5 se presenta el resultado del conocimiento que tiene los encuestados en relación con la pregunta:

Gráfico No. 5

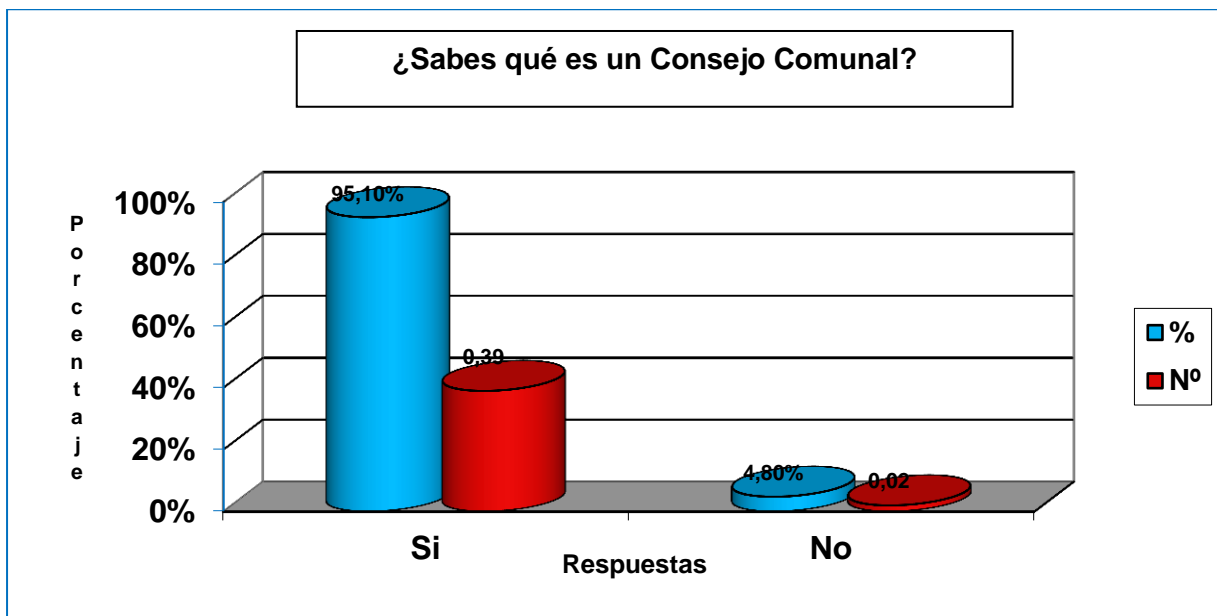


Fuente: Tabla no. 14, año 2011

Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE

En el Gráfico N° 6 se presenta el resultado del conocimiento que tiene los encuestados en relación con la pregunta:

Gráfico No. 6



Fuente: Tabla no. 14, año 2011

Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE

Anexo No. 2

Tabla N° 14

Resultados de la encuesta aplicada.

ÍTEMS	Indicador	Si	%	No	%	Total
1	¿Sabes qué es la participación ciudadana?	38	92.6	3	7.3	41
2	¿Cree usted que debe participar en la solución los problemas de salud de la comunidad?	19	46.3	22	53.6	41
3	¿Participa activamente en los problemas de salud de su comunidad?	12	29.2	29	79.7	41
4	¿Presta usted algún tipo de colaboración en la solución de los problemas de salud de su comunidad?	32	78	9	21.9	41
5	¿Pertenece usted a algún tipo de organización comunitaria?	20	48.7	21	51.2	41
6	¿Sabes qué es un consejo comunal?	39	95.1	2	4.8	41

Fuente: Trabajo de campo, Ricardo Andrade P, Maestrante del Instituto de Salud Pública, PUCE...
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE

Anexo No. 3

Tabla No. 15

Una escalera de participación ciudadana

1	Control ciudadano	Poder ciudadano
2	Poder delegado	
3	Co-participación	
4	Apaciguamiento	Participación simbólica
5	Consulta	
6	Información	
7	Terapia	No participación
8	Manipulación	

Fuente: Arnstein, 1969. Escalera de participación
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE

Anexo No. 4

Encuesta Investigación en Salud “Situación actual de Salud de la comunidad de Fajardo desde la perspectiva de los Habitantes de la comunidad”

Sector: _____

Manzana: _____

Villa: _____

Domicilio: _____

Nº integrantes del hogar: _____ Fecha: _____

1.- ¿Cuáles de estos problemas de salud han estado presentes en este hogar durante este último año?

(Marque con una cruz).

	Problema de salud	Si	No	No sabe
1	Hipertensión o presión alta			
2	Diabetes o azúcar en la sangre			
3	Hipercolesterolemia o Colesterol alto			
4	Problemas cardiacos (insuficiencia cardiaca, infartos etc.)			
5	Enfermedades respiratoria crónicas (bronquitis, asma, enfisema			
6	Derrame cerebral o accidente vascular encefálico			
7	Tuberculosis			
8	Epilepsia			
9	Depresión			
10	Trastornos ansiosos (crisis de pánico, angustia, etc.)			
11	Trastornos alimentarios (anorexia, bulimia)			
12	Trastornos conductuales de la infancia (hiperactividad, déficit atencional, problemas de conducta en la casa y el colegio, etc.)			
13	Dependencia de sustancias (alcohol, drogas, tabaco, medicamentos)			
14	Esquizofrenia o Psicosis			
15	Demencia, Alzheimer			
16	Sobrepeso u obesidad			
17	Trastornos reumáticos (articulaciones)			
18	Trastornos traumatológicos (a los huesos)			
19	Trastornos gástricos (ulcera, gastritis, colon irritable)			
20	Problemas ginecológicos			
21	Problemas oftalmológicos (miopía, estrabismo, catarata etc.)			
22	Problemas a la próstata			
23	Hernias			
24	Enfermedades de transmisión sexual (no es necesario mencionarlas)			
25	Cáncer			
26	Problemas a la piel			
27	Problemas de salud odontológica			
28	Otros			

2.- De los problemas que usted identifica como presentes en su grupo familiar: ¿Cuáles son, a su juicio, los más serios? (1: más prioritario)

1	2	3

3.- ¿Qué hacen o hicieron para enfrentar el problema más serio?

Ítems.	Si	No	No sabe
Tomo remedios por su cuenta			
Consultó a un naturista, Homeópata.			
Consulto a un médico u otro profesional de la salud			
Acudió a un centro de urgencia			
Tuvo que guardar reposo por su cuenta			
Otra			

4.- Durante los últimos 12 meses ¿algún miembro de su hogar se ha realizado algún chequeo de salud por algún profesional de la salud? y ¿dónde?

		Si	No
M.S.P.	S.C.S. FAJARDO		
	Hospitales		
Institución Privada			
Farmacias, comunidad u otro lugar			

5.- Si en el futuro algún miembro de su hogar tuviera alguna enfermedad grave ¿Dónde sería el primer lugar en que pediría ayuda?

		Si	No
Institución pública local M.S.P.	S.C.S. FAJARDO		
	HOSPITALES		
INSTITUCIÓN PRIVADA			
FARMACIAS, COMUNIDAD U OTRO LUGAR			

6.- ¿Qué nota le pondría a la atención que le brindan las instituciones de salud de la comuna? Las notas van desde 7 (si la atención es excelente) hasta nota 1 (si ha sido muy mala). Se aceptan solo números enteros.

		Recepción	Equipo medico	Otros profesionales	Auxiliares Paramédicos	Infraestructura /Equipamiento
Institución publica	S.C.S. Fajardo					
	Hospital					
Institución Privada						

Sugerencias:

7.- Usted diría que en general, su situación de salud es:

Buena	Regular	Mala

8.- En relación a la situación de salud. Del listado siguiente: ¿Cuáles son los problemas que están presentes en su barrio o localidad?

Contaminación (acústica y atmosférica) Si No sabe	Si	No	No sabe
Malos olores			
Presencia de perros, ratones, moscas y otros			
Limpieza de calles y veredas			
Falta de plazas, áreas verdes y canchas			
Falta de locales comerciales para compras diarias o semanales			
Falta de servicios básicos de salud (hospital, postas, consultorios)			
Falta de escuelas, liceos o jardines infantiles			
Trasporte publico			
Seguridad publica			
Alcoholismo y drogadicción			
Iluminación			
Pavimentación			
Aislamiento			
Medios de comunicación			
Prostitución			
Falta de espacios para la cultura			
Falta de participación social			
Falta de identificación con la comuna			
Otro			
Ninguno			

9.- De los problemas que identifica presentes en su barrio: ¿cuáles son, a su juicio, los más prioritarios?
(1: Más prioritario)

1	2	3

10.- ¿Cuál es el nivel educacional alcanzado por el jefe de hogar?

Sin estudios	
1º a 4º básico	
5º a 6º básico	
7º a 8º básico	
Educación Media Incompleta	
Educación Técnica, Profesional. Incompleta.	
Educación Media completa	
Educación Técnica, Profesional, incompleta	
Educación universitaria incompleta	
Educación universitaria completa (título universitario)	
Estudios de Postgrado (Magíster, Master, Doctorado)	

11.- ¿Cuál es la situación ocupacional del jefe de hogar?

Jubilado Con cesantía y sin trabajo alguno; Dueña de casa	
Obrero(a) estable no especializado(a); empleada doméstica	
Obrero especializado; empleado sin responsabilidad Trabajador, con oficio independiente estable (ej.: carpintero, gasfitero, taller de reparaciones, vendedor); Suboficial de las Fuerzas Armadas o de Carabineros de grado bajo; Jubilado.	
Empleado Público o Privado sin personas a su cargo (Ej.: Administrativos, auxiliar de contabilidad)	
Pequeño empresario o Comerciante (dueño de almacén, librería); Empleado de gradación media (jefe de...implica tener gente a su cargo); Jubilados.	
Profesional Universitario sin cargo directivo u Oficiales de grado medio de las Fuerzas Armadas y Carabineros.	
Mediano empresario o Directivo Medio	
Profesional Universitario independiente u oficiales de alto grado de las Fuerzas Armadas y Policía(Generales, Coroneles)	
Directivo de alto nivel (públicos o privados, gerentes, directores) ejecutivos, dueños de empresas grandes, dueños de fundo, profesionales independientes (médico, cuyo mayor ingreso es la consulta privada, abogado, ingeniero, arquitecto, etc.)	

12.- Condiciones de habitabilidad: ¿Qué tipo de construcción tienen los componentes de la casa en que se realiza la encuesta?

	Ligero	Solido	Mixto
Piso			
Techo			
Paredes			

Nombre Encuestador: _____

Firma Encuestador: _____

Anexo No. 5
ENCUESTA HIMMEL
ENCUESTA HIMMEL DE N. S. E. VERSION ADULTOS

Nombre:					
Edad:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Femenino:		
			Masculino:		
VIVE CON:					
Cónyuge o pareja	<input type="checkbox"/>	Ambos padres	<input type="checkbox"/>	Solo madre con	<input type="checkbox"/>
				Solo padre con	<input type="checkbox"/>
				Otras	<input type="checkbox"/>
Personas familiares	<input type="checkbox"/>	o <input type="checkbox"/>			
Actividad que desempeña (estudio o trabajo):					

INSTRUCCIONES:

A continuación le presentamos una lista con frases que describen distintos niveles educacionales y ocupacionales. **Ud. debe marcar con una cruz** el casillero que esté frente a la frase que refleje con más exactitud su propia situación educacional y ocupacional, o la de su cónyuge o pareja, o de sus padres, familiar u otra persona, en caso que Ud. no sea económicamente independiente y esté a su cargo.

Conteste con la mayor honestidad posible. En esto no hay respuestas buenas ni malas. Los datos que Ud. proporcione se mantendrán en absoluta reserva. Si tiene alguna duda, solicite ayuda al examinador.

Cuál es el nivel educacional alcanzado por:	Usted	Padre o Madre	Otra persona o familiar a cargo
Sin estudios			
1° a 4° Básico			
5° a 6° Básico			
7° a 8° Básico			
Educación Media incompleta			
Educación Técnica, Profesional, incompleta			
Educación Media completa			
Educación Técnica, Profesional incompleta			
Educación universitaria incompleta			
Educación universitaria completa (Título universitario)			
Estudios de postgrado (Magíster, Master, Doctorado)			
Cuál es la situación ocupacional de tu: Padre o Madre			
Otra persona o familiar a cargo			
Jubilado con cesantía y sin trabajo alguno;			
Dueña de casa			
Obrero(a) estable no especializado(a); empleada doméstica			
Obrero especializado; Empleado; Trabajador con oficio independiente estable (Ej.: Carpintero, gasfitero, taller de reparaciones, vendedor); Suboficial de las Fuerzas Armadas o de Policía de grado bajo; Jubilado			
Empleado Público o Privado sin personas a su cargo (Ej.: Administrativos, auxiliar de contabilidad)			
Pequeño Empresario o Comerciante (dueño de almacén, librería); Empleado de gradación media			
Profesional Universitario sin cargo directivo u Oficiales de grado medio de las Fuerzas Armadas y Policía.			
Mediano Empresario o Directivo medio			
Profesional Universitario independiente u Oficiales de alto grado de las Fuerzas Armadas y Policía (Generales, Coroneles)			
Directivo de alto nivel (públicos o privados, gerentes, directores) ejecutivos, dueños de empresas grandes, dueños de fundo, profesionales independientes (médico, cuyo mayor ingreso es la consulta privada, abogado, ingeniero, arquitecto, etc.)			

Otro:

PAUTA PARA LA ASIGNACIÓN DE PUNTAJES EN LA ESCALA DE NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Cuál es el nivel educacional alcanzado por tu:	Puntaje Asignado a la Categoría:
Sin estudios	0
1° a 4° Básico	1
5° a 6° Básico	2
7° a 8° Básico	3
Educación Media incompleta	3
Educación Técnica, Profesional, incompleta	4
Educación Media completa	4
Educación Técnica, Profesional, incompleta	4
Educación universitaria incompleta	4
Educación universitaria completa (Título universitario)	5
Estudios de postgrado (Magíster, Master, Doctorado)	6
Cuál es la situación ocupacional de tu: Dueña o de casa	0
Jubilado con cesantía,	1
Obrero(a) estable no especializado(a); empleada doméstica	1
Obrero especializado; Empleado; Trabajador con oficio independiente estable (Ej.: Carpintero, gasfitero, taller de reparaciones, vendedor); Suboficial de las Fuerzas Armadas o de Policía grado bajo; Jubilado.	2
Empleado Público o Privado sin personas a su cargo (Ej.: Administrativos, auxiliar de contabilidad)	3
Pequeño Empresario o Comerciante (dueño de almacén, librería); Empleado de gradación media (jefe de... implica tener gente a su cargo); Jubilados.	4
Profesional Universitario sin cargo directivo u Oficiales de grado medio de las Fuerzas Armadas y Policía.	5
Mediano Empresario o Directivo medio	6
Profesional Universitario independiente u Oficiales de alto grado de las Fuerzas Armadas y Policía (Generales, Coroneles)	7
Directivo de alto nivel (públicos o privados, gerentes, directores) ejecutivos, dueños de empresas grandes, dueños de fundo, profesionales independientes (médico, cuyo mayor ingreso es la consulta privada, abogado, ingeniero, arquitecto, etc.)	8

CRITERIO INTERPRETATIVO DE LOS PUNTAJES:

N.S.E. BAJO: 0 a 6 Puntos

N.S.E. MEDIO: 7 a 9 Puntos

N.S.E. ALTO: 10 Puntos y más

Anexo No. 6

GOBIERNO BARRIAL DE FAJARDO POSESIONA NUEVA DIRECTIVA

El 11 de febrero de este año, la comunidad de Fajardo posesionó a la nueva directiva del Gobierno Barrial, ante la presencia de 300 moradores del sector y del Alcalde de Rumiñahui, Héctor Jácome Mantilla. Este evento se realizó en la Casa de Uso Múltiple de la zona, recientemente inaugurada.

Desde el 6 de enero del 2012, el Ministerio de Inclusión Económica y Social reconoció al Comité Pro Mejoras del Gobierno Barrial de Fajardo, como una institución de carácter legal y jurídico.

Los miembros que lideran la directiva son: Byron Paucar, Presidente; María Pilloja, Vicepresidenta; Manuel Aldana, Secretario y Edgar Suintaxi, Tesorero.

Paucar comenta que la planificación anual, estará direccionada a través de cinco comisiones: seguridad, salud y medio ambiente, trabajo en beneficio de grupos vulnerables, asuntos sociales y apoyo a las obras del Municipio.

Señala, que es importante trabajar mancomunadamente, a fin de mejorar la calidad de vida de la

comunidad. "Se tiene que cumplir la trilogía de trabajo, en la que deben formar parte las autoridades, directivos de un barrio y los moradores", expresó.

La nueva directiva buscará la unión de los 4.000 habitantes de este sector del cantón Rumiñahui, mediante la ejecución de proyectos que involucren la participación de la ciudadanía.

Paucar invita a todos los habitantes de Fajardo a que se unan por una causa justa en beneficio de todos y de las futuras generaciones, para formar nuevos líderes que tengan la visión de ayuda comunitaria.

En los próximos días se iniciarán actividades como la bailaterapia y gimnasia rítmica. También se han establecido conversaciones con el Patronato de Promoción Social, para dictar cursos de formación de microempresarios.

El presidente recuerda que la nueva Casa de Uso Múltiple, es la 'Casa de Todos'. Las puertas están abiertas, para emprender proyectos que beneficien a niños, jóvenes, adultos y personas de la tercera edad.



FUENTE: El valle y su gente edición No 26, 14 de febrero, año 2012.
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE.



FUENTE: El valle y su gente edición No 26, 14 de febrero, año 2012.
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE

Anexo No. 7

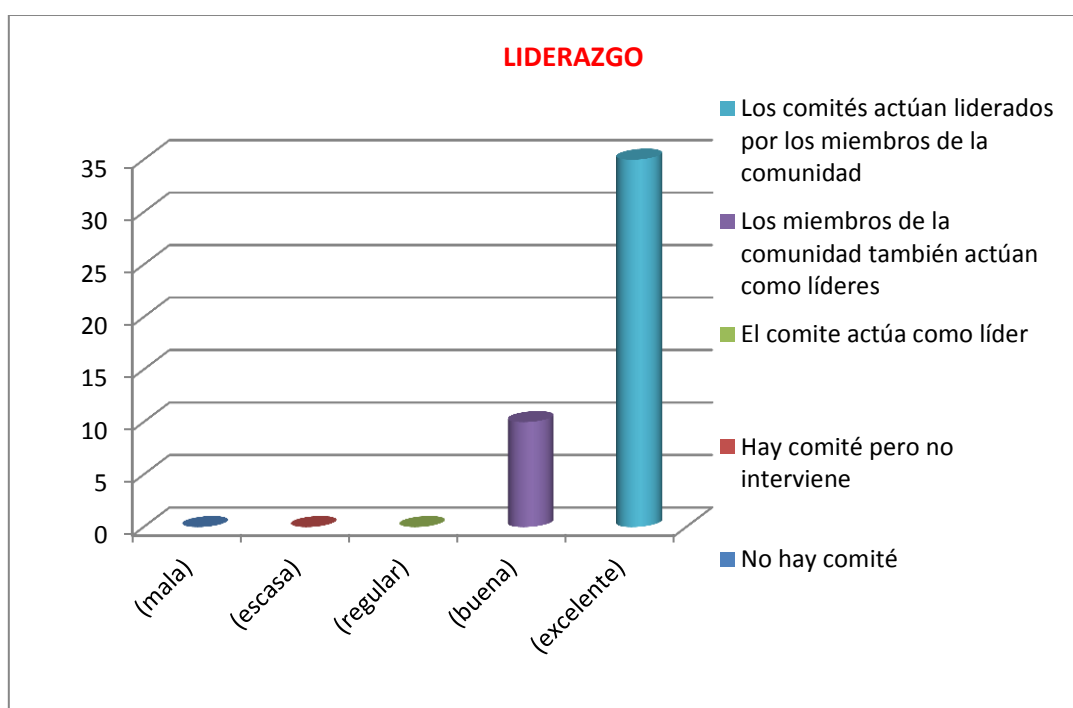
Escala de evaluación de la participación comunitaria en las actividades relacionadas con la salud

Indicadores	1 (mala)	2 (escasa)	3 (regular)	4 (buena)	5 (excelente)
Liderazgo	No hay VSA	Hay VSA	El VSA actúa como líder	Los miembros de la comunidad también actúan como líderes	Los VSA actúan liderados por los miembros de la Comunidad
Organización	No hay puesto <i>Posyandu</i>	Existe un puesto <i>Posyandu</i>	El puesto <i>posyandu</i> es activo	Las actividades cotidianas progresan	El puesto <i>posyandu</i> es activo y el trabajo cotidiano avanza
Mobilización de recursos	No hay fuerza de trabajo ni fondos	Se ofrece fuerza de Trabajo	La fuerza de trabajo es adecuada	Se ofrecen fondos	La fuerza de trabajo y los fondos son Adecuados
Gestión	Administrado por un organo exterior	Administrado por un organo exterior y por VSA	Administrado principalmente por VSA	Planificado y administrado por un organo exterior y por VSA	Planificado y administrado principalmente por VSA
Evaluación de necesidades	Evaluadas sólo por un órgano exterior	Un órgano exterior ha examinado las necesidades de la comunidad.	Los VSA evalúan sus necesidades	Los VSA evalúan las necesidades de la comunidad	Los miembros de la comunidad participan en la evaluación de las necesidades

Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE

Anexo No. 8

8.1. Evaluación de la participación comunitaria en las actividades de liderazgo



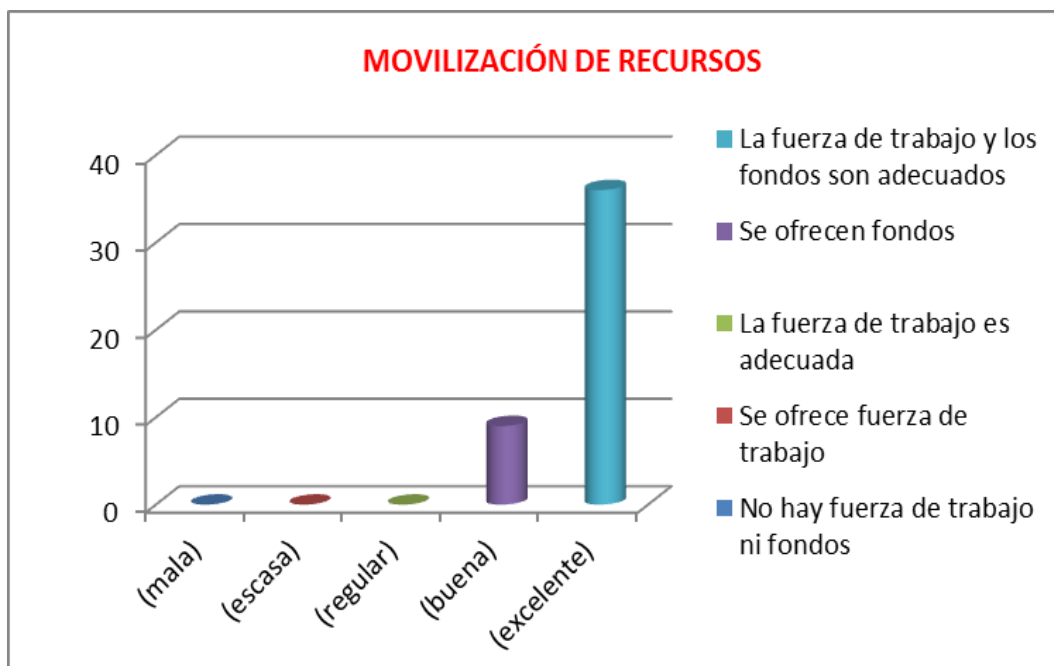
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE

8.2. Evaluación de la participación comunitaria en las actividades de organización



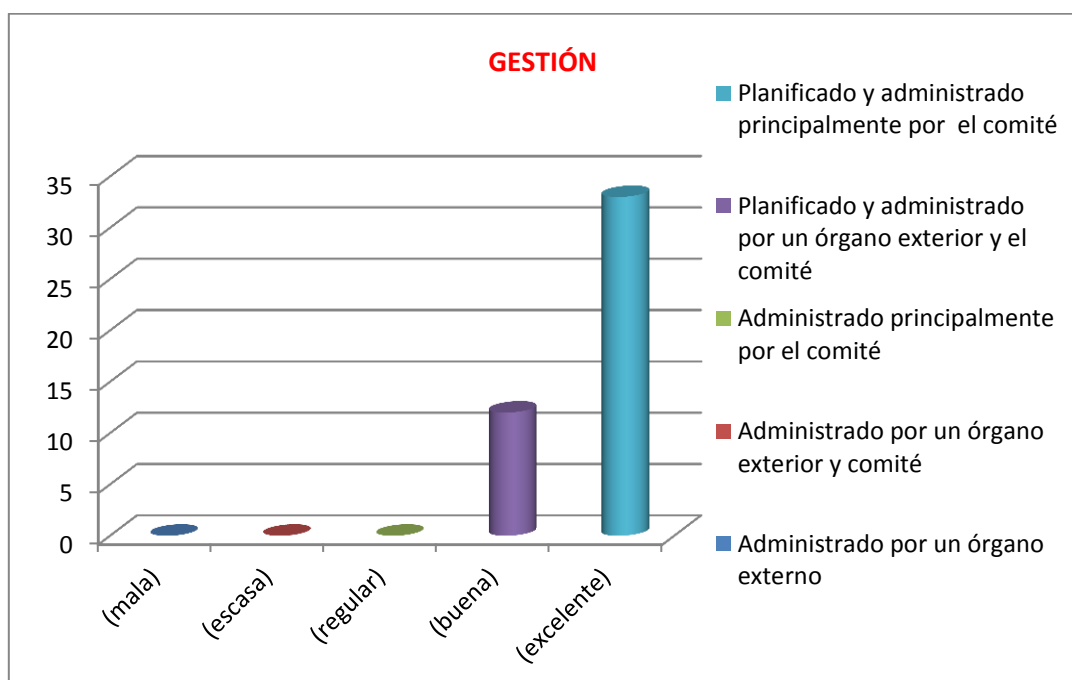
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE

8.3. Evaluación de la participación comunitaria en las actividades de movilización de recursos



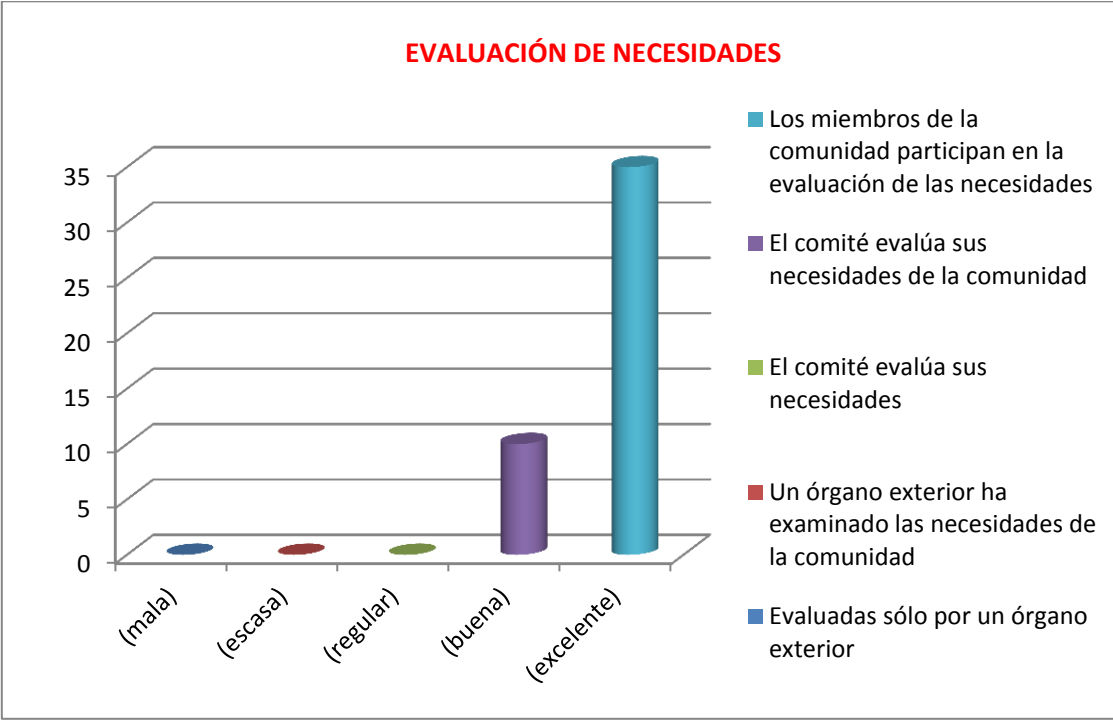
Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE

8.4. Evaluación de la participación comunitaria en las actividades de gestión



Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE

8.5. Valoración de la participación comunitaria en las actividades de evaluación de necesidades



Elaborado por: Dr. Ricardo Andrade P. maestrante del Instituto de Salud Pública. PUCE

Anexo No.9

Tablas Estadísticas

Prueba T

Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación tipo	Error tipo de la media
Hombre	4	3,5000	,57735	,28868
Mujer	4	7,7500	4,11299	2,05649

Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 0					
	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Hombre	12,124	3	,001	3,50000	2,5813	4,4187
Mujer	3,769	3	,033	7,75000	1,2053	14,2947

Tablas de contingencia

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
hombre - mujer	4	40,0%	6	60,0%	10	100,0%

Tabla de contingencia hombre - mujer

Recuento

		Mujer				Total
		3,00	7,00	8,00	13,00	
hombre	3,00	0	1	0	1	2
	4,00	1	0	1	0	2
Total		1	1	1	1	4

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,000 ^a	3	,261
Razón de verosimilitudes	5,545	3	,136
Asociación lineal por lineal	1,197	1	,274
No. de casos válidos	4		

a. 8 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .50.

Tablas de contingencia

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
patología - primero	5	50,0%	5	50,0%	10	100,0%

Tabla de contingencia patología - primero

Recuento

		primero					Total
		1,00	3,00	7,00	8,00	11,00	
Patología	1,00	0	0	0	0	1	1
	2,00	0	0	1	0	0	1
	3,00	1	0	0	0	0	1
	4,00	0	0	0	1	0	1
	5,00	0	1	0	0	0	1
Total		1	1	1	1	1	5

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,000 ^a	16	,220
Razón de verosimilitudes	16,094	16	,446
Asociación lineal por lineal	1,406	1	,236
No. de casos válidos	5		

a. 25 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .20.

Tablas de contingencia

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
atención * grave	5	50,0%	5	50,0%	10	100,0%

Tabla de contingencia atención - grave

Recuento

	Grave					Total
	,00	11,40	14,50	14,90	59,20	
atención ,70	1	0	0	0	0	1
23,20	0	1	0	0	0	1
24,90	0	0	1	0	0	1
47,90	0	0	0	1	0	1
49,80	0	0	0	0	1	1
Total	1	1	1	1	1	5

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Signos asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,000 ^a	16	,220
Razón de verosimilitudes	16,094	16	,446
Asociación lineal por lineal	2,173	1	,140
No. de casos válidos	5		

a. 25 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .20.

Descriptivos

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación tipo
Hombre	4	3,00	4,00	3,5000	,57735
Mujer	4	3,00	13,00	7,7500	4,11299
No. válido (según lista)	4				

Frecuencias

Estadísticos Morbilidad

Moda	Valores
No Válidos	10
Perdidos	0
Media	62,5000
Error típ. de la media	20,02457
Mediana	36,5000
Moda	5,00 ^a
Desv. típ.	63,32324
Varianza	4009,833
Rango	178,00
Mínimo	5,00
Máximo	183,00

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Morbilidad

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5,00	1	10,0	10,0	10,0
13,00	1	10,0	10,0	20,0
18,00	1	10,0	10,0	30,0
22,00	1	10,0	10,0	40,0
24,00	1	10,0	10,0	50,0
49,00	1	10,0	10,0	60,0
65,00	1	10,0	10,0	70,0
83,00	1	10,0	10,0	80,0
163,00	1	10,0	10,0	90,0
183,00	1	10,0	10,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	