

T
361.8
P291

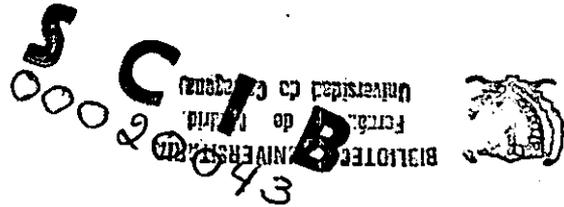
S C I B

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL



EVALUACION DEL COMPONENTE PARTICIPACION DE LA
COMUNIDAD EN SALUD EN LA REGIONAL CARTAGENA

MYRIAM PASTRANA CALLE
TAYDE ZAMBRANO SANCHEZ
BELEN JIMENEZ TRESPALACIO



TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE
TRABAJADORAS SOCIALES
(MARIA VICTORIA GONZALEZ DE SPICKER)
DIRECTORA DEL TRABAJO

48147

Cartagena, 23 de septiembre de 1986

Señores
COMITE DE TESIS
Facultad de Trabajo Social
Universidad de Cartagena
E S D

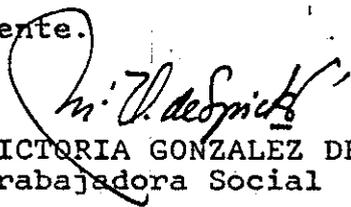
Gustosamente me dirijo a ustedes para presentarles el trabajo de Grado titulado "EVALUACION DEL COMPENENTE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD EN LA REGIONAL CARTAGENA" elaborado por las estudiantes MYRIAM PASTRANA CALLE, BELEN JIMENEZ TRESPALACIOS Y TAYDE ZAMBRANO SANCHEZ.

Estas estudiantes realizaron sus prácticas profesionales en el Servicio de Salud de Bolívar y el trabajo que han realizado, plantea objetivamente la actual situación de la participación comunitaria como parte del proceso de Atención Primaria en Salud, estrategia considerada como fundamental para alcanzar mejores coberturas de servicios.

Durante el tiempo de elaboración de este trabajo recibieron asesoría y orientación de parte mia.

Quiero expresar mi satisfacción como Directora del Trabajo, pues su contenido será de gran importancia no solo al interior de la Facultad de Trabajo Social sino para la Seccional de Salud del Departamento.

Atentamente.



MARIA VICTORIA GONZALEZ DE SPICKER
Trabajadora Social

Cartagena, 27 de Noviembre de 1986

Señores
MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR
Facultad de Trabajo Social
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Ciudad.

Por medio de la presente nos permitimos presentar a
ustedes, para su aprobación final, nuestro trabajo
de tesis titulado "EVALUACION DEL COMPONENTE PARTI-
CIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD EN LA REGIONAL
CARTAGENA", hecha la aclaración del párrafo segundo
de las conclusiones solicitada por uno de los miem-
bros del Jurado Evaluador.

Cordialmente,

Belen Jimenez Trespalacio
BELEN JIMENEZ TRESPALACIO

Jayde Zambrano Sanchez
JAYDE ZAMBRANO SANCHEZ

Myriam Melissa Pasprana C
MYRIAM MELISSA PASPRANA C

Nota de Aceptación.

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Queremos manifestar nuestros agra
decimientos a María Victoria Gon-
zalez de Spicker por su constante
asesoría y apoyo para la realiza-
ción de este trabajo, y a Carmen
Cabrales por haber creído en nues-
tro trabajo.

A mi madre por su cariño y apoyo
y a mi esposo, Mario Miguel De-
reix Colliny por desesperar a mi
lado.

Myriam Melissa.

A mis padres por su comprensión y
apoyo; a Laureano por su paciente
espera.

Belen.

A mis padres y hermanos por su com
prensión y paciencia.

Tayde E.

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
1. ANTECEDENTES.....	7
1. JUSTIFICACION.....	12
2. OBJETIVOS.....	23
A. Objetivo General.....	23
B. Objetivos Específicos.....	23
3. MARCO TEORICO.....	27
A. Teoría de sistemas.....	27
B. Estructura y organización del Sistema Nacio - nal de Salud.....	29
C. La Participación de la Comunidad como estra - tegia de los programas de salud.....	31
D. Características del desarrollo de la comuni - dad.....	41
4. PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS.....	53
A. Método.....	53
B. Nivel de investigación.....	55
C. Técnicas de investigación.....	56
5. CARACTERISTICAS DE LAS COMUNIDADES ESTUDIADAS...	64
A. Area Urbana Marginal.....	64
B. Area Rural.....	73
C. Area de la Bahía.....	80

6.	ANALISIS ESTADISTICO.	
	ANTECEDENTES DE LOS COMITES COMUNALES ESTUDIADOS.	86
	A. Area Urbana Marginal.....	86
	B. Area Rural.....	95
	C. Area de la Bahía.....	104
7.	CONCLUSIONES.....	126
8.	PLAN DE ACCION.....	131
	GLOSARIO.....	136
	BIBLIOGRAFIA.....	143
	ANEXOS.....	146

TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

1.	Comunidades en donde funcionan los Comités.....	108
2.	Miembros de los Comités con capacitación.....	109
3.	Limitaciones que impiden el desarrollo del Componente.....	110
4.	Conocimiento de la existencia de un Comité Comunal de Salud en la comunidad.....	111
5.	Importancia de la participación comunitaria.....	112
6.	Comunicación del Comité de Salud con la comunidad.....	113
7.	Calidad de los servicios prestados por la Unidad de Atención.....	114
8.	Eficacia de los servicios prestados por la Unidad de Atención.....	115

FIGURAS

1.	Conocimiento de la existencia de un Comité Comunal de Salud en la comunidad.....	116
	- Area Urbana Marginal	
	- Area de la Bahia	
2.	Conocimiento de la existencia de un Comité Comunal de Salud en la comunidad.....	117
	- Area Rural	

3. Importancia de la participación comunitaria..... 118

- Area Urbana Marginal
- Area de la Bahia

4. Importancia de la participación comunitaria..... 119

- Area Rural

5. Comunicación del Comité de Salud con la Comuni-
dad..... 120

- Area Urbana Marginal
- Area de la Bahia

6. Comunicación del Comité de Salud con la Comuni-
dad..... 121

- Area Rural

7. Calidad de los servicios prestados por la Unidad
de Atención..... 122

- Area Urbana Marginal
- Area de la Bahia

8. Calidad de los servicios prestados por la Unidad
de Atención..... 123

- Area Rural

9. Eficacia de los servicios prestados por la Uni -
dad de Atención..... 124

- Area Urbana Marginal
- Area de la Bahia



BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
 Facultad de Medicina
 Universidad de Chile

10. Eficacia de los servicios prestados por la Uni -
dad de Atención..... 125
- Area Rural

ANTECEDENTES

"La práctica y el ideal del desarrollo de la propia comunidad mediante la ayuda mutua y la acción conjunta es, en algunos aspectos, casi tan vieja como la misma humanidad. A lo largo de la historia han existido continuos intentos que, por vías y formas diferentes, han procurado lograr el bien común por el esfuerzo comunitario".¹

A. Evolución histórica de la práctica del desarrollo de la comunidad.

Ander Egg² anota que el desarrollo de la comunidad como técnica de acción social empleada para mejorar las condiciones de vida de los campesinos, se inicia en los países de Asia y Africa alrededor de 1.950.

hacia 1.952 ésta labor está canalizada principalmente a través de los denominados centros comunales , y también por otros proyectos específicos:

- De mejoras materiales (construcción de viviendas, carreteras, obras de riego, etc).
- De organización de servicios.

1. Ander Egg, Ezequiel. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Pág 47.

2. Ibid. Pág 48.

- de acción comunal (discusiones de grupo, análisis colectivo de necesidades locales, creación de comisiones, obtención de asistencia técnica y formación de personal).

El desarrollo de la comunidad es definido, como " Un proceso destinado a crear condiciones de progreso económico y social para toda la comunidad, con la participación activa de ésta, y la mayor confianza posible de su iniciativa".

A medida que se acrecienta la experiencia en este campo, se va tomando conciencia de que este planteamiento es insuficiente. La problemática se va perfilando poco a poco; aparecen nuevos ámbitos de intervención o proyectos específicos de desarrollo comunal. Podríamos resumirlos así:

- Educación fundamental.
- Promoción de pequeñas industrias rurales.
- Fomento de cooperativas.
- Extensión agrícola.
- Economía doméstica y demostración del hogar.
- Saneamiento rural.

En 1954 en la reunión del Consejo Económico y Social de la ONU aparece la expresión "Desarrollo de la Comunidad", para designar un medio instrumental destinado al logro de determinados objetivos tendientes a la elevación de los niveles de vida.

Al año siguiente, en julio de 1.955, el Consejo Económico y Social en su XX período de sesiones, aprueba la resolución 585 (XX), en la que considera que el proceso económico y social se puede acelerar en las regiones económicamente menos desarrolladas mediante la utilización de la capacidad y energía latente de los habitantes, en actividades de esfuerzo propio en las que puede mejorar la situación de las comunidades.

Para 1.956 un grupo de expertos de las Naciones Unidas sistematiza las diferentes experiencias y produce un documento básico, DESARROLLO DE LA COMUNIDAD Y SERVICIOS CONEXOS, algunos han considerado a este documento como la carta magna del desarrollo de la comunidad. En el documento se propuso una definición que por muchos años ha sido clásica y que dice así: "La expresión desarrollo de la comunidad se ha incorporado al uso internacional para designar aquellos procesos en cuya virtud los esfuerzos de una población se suman a los de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, integrar estas en la vida del país y permitirles contribuir plenamente al progreso nacional".

En la década del 60, América Latina no tiene para ese entonces experiencias de envergadura en el campo del desarrollo de la comunidad; sólo hay una serie de proyectos iniciados en Puerto Rico con la asistencia

técnica y financiera de los Estados Unidos. Por otra parte, los profesionales del servicio social llevan a cabo una serie de experiencias que se conocen bajo esa denominación, pero que no cuentan con mucho apoyo oficial.

En los años 60 aparecen las versiones latinoamericanas del desarrollo comunal: el mexicano Ricardo Pozas Arciniegas, el costarricense Carlos María Campo Jiménez, el colombiano Ruben Darío Utría, el argentino Ezequiel Ander Egg, el uruguayo Hernán Kruse, los venezolanos Carlos Acedo Mendoza y Carola Ravel, y otros.

En esa misma década la política de la Alianza para el Progreso, propugnada por John Kennedy y aceptada en la reunión de Punta del Este por todos los países latinoamericanos, excepto Cuba, da un gran espaldarazo a los programas de desarrollo de la comunidad. Los documentos aprobados en esos años por el CIES (Consejo Interamericano Económico y Social) en sus reuniones de San Pablo y México, dan clara cuenta de ello. Si bien en los documentos no se contiene una definición del desarrollo de la comunidad, en ellos se ha hecho una descripción muy precisa del mismo en cuanto técnica social de promoción del hombre integrada a los planes nacionales de desarrollo, ateniéndose muy especialmente al proceso educativo y a la promoción de cambios racionales en el nivel de los pequeños grupos.

también se ha de tener en cuenta que en las con-

cepciones latinoamericanas de mediados de la década del 60, el desarrollo de la comunidad es considerado principalmente como técnica de promoción humana y de movilización de recursos humanos. Y en cuanto instrumento para la participación popular, se lo ha considerado como recurso para el desarrollo.

Durante la década del 70 se realizan varios programas para lograr la participación popular. Pero ya no se habla de desarrollo de la comunidad. Todo parece indicar que el desarrollo de la comunidad ya no interesa como programa de gobierno, hasta que en agosto de 1.979 se lleva a cabo en Colombia, el I Seminario Internacional de Desarrollo de la Comunidad, con participación de 30 países, principalmente latinoamericanos.

De lo que no cabe duda es que la metodología y práctica del desarrollo de la comunidad -con todas sus limitaciones- no fue aplicada en todas sus posibilidades. Pero en ciertos casos desató potencialidades que estaban mucho más allá de lo que el mismo método contenía; esto ocurre casi siempre cuando a la gente se le otorgan posibilidades para decidir sobre cuestiones que le conciernen, aunque en estos casos el nivel de decisiones se haya circunscrito al barrio o comunidad.

CAPITULO I

JUSTIFICACION

La Participación de la Comunidad en la Planeación de la salud en el país, está contemplada como un elemento de suma trascendencia para la obtención de los objetivos propuestos en la Política Nacional de Salud.

El objetivo de la creación era básicamente una estructura y organización a nivel de Ministerio que propusiera al nivel Directivo del mismo, las políticas, normas y estrategias para vincular a la comunidad previa su organización, en todas las etapas del proceso de Planeación en Salud. Ya definida esta organización y puesta en marcha en el año de 1.977, se ideó una metodología a desarrollar por los diferentes niveles del sistema.

Al promediar el año de 1.977 se dió comienzo al trabajo de campo, iniciándose el desarrollo del Componente Participación de la Comunidad en 12 Servicios Seccionales, a los cuales se les brindó una asesoría directa y permanente por parte de la Dirección, ya que estas actividades eran novedosas.

durante el primer semestre del año 1.978 se desa-

rolló una tarea de supervisión en aquellos departamentos que ya adelantaban el proceso de Participación de la Comunidad en Salud.

En el segundo semestre del mismo año se cubrieron 17 servicios de Salud, de tal forma que al finalizar el año la cobertura a nivel del país era de 29 servicios seccionales.

En reunión celebrada en el despacho del Señor Ministro de Salud, el día 30 de abril de 1.981 con asistencia del " Grupo Asesor de la Secretaría General para la Coordinación de la Atención Primaria ", se presentó como una de las áreas más críticas del proceso de extensión de cobertura la poca participación de la comunidad lograda hasta el momento en el desarrollo del mismo.

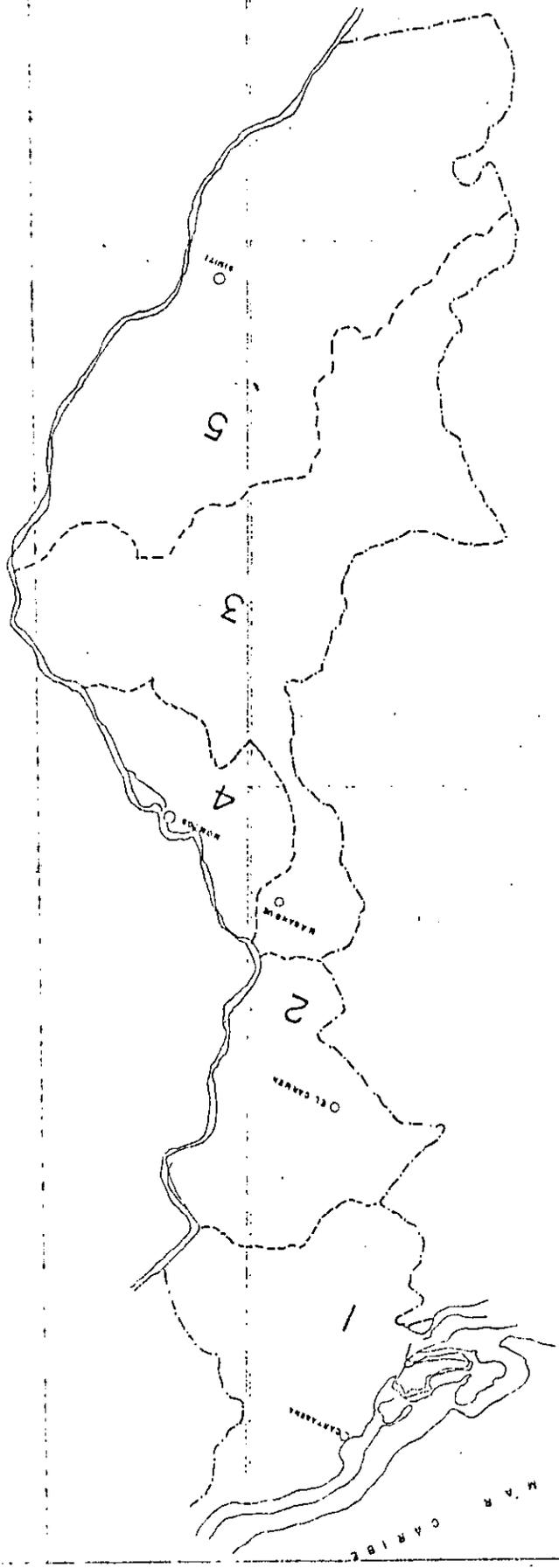
El Departamento de Bolívar se encuentra dividido en cinco Unidades Regionales que son: Cartagena, El Carmen de Bolívar, Magangué, Mompox y Simití.

La implementación del Componente Participación de la Comunidad en Salud en el departamento de Bolívar se comenzó en las Unidades Regionales de Cartagena, Mompox y Magangué; en Cartagena se empezó a implementar hace aproximadamente 7 años, en la zona Sur-oriental, específicamente en la UPA de la Candelaria y más tarde se extendió a otras UPAS. (ver mapa 1.)

Desde principios de 1.983 hasta mediados del año de 1.985 estudiantes de la Facultad de Trabajo So-



LOCALIZACION DE LAS UNIDADES REGIONALES DEL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR



cial de la universidad de Cartagena iniciaron la implementación del Componente Participación de la Comunidad en Salud en las UPAS de Turbacó y Bayunca.

Se hizo la implementación siguiendo los lineamientos teóricos del componente durante la Promoción y la Implantación; la Capacitación fué llevada a cabo por personal del Servicio Seccional de salud y el Distrito Integrado de Salud, y más tarde se continuó con la Participación Operante.

Es aquí donde se inician las incongruencias entre las etapas a través de las cuales se desarrolla el Componente Participación de la Comunidad en Salud y lo que el mismo define como Participación y Desarrollo de la misma. De esta forma define la Participación Operante como la integración de la comunidad con el personal de salud para trabajar conjuntamente en la definición, programación, ejecución, supervisión y evaluación de las acciones de salud en la comunidad. Se dá que la comunidad es involucrada solamente en la Ejecución de las actividades que por lo general son programadas por la promotora de salud; el Equipo de salud tiende a no involucrar al Comité a pesar de que está normatizado en el desarrollo de sus actividades, mucho menos en la Planificación y Evaluación de las mismas.

La no involucración de los miembros de la comunidad en el proceso de Planificación es justificada de di-

versas formas, habiendose detectado las siguientes:

- El Equipo de Salud (Médico, Auxiliar de Enfermería , Promotora de Salud y Promotor de Saneamiento Ambiental) no planifican según un diagnóstico específico de la comunidad sino que cumplen actividades (para ellos obligaciones) trazadas por la Institución a nivel general, basandose en un diagnóstico general.
- En la programación de actividades no están incluidas acciones de Participación de la Comunidad.
- Corto período de permanencia del Equipo.
- El Equipo de Salud no muestra interés en detectar situaciones problemáticas, ni planean actividades tendientes a solucionarlas ya que sólo se limitan a atender a los que acuden al Puesto, se llevan datos estadísticos que no son usados en una forma adecuada.
- El Equipo de Salud realmente no está trabajando como equipo sino que cada uno desarrolla sus funciones aisladamente del otro, haciendo una que otra coordinación en casos excepcionales. Así mismo no están conscientes de la ayuda potencial que les puede representar el Comité de salud para lograr una mayor cobertura.

Aparte de las situaciones anteriormente mencionadas se dan otras más generales pero determinantes en gran medida:

- El presupuesto destinado para el Componente Participa-

ción de la Comunidad en Salud venía directamente de los Programas URI y PAN, pero actualmente, debido a la crisis económica fué restringido, por lo tanto los recursos con que se cuenta no son suficientes para los gastos que implica la implementación y desarrollo del Componente. (Ver anexo 1.)

- Los planteamientos teóricos del Componente, son muy generales y no tienen en cuenta el contexto socio-cultural de cada una de las regiones. La definición de Participación de la Comunidad dentro de los programas de desarrollo social no es clara; en parte se debe a que casi nunca se conoce el potencial que una comunidad tiene para aportar soluciones a sus problemas. Los criterios de las comunidades casi nunca son tenidos en cuenta en los planes de desarrollo, ni en el diseño de programas.

- La capacitación no se dá para la Planeación y la evaluación sino para la Ejecución, aún cuando el curso de capacitación debe comprender el manejo de instrumentos de Diagnóstico, Programación, Ejecución, Supervisión y Evaluación. Esta Capacitación es inconsistente y se dá mediante charlas con una duración de dos horas cada una ; los temas que se tratan son los siguientes:

- Comunidad y liderazgo.
- Administración de fondos comunales.
- Prestación de servicios.

- Estatutos y funciones de los comités.
- La Promotora.
- una dinámica de grupo realizada como evaluación de la capacitación que les fué dada.

Ante tantas inconsistencias se han utilizado los conocimientos de desarrollo de la Comunidad, Organización y Participación Comunitaria para tratar de salvar obstáculos a riesgo de que el grupo representante de la comunidad se encuentre laborando y movilizándose conjuntamente con la promotora de salud pero, más que todo improvisando que mostrando los resultados generados por los elementos que debieron haber recibido durante la Capacitación.

Partiendo de nuestra experiencia en la UPA de Bayunca y haciéndonos a la experiencia de otros profesionales que han manejado este Componente en otras comunidades, teniendo en cuenta el tiempo que tienen de creados los distintos Comités y los logros alcanzados, así como las veces que han tenido que ser sometidos a reestructuración; pretendemos entrar a estudiar la funcionalidad del Componente Participación de la Comunidad en Salud, dentro del contexto específico de la realidad socio económica y cultural de la región, evaluando la forma como se está implementando el Componente en la Unidad Regional de Cartagena y analizando si realmente se está dando o no una verdadera participación.

La Regional Cartagena comprende las siguientes UPAS:

- Arjona.

Comprende Arjona, Sincerín, Gambotes, Puerto Badel y Rocha.

- Arroyo Hondo.

Comprende a Arroyo Hondo, Soto, Máchado y Hato Viejo.

- Bayunca.

Comprende las poblaciones de Bayunca, Pontezuela, Manzanillo, Arroyo de Piedra y Punta Canoas.

- Calamar.

Comprende las poblaciones de Calamar, Barranca Nueva, Yucal, Sector Sur Porvenir, Slip y Barranca Vieja.

- Clemencia.

Comprende a Clemencia, Algarrobo, Arroyo Vuelta, Socorro y Penique.

- Fredonia.

Comprende los sectores 1,2,3 y 4, La Magdalena sectores 1 y 2 y el Pozón sectores 1, 2 y 3.

- La Candelaria.

- Mahates.

Comprende Mahates, San Joaquin, Evitar y Gamero.

- María la Baja.

Comprende a María la Baja, San José del Playón, Retiro Nuevo, Ñanguma y Flamenco.

- Tierrabomba.

Comprende las poblaciones de la bahía: Tierrabomba ,
Punta de Arena, Caño de Loro, Bocachica, Barú e Is -
las del Rosario.

- Turbaco.

Comprende las poblaciones de Turbaco, Pueblo Nuevo,
Cipacoa, Cañaverál y Turbana.

- Santa Catalina.

Comprende a Santa Catalina, Galerazamba, Loma de Are
na y Pueblo Nuevo.

(Ver mapa 2.)

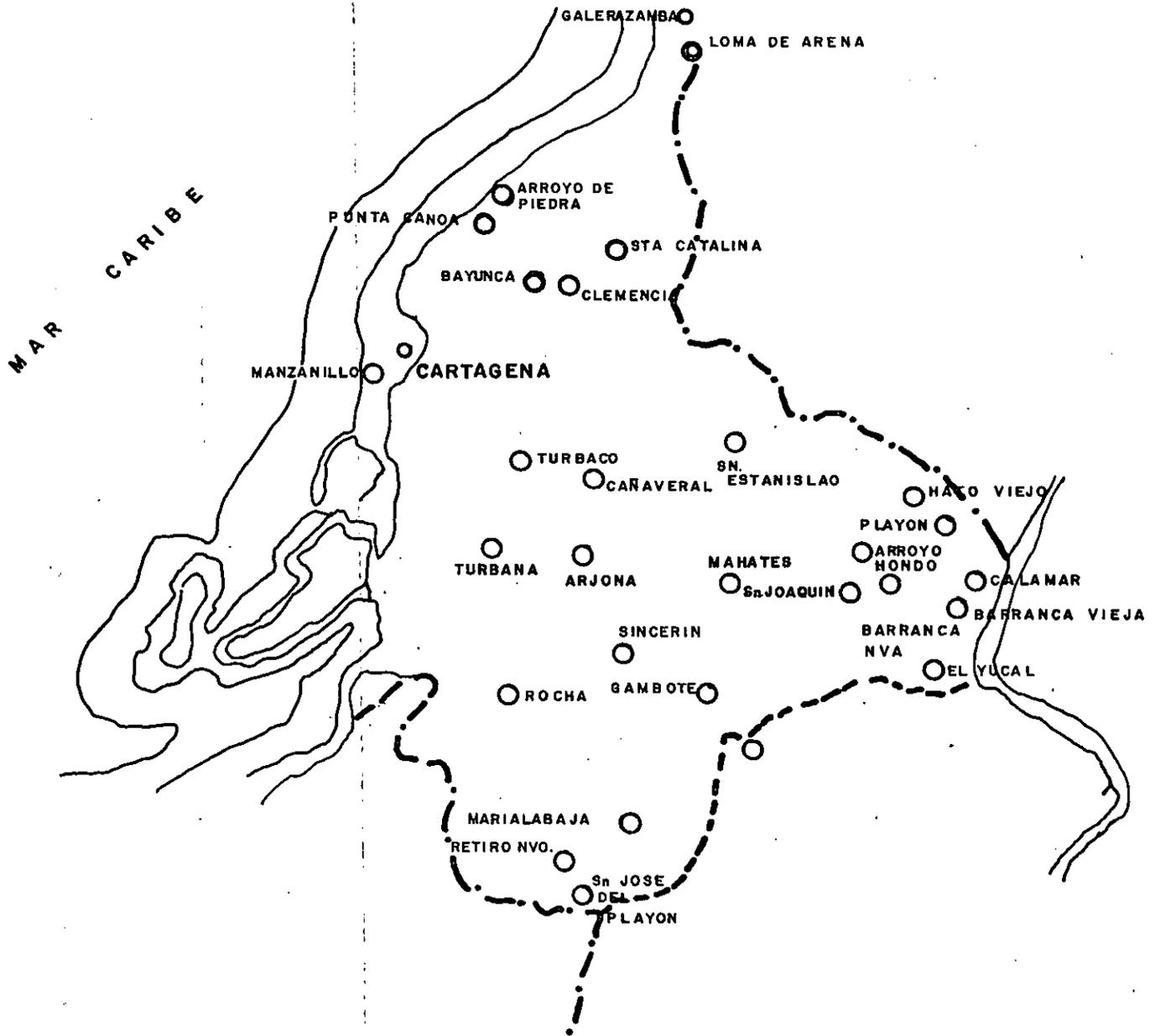
Enfocamos la utilidad de este estudio en la
orientación de sus resultados a cumplir propósitos es-
pecíficos como son:

- Obtener la información necesaria para mejorar el fun
cionamiento del Componente en el área específica ob-
jeto de nuestro estudio.
- hacer recomendaciones para la mejor utilización de
los recursos según resultados y necesidades detecta-
das.
- Recomendar acerca de la conveniencia de adoptar o
eliminar procedimientos o principios en los cuales
está basado el Componente.
- Destacar la importancia de la intervención profesio
nal del trabajador social.

Este trabajo va dirigido a la Dirección Nacio-

REGIONAL - I CARTAGENA

LOCALIZACION DE LAS UNIDADES
PRIMARIAS DE ATENCION EN
SALUD - UPAS



nal de Participación de la Comunidad en el Ministerio de Salud Pública, ya que durante todos estos años no se ha evaluado este componente en el Departamento de Colívar; aunque hubo un intento por parte del Ministerio de salud, se trazaron unos parámetros pero no se llegó a nada concreto.



BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
Fernández de Madrid
Universidad de Cartagena

CAPITULO II

OBJETIVOS

A. Objetivo General.

Abordar el estudio de la funcionalidad del Componente Participación de la Comunidad en Salud dentro del contexto específico de la realidad socio-económica-cultural de la región.

B. Objetivos Específicos.

1. Evaluar la forma como se está implementando el Componente Participación de la Comunidad en Salud en la Unidad Regional de Cartagena.

Los indicadores a estudiar dentro del objetivo anterior son los siguientes:

- Cómo son desarrolladas las etapas que conforman el Componente Participación de la Comunidad en Salud.

- Promoción.

- Si se da una preparación de condiciones que puedan garantizar el compromiso de la comunidad y de los funcionarios en los distintos niveles del Sistema Nacional de Salud, especialmente en el área objeto de estudio.

- Implantación.
 - Si se dá la organización de las actividades que deben cumplir el personal de salud y la comunidad para garantizar una participación consciente y en que forma se dá dicha organización.
- Capacitación.
 - Esta no será evaluada partiendo de la formulación teórica del Componente sino que partiremos desde el cuestionamiento de la misma. Estudiaremos los siguientes puntos:
 - Si la capacitación definida como un " intercambio educativo de conocimientos y experiencias en materia de salud, entre la comunidad y el personal de salud ", podrá ayudar a que se dé una verdadera participación comunitaria.
 - Si el proceso educativo promueve y moviliza re cursos y desarrolla potencialidades latentes en los individuos, grupos y comunidades para lograr su autodesarrollo.
 - Si la capacitación que es impartida directamente por la institución responde a las expectativas creadas en la comunidad como resultado de las eta pas anteriores del proceso.
- Participación Operante.

Esta es tratada en forma amplia dentro del segundo objetivo específico.

- Seguimiento.

- Estudiaremos si realmente la población ha tomado parte en la supervisión y la evaluación de las acciones de salud.

.2. Analizar si se dá o no una verdadera participación de la comunidad.

- Si se dá a cabalidad una participación operante donde:

- La comunidad (representada por el Comité de Salud) se integra con el Equipo de Salud.

- La comunidad trabaje conjuntamente con el Equipo de Salud y participe en la definición, programación, ejecución, supervisión y evaluación de las acciones de salud.

- El comportamiento del personal de salud para con el Comité Comunal de Salud.

- La incidencia de la metodología de capacitación en la forma como la comunidad participa.

- Si se dá una capacitación encaminada hacia la efectiva participación de la comunidad.

- Si la capacitación tiene en cuenta las condiciones socio-económicas y culturales de las comunidades de la región objeto de estudio.

- La estructura administrativa desde donde se realiza el Componente Participación de la Comunidad en Salud como factor determinante de su éxito o fracaso.

- Formas y mecanismos para la toma de decisiones.
- Naturaleza y contenido de la comunicación.
- Costos de funcionamiento.
- Sistemas de control sobre la marcha del Componente.

3. A medida que se vayan desarrollando los objetivos específicos ya mencionados se irá adelantando un tercer objetivo; evaluar el concepto de Participación de la Comunidad que maneja el Componente, según los planteamientos metodológicos del Marco Teórico de este trabajo.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

A. Teoría de Sistemas. Sistema Nacional de Salud.

Para lograr con éxito y en la forma más agil el cumplimiento y desarrollo de la política de salud definida por el gobierno, se adoptó una estrategia como es la organización de una nueva estructura y organización de salud bajo el enfoque de SISTEMAS.

Un sistema es un conjunto de elementos que interactuan conforme a unas normas específicas para lograr unos objetivos concretos.

Un Sistema de Salud, es por ende, un conjunto coherente de instituciones, organismos o entidades que tienen como finalidad específica mejorar la salud de la comunidad y cuyos elementos interactuan conforme a unas normas específicas que logren objetivos concretos. Técnicamente se basa este enfoque en la " teoría de Sistemas " que comenzó a utilizarse hace aproximadamente 30 años dentro de un contexto universal, fundamentalmente en la industria, y que hoy se considera como una teoría que llevada a la práctica produce ordenamiento, interrelación, in-

teracción y organización.

El Sistema está inmerso dentro de otro sistema social o ecosistema que lo rodea: las comunicaciones están abiertas entre los dos y obviamente el uno tiene repercusión sobre el otro, pero el Sistema de Salud tiene sus mecanismos para reaccionar ante influencias nocivas y trata de asimilar aspectos positivos.

La aplicación de la teoría de Sistemas al Sistema Nacional de Salud se condensa en los siguientes puntos: "El Sistema nacional de Salud procesa los insumos de necesidades, demandas, recursos y orientación proveniente del ecosistema nacional, y al combinarlos con los otros instrumentos propios, produce servicios de salud a la comunidad, en términos de atención a las personas y al medio ambiente".

El Sistema nacional de Salud tiene como recursos propios:

- Estructura de normas e instrumentos técnicos y administrativos;
- subsistemas operativos; y
- Organismos y entidades con sus respectivos recursos.

A su vez recibe del ecosistema nacional en el que está inmerso las:

- Necesidades y demandas de la salud de la comunidad;
- Políticas y prioridades en salud dentro de los planes nacionales de desarrollo integral; y

- recursos y acciones potenciales de productos de salud.

Las características de cambio, propias del eco - sistema obligan al Sistema nacional de salud a mantener un proceso continuo de realimentación, a partir de la evaluación de los servicios de salud que produce y de sus impactos en la comunidad, lo que le permite adaptarse dinámicamente a nuevas circunstancias.

La trascendencia y significación de esta estrategia, radica en que posee características que le permiten ejecutar las políticas de incrementar las coberturas, y sobre todo llevar servicios de salud básicos a las comunidades marginadas del campo y de la ciudad, mejorando la calidad de la atención por medio de niveles crecientes de complejidad.

Esas características básicas del Sistema de Salud son: Regionalización, Niveles de Atención, Equipos Humanos Multidisciplinarios, Articulación Intesectorial, Desarrollo Administrativo y Participación de la Comunidad.

B. Estructura y organización del Sistema Nacional de salud.

1. Niveles directivos y operativos.

a. Niveles directivos.

- nivel Nacional. Ministerio de Salud.
- Nivel Seccional, Servicios Seccionales.

- Nivel Regional, Hospitales.

b. Niveles Operativos.

- Nivel operativo local.

- Hospital local.

- Puesto de Salud.

- Unidades de cobertura.

- Nivel operativo regional.

- Hospitales que prestan atención médica general y algunas especialidades básicas.

- Nivel operativo universitario.

- Hospitales con capacidad tanto técnica como de dotación de personal para atender las diversas patologías que necesitan atención especializada. Generalmente son sedes de las diferentes facultades de la Ciencia de la Salud.

2. Estrategias tomadas para implementar la organización de los Niveles Directivos y Operativos. Para lograr el desarrollo armonico de los niveles Directivo, y la puesta en marcha del proceso de regionalización, se definieron diversas disposiciones legales, administrativas y técnicas, que han permitido gradualmente ir ordenando, organizando y mejorando el funcionamiento y desempeño de los propios organismos de sa-

lud que comandan y ejecutan los servicios.

Las estrategias tomadas son las siguientes:

- Manuales de organización.
- Capacitación y gestión administrativa.
- Capacitación y formación del personal profesional, técnico y auxiliar.
- Participación de la Comunidad.

La estrategia última que es la que nos compete se ha orientado en dos sentidos:

- El primero, de participación operativa está dado a que la comunidad colabore en las ejecuciones propias de los servicios de salud, lo cual se ha logrado con halagüeños resultados a través de la capacitación de Promotoras rurales de salud encargadas de la Atención Primaria en las viviendas de las zonas rurales y marginales.
- El segundo, de Participación formal, consiste en la intervención asignada a la población en la Programación, Dirección y Evaluación de los organismos de salud, a través de los Comités de Salud regionales y locales, creados y reglamentados en los últimos años, cuyos representantes son elegidos por la propia comunidad.

C. La Participación de la Comunidad como estrategia de los programas de salud.

La Participación de la Comunidad es una estrategia para ampliar la cobertura de los servicios de sa -

lud y mejorar la eficacia de los mismos. Sus objetivos son:

- Cumplir con una de las políticas del Sistema Nacional de Salud, que recalca la importancia de que la comunidad participe activamente en todas las acciones de salud.
- Destacar el papel de la comunidad como sujeto activo de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, de las cuales es a su vez beneficiario directo.
- Estimular la colaboración entre la población y el personal de salud para que conjuntamente programen y realicen acciones de salud.

Las actividades de la Participación Comunitaria están orientadas a dar cumplimiento a la política general en el Sector salud en lo referente a la modificación de los factores condicionantes de tipo socio-económico - cultural y de comportamiento de la población, del medio ambiente y a la adecuación de la oferta de servicios para dar respuestas a las necesidades de salud de la comunidad.

48147

La Participación de la Comunidad en la planeación de la salud en el país se podrá obtener a través de dos etapas que se pueden dividir así:

PRIMERA ETAPA: Participación de las Comunidades de las áreas rurales, zonas marginales urbanas



y zonas indígenas en el desarrollo de las Actividades de Atención Primaria en Salud.

SEGUNDA ETAPA: Participación de la Comunidad en la Planeación Integral de la Salud a través de la actuación de sus líderes en los Comités Comunales de Salud de las Unidades Locales de las Juntas Asesoras de las Unidades Regionales y de los servicios seccionales.
(ver anexo 2.)

Para lograr el desarrollo de las Actividades de Atención Primaria en Salud en las áreas rurales y zonas marginales urbanas es indispensable contar con una adecuada participación de la comunidad, ya que la solución de los problemas en la situación de Salud allí existentes debe ser una responsabilidad compartida entre el Sistema Nacional de Salud y las respectivas comunidades, si se quiere garantizar algún grado de éxito en esta empresa. Por lo tanto se define en una primera etapa. El tipo de participación que se espera obtener y se establecen algunos criterios para fijar responsabilidades y las atribuciones tanto por parte del Sistema Nacional de Salud como por parte de la comunidad, en la realización de dichas actividades.

Dentro de los lineamientos de la Política Nacional de Salud se preconiza que la comunidad debe participar en el Diagnóstico, en la Programación, en la Ejecu -

41

ción, en el Control y en la evaluación de los Programas hacia ella dirigidos. En consecuencia es necesario que el Sistema Nacional de Salud realice un grande esfuerzo encaminado a crear las condiciones requeridas para que este tipo de participación pueda darse.

Por una parte la organización de esas comunidades y la capacitación de sus líderes; por otra, el desarrollo de la capacidad gerencial en todos los niveles del Sistema para que éste pueda satisfacer adecuada y oportunamente las necesidades detectadas, en la realización de las actividades conjuntamente con la comunidad.¹

La Atención Primaria en Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías, fundados científicamente y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autoeterminación. La Atención Primaria representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan

1. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Participación de la Comunidad en Atención Primaria en Salud. Pág 6.

las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Concretamente el Componente Participación de la Comunidad en Salud se estableció para que mediante la promoción y organización de la comunidad esta elija a aquellos miembros que conformarán un " Comité Comunal de Salud " quienes serán sus representantes legales ante el servicio Seccional de Salud, quienes deberán ser capacitados para que participen en las etapas del proceso de Planeación de las actividades de Atención Primaria (Diagnóstico, Programación, Ejecución, Control y Evaluación).

En este Componente se hace énfasis en la capacitación de una comunidad organizada y capacitada para la administración de aquellos recursos conjuntos (Comunicación - Sistema) que se destinen para la solución de sus principales problemas de salud.

Al relacionar la comunidad con el desarrollo este se concibe como un proceso de cambio orientado a que la población pase de un estado social a otro que le permita mejorar su calidad de vida.

Para el desarrollo del Componente se parte de cuatro principios básicos:

- La salud es un medio para lograr los objetivos de desa

rrollo.

- La salud forma parte del desarrollo integral del hombre y de la sociedad.
- Las personas y la comunidad tienen capacidad y potencial natural para desarrollarse y superarse.
- La comunidad tiene derecho a participar activamente en todas las etapas de la planeación de los programas de salud, por cuanto es sujeto y objeto de la misma.

La decisión por parte del Sistema Nacional de Salud tiene como fin desarrollar acciones que tiendan a incorporar a la comunidad no solo como objeto sino tambien como sujeto de sus programas de salud, con el objetivo final de obtener un mayor número de personas cubiertas por los Servicios de Salud.

Los Comités de Participación de la Comunidad en Salud son los organismos de base que representan a la comunidad, para tomar parte en las decisiones relacionadas con la planeación y prestación de los servicios, a fin de lograr satisfacer sus necesidades reales de salud.

Con relación a la salud de la comunidad se interpreta como una agrupación humana dinámica en la que los funcionarios que prestan servicios de salud y la población rural y urbana de una determinada área geográfica se unen para realizar acciones conjuntas encaminadas a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Las funciones del Comité de salud son:

- Conocer las necesidades de su comunidad en materia de salud.
- Conocer los servicios que ofrece el organismo de salud y enseñar a la comunidad la forma de utilizarlos.
- Colaborar activamente con el personal de salud cuando se realicen acciones de tipo preventivo.
- Enseñar a la comunidad como prevenir las enfermedades y conservar la salud.
- Colaborar con la Promotora en el desarrollo de sus actividades.
- Elaborar con la ayuda de la Promotora un calendario de actividades en salud para ser desarrollados por la comunidad.
- Promover a la comunidad para que participe activamente en la realización de las acciones programadas.

La selección del área de trabajo para la implementación del Componente se hace basándose en:

- Un diagnóstico de la comunidad.
- La infraestructura social.
- Necesidades en salud.
- Interés de la comunidad frente al componente.
- Recursos humanos existentes (Profesionales del área Social, Auxiliar de Enfermería, Médico, Promotora de Salud, Promotor de Saneamiento Ambiental).

El Componente Participación de la Comunidad en Sa

lud se desarrolla a través de las siguientes etapas:

1. Promoción.

Consiste en la divulgación de la estrategia y en la preparación de las condiciones para garantizar un compromiso de la población y de los funcionarios de los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.

2. Promoción e implementación.

Consiste en la organización de las actividades que debe cumplir el personal de salud y la comunidad representada por el Comité de Salud, para garantizar la participación consciente, activa y organizada de la población en los programas y servicios de salud.

3. Capacitación.

La capacitación no debe entenderse solamente como una acción educativa unidireccional que va del personal de salud hacia la comunidad sino de esta hacia el médico y demás funcionarios, porque les enseña a conocer los valores y condiciones socio-económicas que la caracterizan, sus expresiones culturales y la manera como interpretan los hechos que la afectan y el mundo en que viven. La duración del curso inicial será de varios meses distribuidos en una o dos reuniones semanales, de acuerdo a las facilidades de los integrantes de los Comités para congregarse, y se proseguirá una labor de educación continuada de acuerdo con las necesidades y expectativas de la comunidad.

El curso de capacitación comprende básicamente:

- Información sobre los organismos de salud.
- Programas de salud que realizan dichos organismos.
- Desarrollo de temas generales y específicos sobre aspectos preventivos en salud.
- Aplicaciones prácticas de los aspectos anteriores.
- Liderazgo.
- Técnicas de trabajo comunitario.
- Manejo de instrumentos de diagnóstico, programación, ejecución, supervisión y evaluación.
- Desarrollo de temas solicitados por los Comités de Participación en Salud.

4. Participación operante.

Consiste en la integración de la comunidad con el personal de salud para trabajar conjuntamente en la definición, programación, ejecución, supervisión y evaluación de las acciones de salud en una determinada comunidad.

5. Seguimiento.

Consiste en que la población tome parte en la supervisión y evaluación de las acciones de salud, a fin de garantizar su eficacia y su cobertura a amplios sectores de la comunidad.

6. Evaluación.

En el desarrollo del Componente, la evaluación asume dos modalidades: La primera es la auto-evaluación

luación, o sea la que hacen el Servicio, las Unidades Operativas o el Comité Comunal, sobre su funcionamiento interno, el desarrollo de sus actividades, el rendimiento de las personas responsables etc., la segunda consiste en que cada nivel superior evalúa al inmediatamente inferior con el fin de tomar las medidas correctivas del caso.

La evaluación de actividades de salud en una unidad de Cobertura ó en una unidad Primaria de Atención, deben hacerla los Comités Comunales de salud y el personal asignado para desarrollar las actividades de Atención Primaria y Participación de la Comunidad, en las reuniones programadas según lo establece sus funciones.¹

La Participación de la Comunidad en salud debe ser:

1. Consciente.

La población debe identificar sus problemas sanitarios, los traduce en necesidades sentidas y sugiere soluciones a los mismos.

2. Deliberante.

Cuando expresa libremente su voluntad y aspiraciones sin coacción externa alguna.

3. Responsable.

Cuando se compromete cabalmente en lograr los objetivos fijados para solucionar sus problemas de salud.

1. Ministerio de salud. Plan nacional de Participación de la Comunidad en Atención Primaria de salud. Pág. 37.

4. Activa.

Cuando participa dinámicamente en todo el proceso de planeación y en la realización de acciones en salud.

5. Organizada.

Cuando sabe disponer racionalmente sus recursos para lograr los resultados propuestos.

6. Sostenida.

Cuando se compromete en forma permanente a trabajar en las soluciones de salud.

D. Características del desarrollo de la comunidad. Diferentes concepciones.

Después de haber señalado el contenido teórico específico del Componente Participación de la Comunidad en Salud como estrategia para lograr una participación formal de la comunidad, estudiaremos la teoría de Ezequiel Ander Egg sobre el significado y el alcance del concepto Desarrollo de la Comunidad, donde toca explícitamente los diferentes conceptos de Participación Comunitaria, su proceso evolutivo y caracterización instrumental y metodológica que utilizaremos como base para evaluar los aspectos que hemos considerado.

Debido a que estamos utilizando directamente la teoría que trata sobre el desarrollo de la comunidad, es necesario dejar claro de antemano la relación existente entre Desarrollo de la Comunidad y Participación Popular

o Participación de la Comunidad, y es así como la metodología de trabajo propia del desarrollo de la Comunidad, es la que aporta los elementos claves para lograr la Participación Popular.

1. Características del Desarrollo de la Comunidad.

Ander Egg,¹ anota que es cierto que la expresión Desarrollo de la Comunidad, ha tenido diversos significados en diferentes países para los diferentes estudios que han tratado de identificar sus elementos esenciales. Sin embargo a pesar de esa diversidad de significados, considera que es posible caracterizar el desarrollo de la comunidad con algunas notas esenciales:

a. El Desarrollo de la Comunidad es una técnica o práctica social, no es una filosofía, ni una ciencia. Está en el plano de la praxis, de la acción social, entendiéndose por técnica social un conjunto de reglas prácticas o sistemáticas, cuyos procedimientos al ser aplicados se traducen en acciones mediante las cuales se modifica o transforma algún aspecto de la sociedad. Como toda técnica social se apoya en el conocimiento científico de lo social y en los marcos teóricos-interpretativos que proporcionan las ciencias sociales (Sociología, Antropología, Economía, Ciencias Políticas,

1. Ander Egg Ezequiel. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Pág 69.

Pedagogía y psicología social). Para aquellos que actúan con una coherencia más global, la acción social se sustenta también en una ideología, filosofía o cosmovisión en cuanto ésta proporciona los principios rectores que conciernen a la forma en que debe ser organizada y debe funcionar la sociedad.

b. Se diferencia frente a las otras técnicas sociales, por el objetivo que persiguen, su modalidad operativa y el nivel en que funciona.

- En cuanto a sus objetivos lo caracterizamos como una técnica social de promoción del hombre y de movilización de recursos humanos e institucionales mediante la participación activa y democrática de la población en el estudio, planeamiento y ejecución de programas a nivel de comunidades de base, destinados a mejorar sus niveles de vida cambiando las situaciones que son próximas a las comunidades locales.
- En cuanto a modalidades operativas el desarrollo de la comunidad, no es tanto una acción sobre la comunidad, cuanto una acción de la comunidad; se trata de esfuerzos y de acciones de base organizadas con iniciativa y dirección de esas mismas bases, aunque para su "despegue" hayan necesitado de una acción exterior.
- Respecto del nivel en que funciona, se trata de una metodología de trabajo desde la base que actúa funda-

mentalmente, mediante un proceso educativo que desenvuelve virtualmente latentes y desarrolla potencialidades en individuos, para mejorar sus condiciones de existencia.

c. Como todas las técnicas sociales operativas la metodología y práctica del desarrollo de la comunidad está configurada por la integración y fusión de cuatro componentes.

- El estudio de la realidad, de sus problemas, necesidades, recursos y conflictos.
- La programación de actividades.
- La acción social conducida de manera racional.
- La evaluación de lo realizado.

Integrando todas estas fases, la participación de la misma población, tanto cuanto ello es posible en cada una de las circunstancias.

La teoría del Componente Participación de la Comunidad en Salud, clasifica estos elementos agregándole 2 etapas intermedias:

- Etapa de diagnóstico.
 - Identificar las necesidades de salud de la comunidad.
 - Elaborar el inventario de los servicios que a nivel primario de salud se prestan en la comunidad.
 - Asegurar el flujo y reflujo de la información relacionada con los programas.
- Etapa de decisión.

- Presentar alternativas de solución de los problemas detectados a la unidad correspondiente.
- Participar en la decisión sobre las actividades a desarrollar encaminadas a resolver los problemas en contrados.
- Etapa de programación.
 - Participar en la programación de las actividades ten dientes a solucionar las necesidades en salud sentidas por la comunicaco.
- Etapa de ejecución.
 - Promover la participación activa de la comunidad en las actividades programadas.
 - Organizar las actividades de participación comunitaria con base en lo programado.
 - Participar en la ejecución de las actividades progra madas.
- Etapa de supervisión.
 - Colaborar con las entidades, grupos o personas res ponsables de la supervisión de los programas de sa lud.
 - Vigilar para que los programas se desarrollen según los objetivos, plazos y recursos establecidos.
 - Indicar reajustes necesarios para la buena marcha de los programas.
- Etapa de evaluación.
 - Analizar el cumplimiento de las metas propuestas.

- verificar la cobertura lograda por los programas de salud.
- Identificar cambios de actitudes y comportamiento.
- Comprobar el grado de participación de la comunidad.

d. Las actividades sustantivas en sí mismas tienen relativamente menos importancia que las formas de llevarlas a cabo. En otras palabras, la actitud con que se lleva a cabo los proyectos y la forma de emprender el trabajo, es más importante que el contenido material de los proyectos, y más importante que el trabajo mismo en sus aspectos tangibles. Frente a una gran variedad de ámbitos de intervención y proyectos específicos, este criterio de identificación permite establecer cuando un servicio técnico es desarrollo de la comunidad. Un mismo proyecto ya se trate de vivienda, extensión agrícola, educación de adultos, construcción de caminos vecinales, etc, puede ser o no un programa de desarrollo de la comunidad.

Todo depende de la forma y actitud de llevar a cabo los proyectos específicos, hay desarrollo comunal cuando se promueven y movilizan recursos humanos, mediante un proceso educativo concientizador que desenvuelva las potencialidades latentes que existen en los individuos, grupos y comunidades para lograr su autodesarrollo.

e. La idea y la práctica de la participación popular que se perfila desde las primeras defini -

ciones y los primeros programas, termina por adquirir una centralidad indiscutible en la teoría y en la práctica del desarrollo comunal. El alcance de la participación popular depende de la concepción ideológica-política de quienes promueven el programa; esa participación puede servir para la domesticación de la gente, para mejorar el orden social o bien para transformarlo.

En el fondo de lo que se trata es de crear una dinámica social, que promueva el entusiasmo, la fé popular y el convencimiento de la "bondad" de la conveniencia y la urgencia de los programas de desarrollo.

La idea de que la participación popular es una noción fundamental del desarrollo de la comunidad, es generalmente admitida y no es cuestión que sea discutida como característica esencial del desarrollo comunitario.

El problema se plantea "cuando se trata de precisar su contenido y alcance y cuando se trata de llevarlo a la práctica", con todas las implicaciones políticas e ideológicas que tiene la participación popular.

En un documento de la CEPAL¹ se indican las diferentes interpretaciones de la Participación Popular.

- Práctica de la democracia política, mediante el voto y la acción partidista.

1. CEPAL. La participación popular y los principios del desarrollo de la comunidad en la aceleración del desarrollo económico y social. Santiago de Chile, 1964.

- Participación de la población en el libre juego del mercado de trabajo y de los bienes y servicios.
- Organización de cooperativas.
- Organización de cooperativas y organización de los gremios.
- Acción organizada de las pequeñas comunidades.

En otro orden de cosas, se debate si la participación se plantea solamente a nivel de la ejecución de los planes, o comprende también la formulación de planes.

Prescindiendo de esos aspectos, en el trabajo se señalan dos objetivos de la Participación Popular.

- Obtener cooperación para el cumplimiento de las metas fijadas.
- Reducir las resistencias al cambio, tanto de los individuos como de las comunidades.

Para nuestra concepción esta es una idea restringida de la Participación Popular. Esta noción de participación, consiste " en que los planificadores del gobierno llamen al pueblo o algunas de sus categorías para legitimar determinados proyectos, para cohesionar determinadas decisiones tomadas a nivel técnico o político, o para cooptar simplemente con medidas ya decididas fuera del ámbito de la comunidad ". Apenas significa agregar más adelante Cornely¹ llamar a sectores comunitarios pa-

1. Cornely, Seno. Ideas sobre el planeamiento participativo. Buenos Aires. 1.978.

ra la ejecución de tareas derivadas de planes elaborados sin la participación de la comunidad, se dá, pues una efectiva Participación Popular cuando se realiza una acción de la comunidad (la gente toma decisiones y asume la elección final) y no cuando se lleva a cabo una actividad sobre la comunidad (la gente realiza lo que otros establecen). Esta última, en algunos casos es una participación engañosa, en otros, es una práctica restringida de la participación.

Citando a Carlos Giner, la autentica participación se configura por tanto como:

- Una acción personal y original, que responda a las exigencias de la propia conciencia y exprese las propias convicciones. Si no cuenta con estos rasgos se corre el peligro de caer en una manipulación enmascarada montada artificialmente por una minoría en el poder o en la oposición, que lo único que pretende es captar más adeptos para vanagloriarse del número de afiliados o seguidores.
- Dotada permanentemente de un sentido crítico que no acoge bobalicónamente cualquier propuesta, sino que la pondera y sabe decidir en consecuencia, sopesando antes los pros y los contras, dado que toda participación supone una renuncia de sí mismo para integrarse en el que hacer comunitario, hay que estar siempre alerta para no caer en la trampa de un conformismo despersonalizador y mecanicista, que termine convirtiendo nuestra persona

en una rueda más del engranaje del sistema.

- Potenciadora y enriquecedora de la persona y de la comunidad. Falsa participación sería aquella que en vez de promocionar o liberar, encadena o esclaviza. Esto supone contar con un proyecto de sociedad tanto a nivel político como económico, que aspire a que se dé un mayor reparto del poder.

f. En cuanto a técnica social el desarrollo de la comunidad tiene un carácter instrumental , pero la intencionalidad de los programas concretos (sus objetivos y finalidades últimas) vienen dadas por el marco teórico referencial y la concepción ideológica-política de quienes utilizan este instrumento.

Esto nos conduce a la problemática de la concepción del desarrollo de la comunidad.

2. Concepciones del Desarrollo de la Comunidad.

No existe una concepción única del desarrollo de la comunidad. Así como no existe unidad en cuanto al contenido, alcance y finalidades concretas, tanto en la teoría como en la práctica del desarrollo de comunidad, tampoco lo hay en cuanto a la concepción. Esta es una realidad en un mundo pluralista.

En efecto, la concepción del desarrollo de la comunidad depende en última instancia del marco ideológico y político desde el cual se propicia y se realiza el programa (aún cuando existan contradicciones y desviacio -



nes en las realizaciones concretas). Dicho con otras palabras: El marco referencial desde el cual se concibe el desarrollo de la comunidad, varía según las coordenadas político-ideológicas desde las cuales se conciben y desarrollan estos programas.

A partir de un marco ideológico-político conserva cor el desarrollo de la comunidad se concibe como un instrumento icóneo para canalizar determinadas inquietudes de las clases sociales sumergidas, con el fin de resolver algunos de sus problemas de tipo social, sin distraer fon dos para las inversiones económicas directamente producti vas. De lo que se trata es de tener canales que orienten determinadas situaciones conflictivas, para evitar tensio nes que perturban el funcionamiento del sistema.

La participación popular tiene como finalidad integrar a la gente para el funcionamiento armonioso del sistema, de acuerdo a lo que establece la clase dirigente y el liderazgo tradicional.

Desde un marco reformista-desarrollista, el desarrollo de la comunidad se concibe como un proceso de movilización de la gente con la finalidad de obtener los bienes y recursos para mejorar su situación social, económica y cultural.

La participación popular tiene por finalidad mejorar el orden social, con la intervención de la misma gente a través de un proceso en el cual el

pueblo tiene posibilidades de negociar con el gobierno aspectos que interesan a su propio bienestar.

En una concepción más avanzada revolucionaria-socialista, el proceso de participación que promueve el desarrollo de la comunidad, apunta a la organización popular para ir creando poder del pueblo (que no es poder de algunos líderes). Todo esto implica -como objetivo es tratégico- la organización autogestionada de la sociedad.

La participación popular tiene por finalidad transformar el orden social mediante un proceso de creación de poder popular.

CAPITULO IV

PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS

No es posible llegar a una apreciación justa del grado de valorización de los datos presentados en un estudio científico, sin siquiera conocer en líneas generales su método, su nivel de investigación, las técnicas a utilizar para acopiar los materiales.

A. método.

La Investigación Evaluativa derivada de la Sociología Positivista consistente en el empleo de métodos y técnicas científicas para determinar el valor de la acción social, la retomamos utilizando dicho enfoque pero adecuando algunas de sus características a nuestras intenciones imprimiéndole algunos rasgos que ayudan a que el esquema no sea totalmente incompatible con la investigación Acción. De esta forma nuestro esquema de Investigación Evaluativa es:

1. Funcionalista.

Más que medir el logro de objetivos, pretendemos estudiar el proceso de acople entre el programa y el sistema social.

2. Particularista.

Se dice que la Investigación Evaluativa es particularista porque quien participa en ella lo hace para trabajar sobre un programa y su población objeto; evitando comparaciones con otros programas y otras poblaciones similares y aun más, la agregación de datos provenientes de distintas poblaciones objetivo de un mismo programa a nivel nacional.

Nosotras nos ceñimos al lineamiento anterior hasta el punto de no establecer comparaciones directas con otros programas, pero si tuvimos en cuenta las poblaciones similares donde se está desarrollando la experiencia de Participación de la Comunidad en Salud.

3. Objetiva.

Porque nosotras como evaluadoras:

a. No ponemos en duda los marcos teóricos y conceptuales " básicos " del programa y de la institución sujetos de la Investigación Evaluativa.

b. Nos concentramos en la demostración cualitativa y cuantitativa de la relación entre el efecto observado durante nuestra experiencia práctica y el programa objeto de la evaluación (Investigación Cuasiexperimental).

c. Interactuamos con los administradores del programa y las poblaciones a estu -

diar objeto del mismo.

4. Por último la Investigación Evaluativa según nuestro enfoque no es inmediata sino que trasciende más allá de esta categoría, ya que en ningún momento omitimos la historia, tradición e identidad cultural de las comunidades objeto de estudio.

Además las preguntas finales sobre éxito o fracaso son desarrolladas mediante el siguiente esquema citado por Briones. (Ver anexo 3).

B. Nivel de investigación.

El nivel de investigación de este estudio evaluativo es Descriptivo Explicativo, pues se considera que antes de establecer una relación causal entre una serie de fenómenos es preciso que estos hayan sido estudiados y descritos de una manera profunda en la mayor parte de sus variables.

A su vez la investigación posee un nivel eminentemente teórico-empírico porque se han relacionado algunos datos sacados de la realidad con un cuerpo teórico.

Esto nos exige una claridad en las informaciones, una profundización en las características del fenómeno mediante la recopilación sistemática de los datos que no pueden recopilarse indiscriminadamente sino que deben ser relacionados y codificados antes de ser incluidos en los documentos de base de la investiga -

ción y que son llamados protocolos de la investigación, directa o indirecta; lo que nos permite constatar las características presentadas durante la formulación del problema; de tal manera que se logran los objetivos propuestos.

Se toca la parte explicativa cuando se considera con un mayor grado de análisis la caracterización hecha del problema objeto de estudio hasta llegar a un replanteamiento del Componente Participación de la Comunidad en Salud, presentando una serie de recomendaciones que además de ser la conclusión del trabajo constituyen las alternativas de acción.

4. Técnicas de investigación.

1. Recolección de información.

El enfoque de sistema utilizado en la investigación evaluativa implica, atender a distintos niveles estructurales y formas de funcionamiento, como también, correlativamente, en recoger información de distintas fuentes y de diversos niveles de agregación. A continuación presentamos las fuentes referidas a variables individuales y variables colectivas.

a. nivel individual.

- observación (Al visitar las diferentes comunidades se realizaron observaciones sistemáticas, no sistemáticas, participantes y no participantes).

- Entrevistas. Se usaron guías y cuestionarios para realizar entrevistas a:
 - La comunidad.
 - El Comité de Salud.
 - El Equipo de Salud.
 - Profesionales del área de trabajo social que están o han trabajado con el componente Participación de la Comunidad en Salud.
- Autoevaluaciones.
- Técnicas sociométricas.
- Medición de conocimientos, valores, actitudes.

u. Nivel de colectivos.

- Documentos estadísticos. Se consultaron documentos estadísticos del Distrito Integrado de Salud y de los Puestos de Salud de las diversas comunidades estudiadas.
- Registros institucionales. Registros del Servicio Seccional de Salud de Bolívar y del Instituto Geográfico Agustín Codazzi.
- Información histórica. Se obtuvo esta información a través de charlas con líderes de las comunidades.
- Datos colectivos a partir de la informa -

ción obtenida en las entrevistas.

La recolección de información fue realizada de la siguiente manera:

- Observación participante.

fue realizada a medida que se visitaron las distintas comunidades seleccionadas.

- Cuestionarios.

Fueron aplicados de la siguiente manera:

- Formulario de evaluación para la comunidad (anexo 4).

- Formularios de evaluación para el Equipo de Salud (anexo 5).

- Formulario de evaluación para los miembros de los Comités de Salud (anexo 6).

- Formulario para profesionales de Trabajo social (anexo 7).

- Entrevistas dirigidas.

fueron utilizadas cuando las características de las comunidades no permitieron la aplicación de los cuestionarios o cuando fue necesario ampliar información sobre algunos aspectos en particular. Así mismo este tipo de entrevistas fue utilizado para con los profesionales de Trabajo social que manejan o han manejado el componente y con líderes comunales.

2. Definición del universo de referencia.

Se tomo como universo de referencia a todas las comunidades en donde se está implementando el Componente Participación de la Comunidad en Salud que tienen características socio-económicas y culturales afines; para esto dividimos las comunidades de la siguiente forma:

- Area Urbana Marginal.
 - La Candelaria
 - Fredonia
 - Turbaco
- Area Rural.
 - Bayunca
 - Evitar
 - Retiro Nuevo
 - San Joaquín
 - Santa Catalina
- Area de la bahía.
 - Caño de Loro
 - Punta Arena

3. Selección de la muestra.

Según Sierra Bravo¹, una muestra es una parte representativa de un conjunto, población o universo, cuyas características debe reproducir en pequeño lo más exactamente posible.

1. Sierra Bravo Restituto. Técnicas de Investigación Social. Teoría y Ejercicios. Pág. 132.

Las muestras tienen un fundamento matemático-estadístico. Este consiste en que obtenidos de una muestra, elegida correctamente y en proporción adecuada, unos determinados resultados, se puede hacer la inferencia o generalización, fundada matemáticamente, de que dichos resultados son válidos para el universo del que se ha extraído la muestra. Las muestras suponen una gran economía en las encuestas y la posibilidad de mayor rapidez en su ejecución; se puede prestar más atención al caso particular; se puede ofrecer resultados más precisos que en una encuesta total, aunque esté afectada del error muestral, que resulta de limitar el todo a una parte y mediante ellas, con una muestra relativamente reducida con relación al universo, se pueden encuestar las grandes poblaciones y núcleos humanos, que de otra manera sería muy difícil o prácticamente imposible investigar.

De las poblaciones mencionadas en el punto anterior que poseen Comités Comunales de Salud, organizados o en avanzado proceso de organización, seleccionamos para estudiar las siguientes:

- Area Urbana Marginal.
 - La Candelaria
 - Freconia
- Area Rural.
 - Bayunca

- Retiro Nuevo
- Evitar
- Area de la Bahía.
- Caño de Loro

En estas comunidades aplicamos cuestionarios a:

- La comunidad
- El Equipo de Salud
- El Comité Comunal de Salud

La base de la muestra es la población de la que se saca o se obtiene la muestra.

Lo ideal sería formar una base de muestra específica para la encuesta. Pero esto no es posible, por lo general, en las investigaciones sociales. Supondría casi tanta dificultad como efectuar la encuesta a toda la población, por esta razón, normalmente se utiliza una base ya formada. En este caso es preciso asegurarse de que la base esté actualizada.

En nuestro estudio evaluativo hemos utilizado como base el Mapa de la Regional, para conocer la ubicación de las distintas comunidades y los registros de las personas que asisten en busca de atención a las Unidades de Servicios de las diferentes comunidades evaluadas.

Para obtener la población muestraria partimos del promedio mensual de personas que son atendidas en las diferentes Unidades de Servicios; dando el siguien-



te total para las tres áreas:

Area	Total
Area Urbana Marginal	
La Candelaria	745
Fredonia	506
Area Rural	
Bayunca	243
Retiro Nuevo	32
Evitar	10
Area de la Bahía	
Caño de Loro	24

Más adelante para delimitar la población muestraria al promedio mensual de personas atendidas se le sacó el 50%, quedando finalmente la población con que se trabajó.

Area	Total
Area Urbana Marginal	
La Candelaria	372
Fredonia	253
Area Rural	
Bayunca	121
Retiro Nuevo	16
Evitar	5
Area de la Bahía	
Caño de Loro	12

El sistema que utilizamos para escoger esta

muestra fué visitar las diferentes Unidades de Servicios de las comunidades y por medio del muestreo sistemático obtener la población muestraria.

CAPITULO V

CARACTERISTICAS DE LAS COMUNIDADES ESTUDIADAS

En el presente capitulo haremos una descripción de las características económicas, sociales y culturales de las diferentes comunidades estudiadas.

Para el desarrollo del presente capitulo tuvimos en cuenta la división antes establecida de las comunidades objeto de estudio.

A. Area Urbana Marginal.

Del área marginal de la ciudad llamada Zona Sur-oriental estudiamos las comunidades de la Landelaria y Fredonia.

La zona está geográficamente delimitada, de un lado la ciénaga de la virgen o de Tesca, la avenida Pedro de Heredia, el cerro de la Popa y un poco indefinidamente la carretera de la Cordialidad. Son 13 barrios que comprenden 4 sectores, para la construcción de estos se secó y se relleno la ciénaga de la virgen en una forma rudimentaria que más tarde se ha tecnificado mediante la intervención de diferentes instituciones.

La zona sur-oriental es amplia y presenta una

gran diversidad de condiciones económicas, étnicas, culturales y sociales debido a los diferentes orígenes de sus pobladores, ya que estos han llegado de diversas regiones, tan separadas como el sur de Bolívar y los departamentos de Sucre y Córdoba; desde el punto de vista étnico la zona no presenta condiciones como para afirmar que su composición es homogénea, o que comparte orígenes o actitudes similares. (Ver mapa 3).

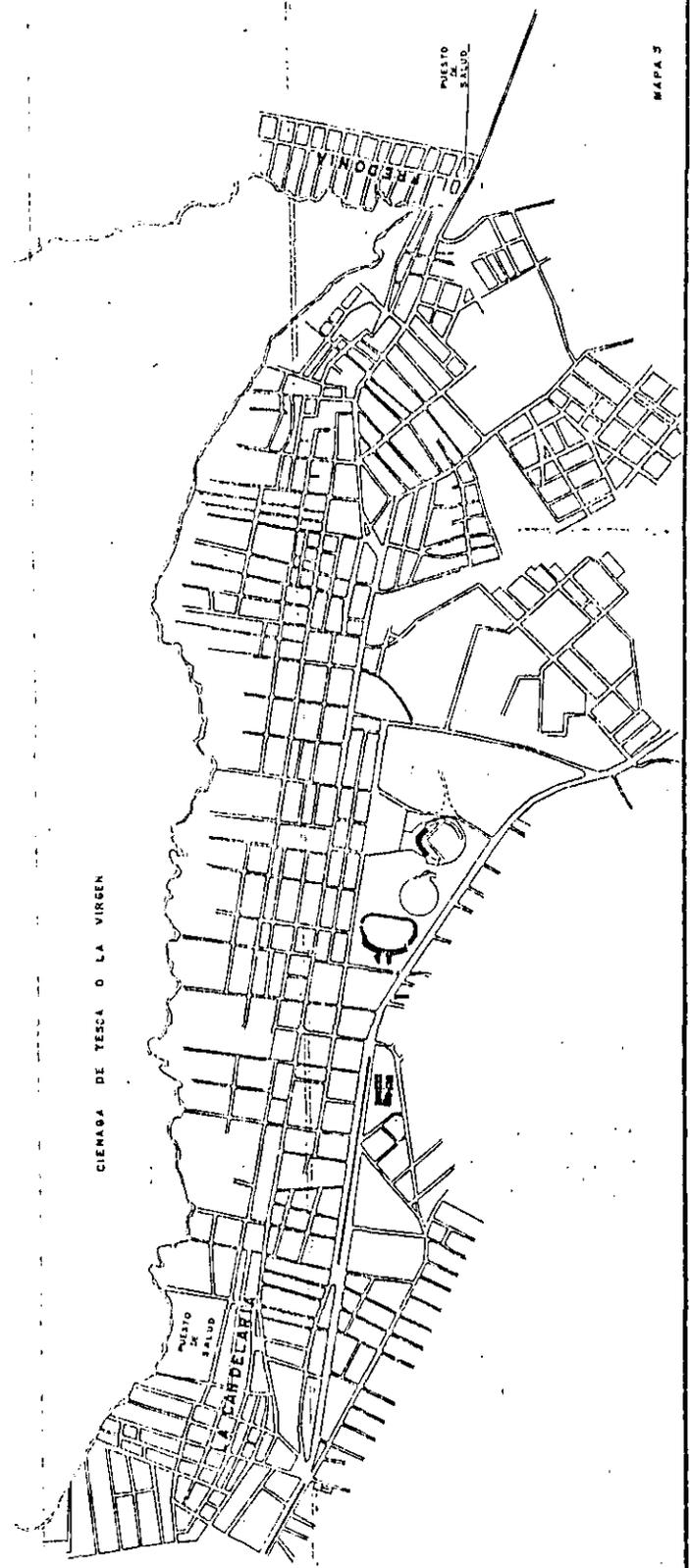
1. La Candelaria.

La Candelaria es uno de los 13 barrios de la zona sur-oriental y está geográficamente delimitada por la avenida Pedro de Heredia, la ciénaga de la virgen y los barrios de la Esperanza y Boston.

La Candelaria está dividida en dos áreas, la primera aquella población que vive entre la avenida Pedro de Heredia y la avenida Pedro Romero y el segundo sector se encuentra entre la avenida Pedro Romero y la ciénaga de la virgen. Al primer grupo se le denomina el sector de la Avenida y el segundo con el término de la Playa.

Estos sectores muestran dos condiciones diferentes de vivienda, en la parte de la Avenida al estar las casas sobre terrenos más elevados, no tienen una situación tan apremiante ante las inundaciones, tienen un mejor acceso al acueducto y mejores ingresos. El sector de la Playa está conformado por familias con pocos años de permanencia en la ciudad, las viviendas tienen problemas

LOCALIZACION DE LAS UNIDADES PRIMARIAS DE ATENCION EN SALUD EN LA ZONA SUR-ORIENTAL



de inundamiento, son generalmente de mauera y materiales de desecno, estas personas son desempleadas o subempleadas, con bajo nivel cultural y bajo estatus social.

Muchas de las viviendas son ocupadas por más de una familia, arrojando las estadísticas un promedio ue 1.3 familias por vivienda con un promedio de 7.2 personas por familia.

En la Candelaria la población muestra algunas características similares a las del conjunto de la Nación y de la ciudad, o sea un predominio de la población joven, menor de 25 años con porcentajes que superan el 60% del total de la población.

Es notorio en toda la zona la presencia de animales domesticos que conviven con las personas dentro de las casas y la ausencia casi completa de flora, excepto unos pequeños focos, la gran mayoría del área carece de sistemas de arborización.

Con relación a las tasas de mortalidad, natalidad y morbilidad los índices son superiores a los de la ciudad y a los del país. Cuando la tasa de natalidad para el país es del 33% y para la ciudad del 41%, para la zona llega al 44%.

La tasa de mortalidad es todavía más elevada que las cifras anteriores. La cifra para el país y para la ciudad es similar, un 9 por mil, en cambio para la zona llega al 20 por mil.

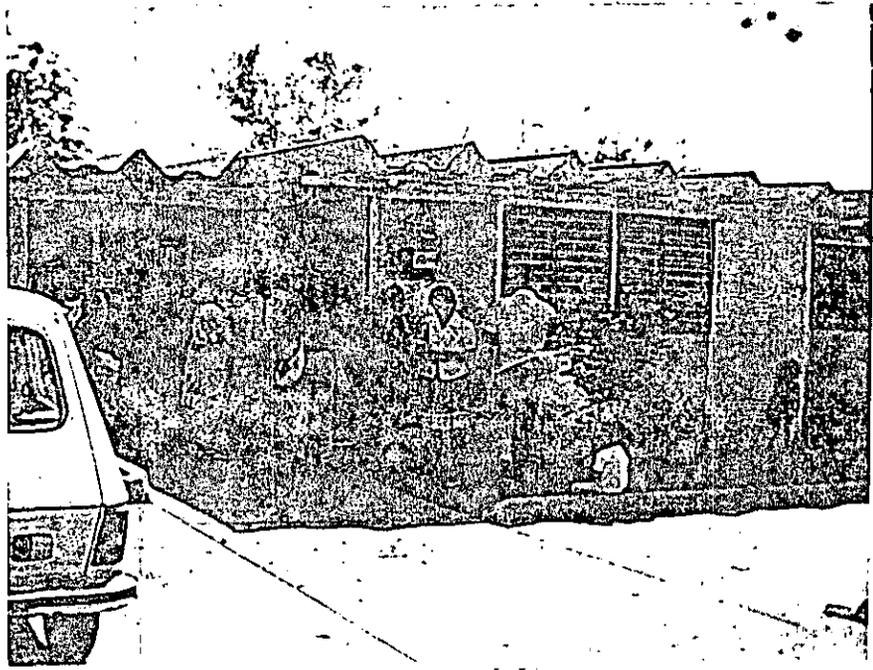
Las anteriores tasas de mortalidad, más la carencia de agua potable en la mayoría de las casas de la zona, agregado a las condiciones de higiene ambiental, carencia de sistemas de eliminación de residuos sólidos y líquidos efectivo, pueden dar una idea de la tasa de morbilidad de la zona.

La unidad económica básica está conformada por los individuos, ya sea el hombre el que sostiene el hogar o la mujer en los casos en que el hombre no existe o no asume la responsabilidad del sostenimiento de la familia; es elevado el porcentaje de mujeres que trabajan en el servicio doméstico.

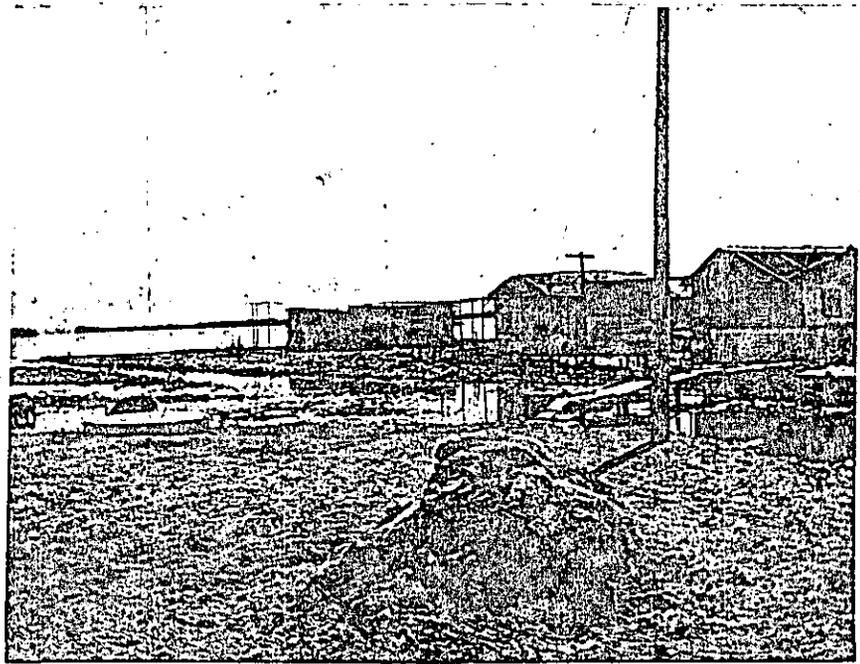
En el barrio de la Candelaria se encuentran personas que laboran en todo tipo de empleos, encontrándose en el sector de la Avenida alguna población con cierta capacitación, con empleos fijos y con promedios de salarios más elevados.

En toda la zona se puede observar una matrifocalidad o por lo menos un cierto matriarcado, aún en casos en que el hombre sostiene económicamente el hogar.

En la zona el 90% de las mujeres se unen en matrimonio entre los 16 y 24 años de edad, de estas casi un 50% lo hace antes de los 22 años; en los hombres el promedio es mucho más elevado o sea que antes de los 22 años el número de hombres con relaciones conyugales es más reducido. Estas uniones no llegan a durar 5 años, an



Puesto de Salud de la Candalaria



Ubicación de las viviendas.

tes de este lapso el hombre se ha unido con otra mujer, teniendo la compañera que recurrir a otro hombre para la subsistencia y el sostenimiento de sus hijos.

No es frecuente encontrar en la zona acciones en las que se requieran el aporte de toda la comunidad, salvo algunos casos que han requerido del concurso de sus miembros pero como respuesta exigida ante la oferta de entidades privadas o públicas, ya que esta población es generalmente cerrada por lo que esto se constituye en elemento negativo para un programa que pretenda vincularlos para la solución de sus problemas.

2. Fredonia.

La comunidad de Fredonia está delimitada geográficamente así: el barrio Olaya Herrera, la carretera de la Cordialidad, la ciénaga de la Virgen y la avenida Olaya Herrera.

El barrio de Fredonia se constituyó mediante una invasión a una finca particular, esta invasión se inició desde fines de 1.965 hasta mediados de 1.966, año en el cual los invasores que habían venido del barrio de la Magdalena se establecieron definitivamente.

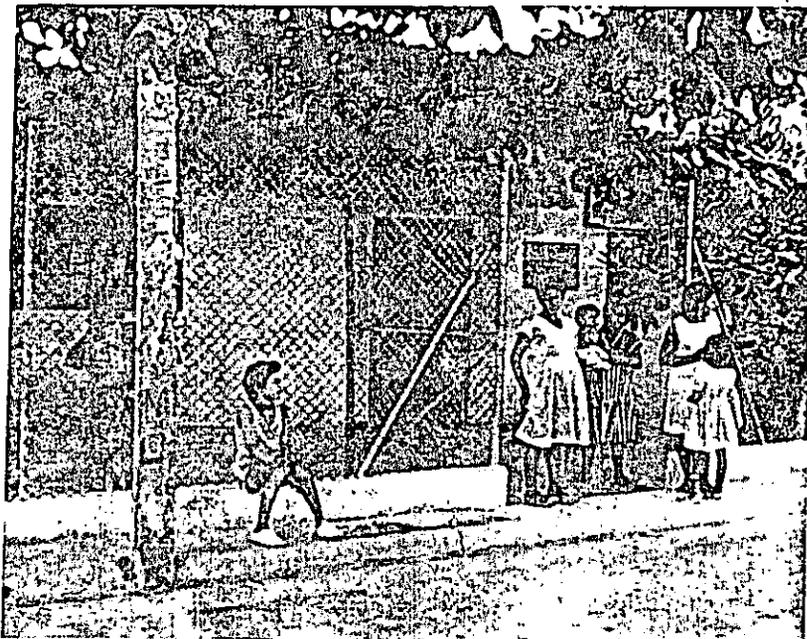
Las primeras viviendas se construyeron sobre las playas y cangrejeras, motivo por el cual las condiciones de vida eran muy desfavorables para los primeros habitantes.

Más tarde por iniciativa de los mismos poblado -

res se comienzan a medir los lotes, a trazar las calles y a rellenarlas, esto se hace con dineros recolectados por la misma comunidad, tambien con estos dineros se pagan los terrenos; así se siguió trabajando hasta que en 1.967 se constituye la primera junta de Acción Comunal de la localidad que más tarde organizó un Comité femenino que realizaba actividades para recolectar fondos y sacar adelante a la comunidad.

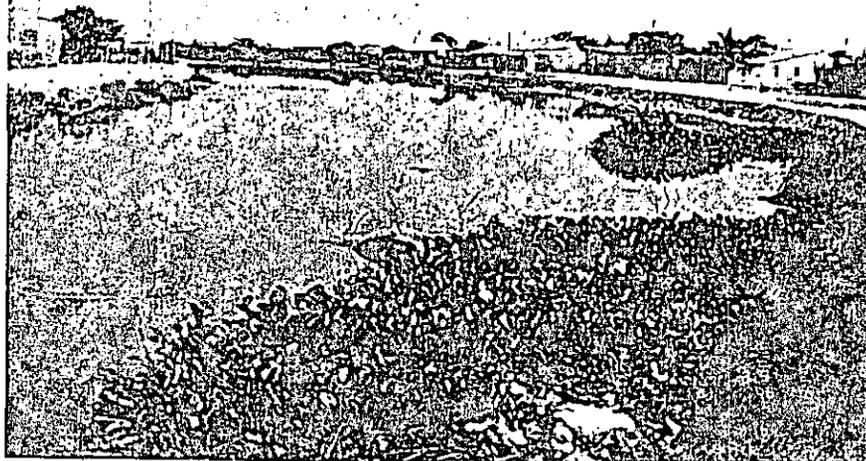
A lo largo del desarrollo de la comunidad han venido recibiendo ayuda de instituciones que generalmente no son colombianas (alemanas y norteamericanas) salvo el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar que tiene 15 hogares comunitarios y una sede principal que es el CAIP Madre Matilde.

Los habitantes de Fredonia en su gran mayoría son de raza negra y mulata, estos al principio y debido a que el barrio está rodeado por ciénagas y manglares se mantenian de la caza y venta de Cangrejos como tambien de la pesca; en la actualidad un pequeño porcentaje de estos pobladores se mantienen de la misma forma y otros son agricultores con pequeñas parcelas en las poblaciones vecinas, tambien hay comerciantes que tienen sus ventas en el mercado de Bazurto y en la misma comunidad. Existe un grupo de microempresarios organizados por los padres de familia que tienen sus hijos en los hogares del Bienestar Familiar, tambien existe un



Puesto de Salud de Fredonia.

48147



Caños que circundan a Fredonia.

alto porcentaje de mujeres que trabajan en las labores domésticas.

Hay aspectos que no han logrado superarse a pesar de que es una comunidad donde se implementan una gran diversidad de programas, un caso específico es la eliminación de excretas, pues generalmente lo hacen a campo abierto ya sea en los patios o en los solares vecinos, quizás esto se deba a la carencia de recursos para la adquisición de tazas sanitarias y la construcción de una poza séptica.

En la comunidad existen diversos grupos como son: Acción Comunal, Comité Comunal de Salud, Grupo de Padres de Familia, Grupo Parroquial y Grupo Cultural.

Por ser esta comunidad parte de la Zona Sur-oriental las tasas de natalidad, mortalidad y morbilidad son similares a las mencionadas anteriormente, a pesar de ser este sector uno de los más organizados y en el que la gente trabaja y colabora para lograr mejores condiciones de vida.

El acceso a los sistemas de salud pública de la zona o de la ciudad se hace en casos extremos, puesto que no existe ninguna actitud hacia la medicina preventiva, por el contrario sólo se practica la curativa.

B. Area Rural.

Incluimos en nuestro estudio las comunia -

des de Bayunca, Retiro Nuevo y Evitar.

La pesca, la agricultura y la ganadería son las actividades con mayor producción en esta área, aunque algunas veces los pobladores tienen que emplearse en otras actividades que si bien no son permanentes representan ingresos para la familia y requieren de una mínima preparación.

Un alto porcentaje de la población no tienen ningún tipo de educación formal, sólo por tradición oral de padres a hijos y el aprendizaje empírico les ha bastado para ejercer sus actividades.

Las diferentes actividades ocupacionales en las que se desempeñan los habitantes de estas comunidades y su caracterización señalan una limitación socio-económica que tiene ingerencia en el desarrollo de estos pueblos.

En lo económico porque la productividad es baja y se refleja en los altos índices de desempleo y en los escasos ingresos. Además la clase de actividad ocupacional no ayuda al crecimiento del desarrollo de esta región por la forma rudimentaria de su explotación como es el caso de la agricultura y la pesca.

En lo social porque a mayores oportunidades de trabajo mejores condiciones de vida en los aspectos de salud, vivienda, educación, recreación, etc.

Una gran parte de la población vive, obligada



por su mala condición económica, en casas que no reúnen los más elementales requisitos de salubridad y comodidad.

Aunque la tenencia de la vivienda no es un problema en estas comunidades, ya que la mayoría de los habitantes son propietarios, si lo es la estructura de la misma por su distribución, espacio territorial y tipo de construcción. ni siquiera cuentan con los requisitos mínimos como son la ventilación, privacidad, servicios sanitarios, etc, que les deparen una forma de vivir cómoda y digna.

Las consecuencias de la situación descrita anteriormente se reflejan en la salud y en el comportamiento social de las personas porque marcan los patrones de conducta como por ejemplo, mantener la dependencia paterna a pesar de haber conformado una nueva familia.

Si estas condiciones se presentan en viviendas habitadas por una familia, la situación es más agravante en las casas donde habitan dos o tres familias, consideran que cada familia está constituida por varias personas.

1. Bayunca.

El corregimiento de bayunca pertenece al Municipio de Cartagena (Departamento de Bolívar) al noroeste de la cabecera municipal de la cual dista a 28 km., encontrándose situada a la orilla de la carretera.

de la Cordialidad a 30 minutos aproximadamente de la ciudad de Cartagena.

El número de habitantes de acuerdo a un censo realizado por el Distrito Integrado de Salud en el año 1.982, dio un resultado de 13.500 habitantes.

El número de familias que tiene Bayunca con relación al mismo censo es de 942 familias con un promedio de hijos por familia que oscila entre 7 y 9 hijos.

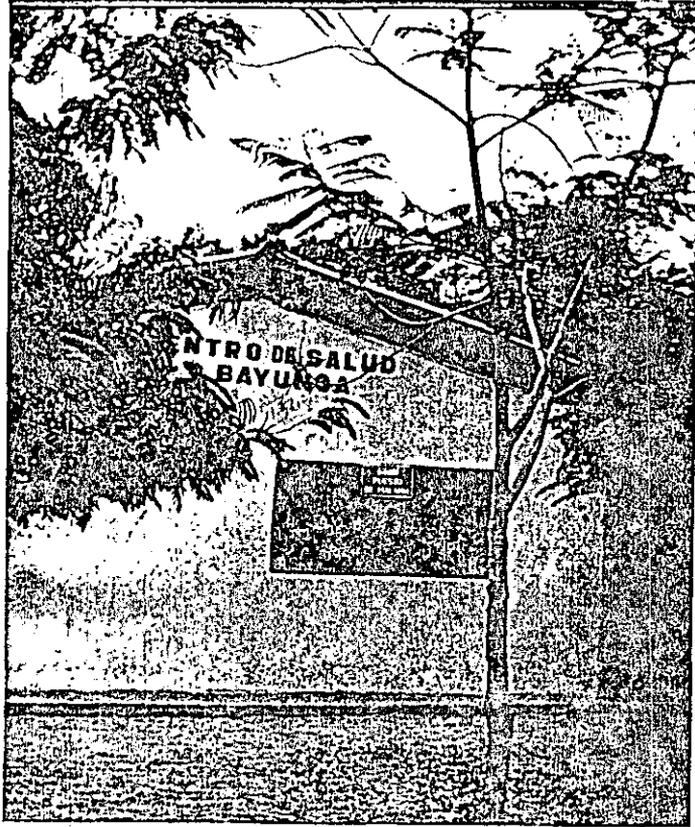
Bayunca surgió de una hacienda particular, la cual era trabajada por colonos de diferentes regiones del departamento de Bolívar.

En 1.942 estos colonos adquirieron 8 fanegas de terreno en dicha hacienda, donde se radicaron con sus familias, con el tiempo fueron aumentando los pobladores hasta convertirse en corregimiento del municipio de Santa Rosa.

En 1.945 la Asamblea del departamento de Bolívar por orden pública estableció que la población de Bayunca se convirtiera en corregimiento del municipio de Cartagena.

La comunidad cuenta con dos establecimientos de Educación Primaria y uno de Educación Secundaria (este está aprobado sólo hasta 4º de Bachillerato), estos establecimientos no alcanzan a cubrir toda la población en edad escolar.

La economía de la población se basa en la agri -



Puesto de Salud de Bayunca.

cultura la cual no está tecnificada, el producto se utiliza en la alimentación de la familia y para la venta en el mercado de Cartagena.

Hay pocas fuentes de trabajo, razón por la cual mucha de la población económicamente activa emigra hacia Venezuela en busca de mejores oportunidades.

La comunidad, sus grupos y personas no tienen experiencias positivas en actividades de grupo, esto dificulta la organización de acciones concretas para la solución de los problemas de la comunidad; impide el tratamiento positivo de los conflictos que surgen en los grupos ya sea por choques generacionales o entre líderes potenciales. No ha habido por tanto una experiencia de desarrollo positivo del liderazgo autóctono.

En la comunidad predominan los siguientes problemas: proliferación de basuras, hacinamiento, aguas estancadas, inadecuada disposición de excretas y un alto índice de morbilidad infantil especialmente por enfermedades gastro intestinales.

2. Retiro Nuevo.

Corregimiento del municipio de María la Baja, departamento de Bolívar, al sur oeste de la cabecera municipal, de la cual dista 13 Kms por carretera.

La comunidad de Retiro Nuevo cuenta con 2400 habitantes, los cuales en su gran mayoría son mulatos y negros.

Se comunica por carretera con Arjona, Cartágena, San Unofre, Iurbaco y María la Baja.

Su economía depende de la agricultura y la ganadería; se cultiva principalmente arroz, maíz, plátano, yuca, millo y banano.

En la comunidad existe un Puesto de Salud que es visitado por el médico una vez a la semana, los otros días es atendido por la promotora de salud o permanece cerrado; los habitantes aspiran a tener mayores y mejores servicios como un médico permanente, otra promotora de salud e incluso un odontólogo.

La mayoría de las viviendas se encuentran en buenas condiciones y cuentan con ciertas comodidades.

Presenta la comunidad un alto índice de natalidad y de morbilidad, no posee servicios de infraestructura, se da una inadecuada disposición de excretas y el problema de hacinamiento y convivencia con animales domésticos está vigente como en el resto de la zona.

3. Evitar.

Corregimiento del municipio de Mahates, departamento de Bolívar, al noreste de la cabecera municipal, de la cual dista a 20 Kms por camino de herradura.

Su economía se basa en la agricultura, la ganadería y la pesca; sobresalen los cultivos de maíz, yuca, caña de azúcar, arroz y plátano.

Evitar se comunica por carretera con Arjona, Ca

lamar, Cartagena y San Juan Nepomuceno.

El corregimiento de Evitar cuenta aproximadamente con 2.285 habitantes, los cuales son en su mayoría negros, mulatos y mestizos.

La comunidad cuenta con un Puesto de Salud que es visitado una vez a la semana por el médico rural, pero a veces esta penetración se hace muy aisladamente ya que no se cuenta con los medios de transporte.

Se presentan altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil debido a las precarias condiciones en que vive la población; las viviendas en su mayoría son de bahareque, rústicas, de una sola habitación y poca ventilación, siguen predominando los problemas de hacinamiento y convivencia con animales domésticos.

No hay escuelas oficiales, sólo unas escuelas de banco a las que el niño empieza a asistir después de los 5 años. De las personas que alcanzan a terminar la primaria sólo un pequeño porcentaje llega a cursar algún grado de educación media, por lo tanto en esta comunidad es predominante la educación no formal.

Estas condiciones sumadas a la negligencia paterna, la ignorancia, la pobreza y escasos medios de transporte son algunos de los motivos por los cuales existe un alto índice de deserción escolar.

C. Area de la banía.

Esta área está constituida principalmente por

las poblaciones de Punta de Arena y Caño de Loro de las cuales estudiamos esta última. (Ver mapa 4)

En estas poblaciones la agricultura y la pesca son las actividades con mayor producción.

La educación formal en estas comunidades como en muchas otras del departamento de Bolívar es crítica, debido a que no alcanza a cubrir la demanda de la población que requiere estos servicios, por la insuficiencia de mobiliario, material didáctico, precarias condiciones locativas, falta de maestros, etc. De las personas que alcanzan a terminar la primaria, sólo un pequeño porcentaje llega a cursar los primeros grados de educación media.

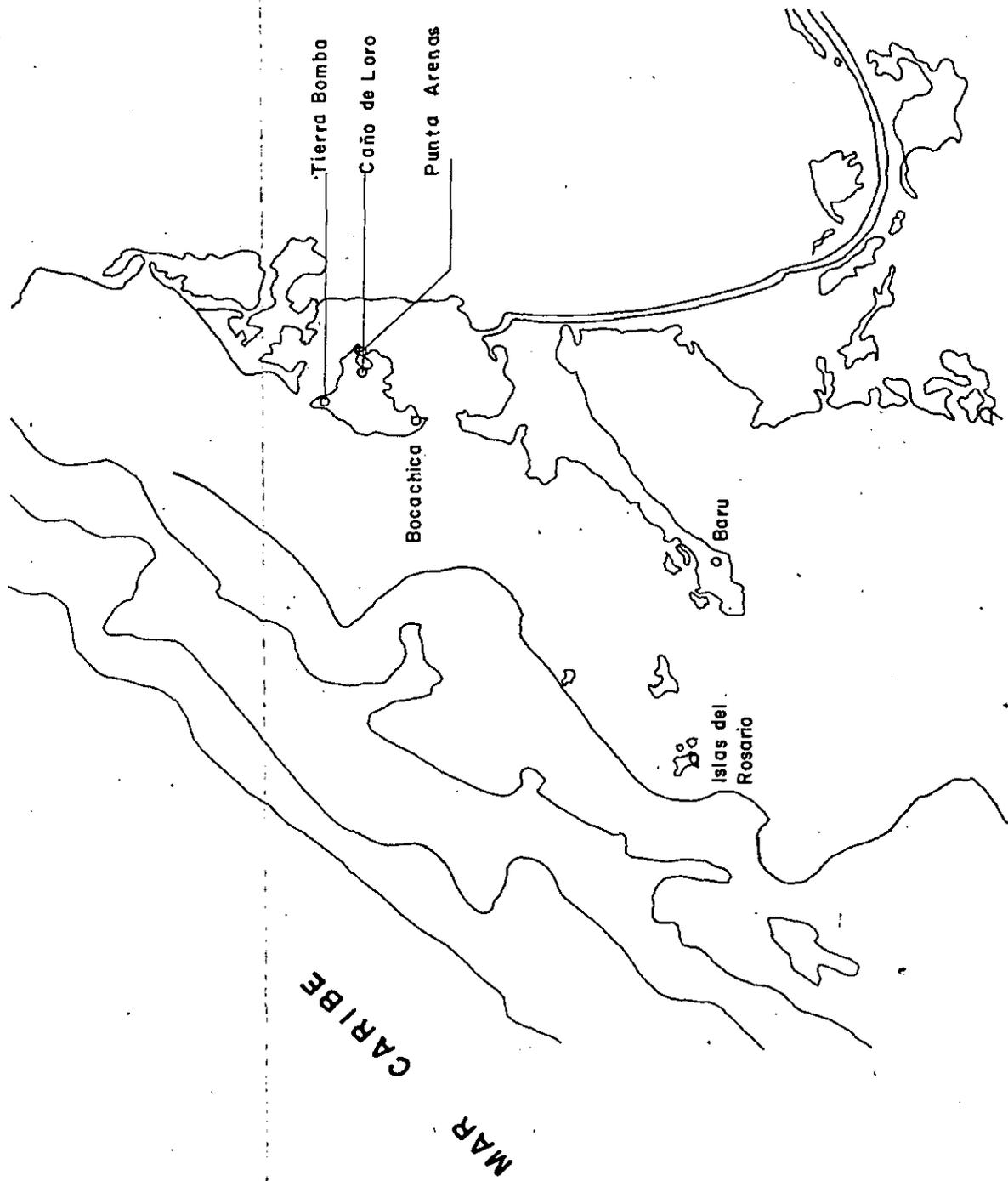
El poco reconocimiento que de estas comunidades se hace en los planes de desarrollo tanto a nivel municipal como departamental, influye en el interés de sus habitantes hacia el mejoramiento de las condiciones de vida porque ellos observan que todos los esfuerzos y recursos apuntan hacia otras direcciones sin darle importancia a las necesidades y problemáticas en las cuales se encuentran ellos. Por esta razón se produce movilidad social hacia otras poblaciones en busca de trabajo.

1. Caño de Loro.

Corregimiento del municipio de Cartagena, departamento de Bolívar; al sur de la cabecera municipal de la cual dista a 9 Kms por vía fluvial. Situado en la

89

LOCALIZACION DE LAS POBLACIONES DE LA BAHIA DONDE SE
LLEVA EL COMPONENTE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD



Isla de Tierrabomba.

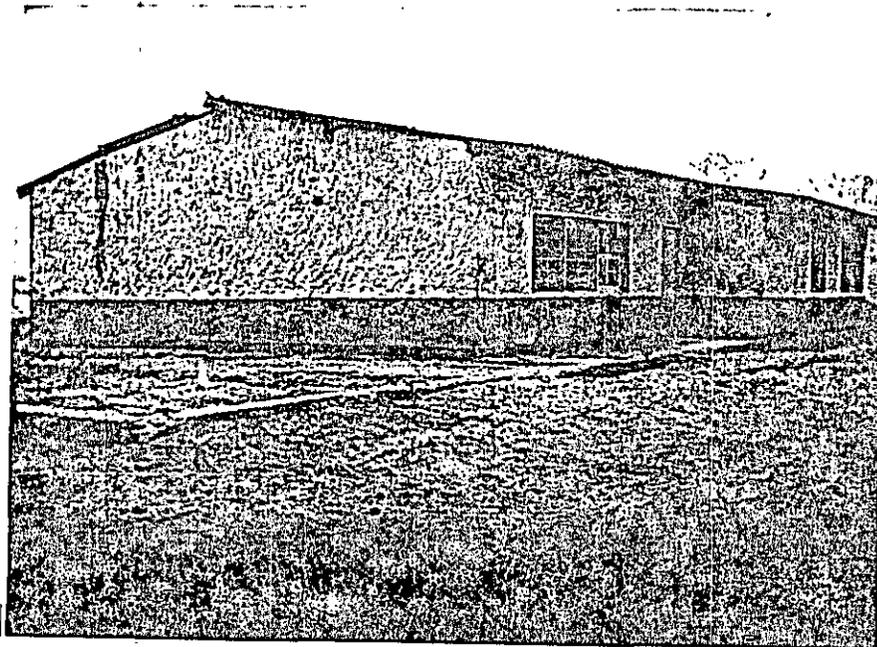
Caño de Loro cuenta con una población de 1.149 habitantes.

Debido a que la agricultura y la pesca son las actividades con mayor producción en esta región, en la época de lluvias, período muy corto de agosto a noviembre, muchos pobladores tienen que laborar en otras actividades.

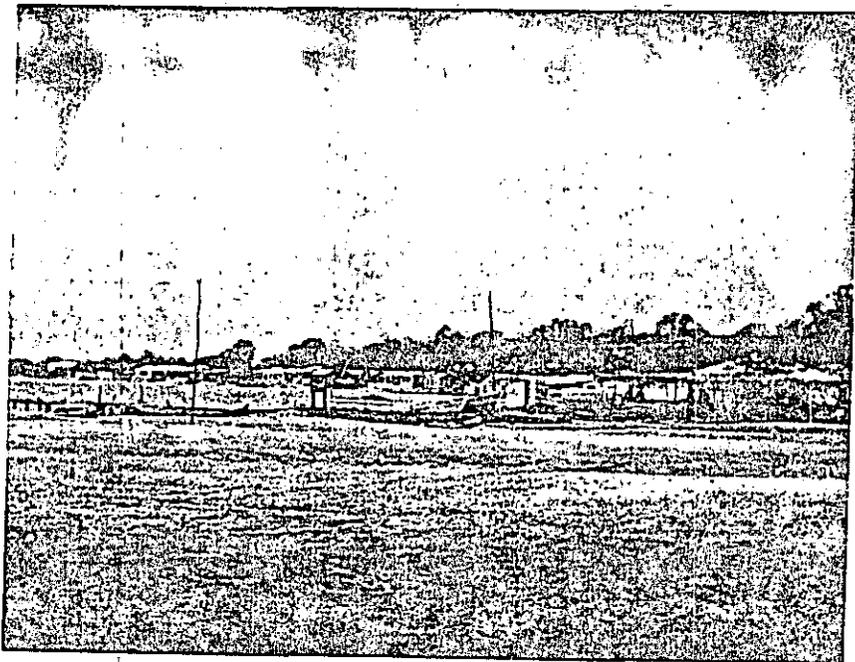
Las características sociales y económicas de estas poblaciones determinan una homogeneidad en las condiciones de vida de sus habitantes y marcan la ausencia de una estratificación social, porque en estos lugares las condiciones de vida son similares en todos los aspectos, teniendo en cuenta que lo que determina una estratificación social son indicadores como: el linaje y la educación, y en estas poblaciones no se manifiestan con marcada diferencia. En estas comunidades ha sido y es predominante la educación no formal.

La mayoría de los habitantes de esta comunidad son dueños de las viviendas que habitan y la distribución de estas es variada, pero la inmensa mayoría residen en casas de una sola habitación, en donde realizan actividades como: dormir, cocinar y comer.

El promedio de personas por familia es de 7, lo que representa para los miembros de las mismas compartir muchas actividades en tan limitado espacio.



Puesto de Salud de Caño de Loro.



Panoramica de Caño de Loro.

Para finalizar este capítulo podemos anotar que estas tres áreas a pesar de ser diferentes geográfica, social y culturalmente mantienen ciertos elementos comunes como son:

- La composición racial. Se puede decir que predomina la raza negra y mulata.
- Dentro de la familia se considera importante la ayuda familiar.
- Predominio de una educación no formal.
- Alta tasa de deserción escolar, generalmente los niños son retirados de las escuelas para que trabajen y así poder aumentar el ingreso familiar.
- Carencia de obras de infraestructura, esto nos demuestra una vez más el abandono administrativo en que se encuentran estas comunidades.
- Se encuentra un medio metropolitano primitivo, carente de una estructura que pueda decirse planeada sistemáticamente.
- A pesar de la alta tasa de natalidad no se ha presentado un crecimiento acelerado de la población, debido a la alta tasa de mortalidad infantil la cual es consecuencia del bajo nivel nutricional, alta tasa de morbilidad y carencia de obras de infraestructura.
- Las actividades económicas predominantes son la agricultura y la pesca.
- El promedio de personas por casas es de 7.

CAPITULO VI

ANALISIS ESTADISTICO

ANTECEDENTES DE LOS COMITES COMUNALES ESTUDIADOS

En el presente capitulo haremos una descripción de los Comités Comunales de Salud, el estado en que se encuentran estos, y elaboraremos un análisis estadístico teniendo en cuenta los resultados obtenidos por medio de la aplicación de las encuestas.

Para la realización de lo mencionado anteriormente tendremos en cuenta la división de las comunidades que hemos utilizado durante todo el trabajo.

A. Area Urbana Marginal.

1. La Candelaria.

El Comité Comunal de Salud de la Candelaria fué constituido en el año de 1.978, desde sus inicios hasta la actualidad dicho Comité ha sido sometido a reestructuración 4 veces. Ellos anualmente nombran nueva junta directiva y dan entrada a otros miembros; este Comité cuenta con unos estatutos realizados por ellos mismos.

El Comité Comunal de Salud de la Candelaria tra

baja con líderes comunales de otros sectores como son: República del Libano, Puerto de Pescadores, Navidad, La María, La Esperanza y Alcibía, ya que estos pidieron ayuda para tener una mejor orientación en cuanto a Participación de la Comunidad.

Los integrantes del Comité manifestaron su desacuerdo con la programación de actividades que les lleva la Institución, puesto que no responde a las necesidades de la comunidad.

El grupo funciona actualmente, pero el personal ha sido renovado, razón por la cual de los 4 miembros encuestados 2 están sin capacitar y los que si la recibieron consideran que esta capacitación les ha sido útil porque les ha permitido trabajar mejor por la comunidad.

La reestructuración se ha dado por problemas con el Presidente y por vencimiento de la junta directiva.

El Comité ha participado en la ejecución de actividades como: campañas de vacunación, campañas de saneamiento ambiental y motivaciones para que la comunidad vaya a las charlas de educación en salud, pero no ha participado en la programación de la gran mayoría de las actividades realizadas porque vienen ordenadas directamente por la Institución.

El grupo ejecuta actividades conjuntamente con el Equipo de Salud, pero mantiene un contacto más directo con la promotora de salud.

Los miembros del Comité Comunal de Salud consideran que los resultados de haber trabajado como grupo han sido positivos porque así la comunidad tiene una mayor participación y ellos han tenido una buena experiencia al poder servir a la comunidad en la solución de sus problemas.

Reconocen haber tenido limitaciones por parte de la comunidad, de la institución y del grupo. Las limitaciones por parte de la comunidad han sido la inasistencia a las reuniones y la no participación en las actividades que se realizan; por parte de la institución han tenido limitaciones como la falta de material de trabajo y la no asistencia de las personas con las que se coordina para dictar charlas de educación en salud, por parte del grupo se presentan limitaciones como la inasistencia de algunos de sus miembros y los conflictos que se generan internamente. Consideran que estas limitaciones inciden directamente en el estancamiento del desarrollo del Componente.

Nunca se han evaluado las actividades realizadas ni el funcionamiento del grupo, hace unos años se trazaron parámetros evaluadores pero no se llegó a nada concreto.

Del Equipo de Salud se encuestaron 11 personas: 4 promotoras, 5 auxiliares de Enfermería, 1 médico y 1 auxiliar de Odontología.

9 de los encuestados consideran que Participación de la Comunidad consiste en realizar actividades para el bien de la misma comunidad, 2 de los encuestados opinan que es dialogar con la gente.

En lo que se refiere a la capacitación, 7 de los miembros del Equipo de Salud manifestaron haber sido capacitados para trabajar con la comunidad y que dicha capacitación consistió en el promover programas, también consideran que esta si está encaminada hacia una efectiva Participación de la Comunidad.

Según los miembros del Equipo los objetivos del Comité son: trabajar para mejorar la salud de la comunidad y lograr un buen funcionamiento del Centro de Salud y que las actividades más importantes que han realizado son las campañas de vacunación y campañas de educación en salud.

Todos los miembros del equipo de Salud consideran que es importante la Participación de la Comunidad en el planeamiento y desarrollo de las actividades en salud y que las actividades que se desarrollan si responden al diagnóstico de las necesidades reales de la comunidad. 9 de los miembros opinan que si se oá una organización de las actividades que debe cumplir el personal de salud y la comunidad.

El Equipo de Salud mantiene relaciones satisfactorias con el Comité de Salud.

En el grupo intervino un trabajador social cuya principal actividad fué la capacitación y motivación del grupo y de la comunidad.

Haciendo un análisis estadístico a los datos arrojados por las encuestas aplicadas a la comunidad encontramos que el 70% de las personas conocen de la existencia de un Comité Comunal de Salud en el sector de la Candelaria; del porcentaje anterior el 71.5% no ha tenido conocimiento de ninguna actividad realizada por el Comité, el 7% tiene conocimiento de que se dedican a hacer campañas de aseo, el 7.3% manifiesta que hacen visitas domiciliarias y el 14.2% tiene conocimiento de que realizan campañas de vacunación.

Del total de personas encuestadas, el 30% no sabe cuales son las funciones de un Comité de Salud, el 40% opina que la función de un Comité de Salud es ayudar a la salud de las personas, el 20% dice que debería ser orientar en salud, el 5% dice que es la atención a los niños y el otro 5% opina que debe ser la atención al medio ambiente.

El 80% de las personas encuestadas consideran que es importante la Participación de la Comunidad en las actividades de salud, el 38% del porcentaje anterior sostiene que porque sirve a la comunidad, el 19% dice que es importante porque hay una mejor orientación, el 12% opina que es importante porque se atiende mejor las enfermedades -

des y el 31% porque se puede atender mejor a los niños.

Encontramos que el 55% manifiesta que los miembros del Comité de Salud mantienen una constante comunicación con el resto de la comunidad.

En lo que se refiere a los servicios que presta la Unidad de Atención, el 55% opina que son buenos, el 20% considera que son regulares y el 25% manifiesta que son deficientes. Así mismo del total encuestado el 60% opina que los servicios prestados si responden a las necesidades de la comunidad, ya que siempre que necesitan de los servicios son atendidos.

Para el mejor funcionamiento del Comité de Salud y de la Unidad de Servicios, el 75% cree que debieran tener médico permanente, el 20% considera que se debe dar una mejor cotación a la Unidad de Servicio y el 5% considera que se debe motivar más a la comunidad.

2. Fredonia.

El Comité Comunal de Salud de Fredonia está desarrollando el trabajo desde septiembre de 1.982.

De los 4 miembros encuestados solo 2 han sido capacitados, estos consideran que la capacitación les ha sido útil porque les ha servido para estar al dia con la situación de la comunidad, además han adquirido experiencias.

El grupo desde su organización ha sido sometido a reestructuración 3 veces, esta se ha realizado para re

novar el personal.

Los miembros del Comité han participado en la ejecución de actividades como: campañas de vacunación y saneamiento ambiental; para la realización de estas actividades el grupo ha trabajado conjuntamente con el Equipo de Salud.

Los integrantes del Comité Comunal de Salud opinan que los resultados del trabajo han sido positivos, aunque consideran que falta mucho por hacer, además dicen que la comunidad está muy optimista con los programas que se llevan a cabo ya que se han podido observar resultados.

El haber participado en este grupo les ha dejado experiencias positivas porque han cooperado activamente, han conocido mejor la comunidad y además se han relacionado entre si.

Las limitaciones que interrumpieron o dificultaron el desarrollo de las actividades del grupo se dieron por parte de la comunidad, de la institución y por los miembros del grupo, la comunidad dificultó el trabajo porque esta al principio no los quería aceptar y no prestaba ningún tipo de colaboración, por parte de la institución la limitación ha sido la falta de material para ellos poder trabajar, la limitante que se ha presentado en el grupo ha sido el ingreso de personas que no trabajan. Ellos consideran que estas limitaciones lo

que han hecho es impedir el normal desarrollo del componente en su propia comunidad.

El Comité de Salud de Fredonia ha estado diligenciando las hojas de evaluación desde 1.983.

Del Equipo de Salud que labora en el Puesto de Salud de Fredonia se encuestaron 10 promotoras de salud, 1 médico y 1 odontólogo.

9 de los integrantes del equipo de Salud consideran que Participación de la Comunidad es la organización de grupos para realizar actividades dentro de la comunidad, 3 opinan que Participación es que la comunidad colabore en la solución de los problemas prioritarios.

Ellos opinan que han sido capacitados para trabajar conjuntamente con la comunidad y que esta capacitación consistió en diferentes cursos de como trabajar en ella y saber llevar este trabajo, además se les dió orientación en enfermedades inmunoprevenibles, eliminación y disposición de excretas y control prenatal; consideran que los objetivos del grupo han sido la promoción y la orientación para la salud de la comunidad.

El grupo ha realizado actividades importantes como: recolección de basuras, canalización de aguas negras y campañas de vacunación.

Estiman que es muy importante la Participación de la Comunidad en el planeamiento y desarrollo de las actividades en salud, y que estas actividades que se lle

van a cabo si responden a un diagnóstico de las necesidades reales de esta.

7 de las personas encuestadas consideran que no se dá una organización de las actividades que debe cumplir el personal de salud y la comunidad ya que el Comité que es el que representa a esta última no trabaja activamente.

Las relaciones que mantiene el Comité de Salud con el Equipo de Salud son satisfactorias.

En el grupo ha estado interviniendo un trabajador social cuyas principales funciones han sido el promover y motivar a la comunidad y organizar y capacitar al Comité de Salud.

En la aplicación de las encuestas a la comunidad encontramos que el 72% conoce de la existencia del Comité de Salud y el 46% del porcentaje anterior dice que han realizado campañas de vacunación, el 17% manifiesta que han realizado campañas de aseo y el 37% opina que han realizado canalización de aguas negras.

Encontramos que el 45% de las personas encuestadas cree que las funciones del Comité de Salud deben ser el realizar trabajos para la comunidad, el 26% considera que la función debe ser el motivar a la comunidad, el 18% dice que el Comité debe hacer campañas de salud y el 13% juzga que se deben prestar primeros auxilios.

El 94% considera importante la Participación de

la Comunidad en las actividades de salud. El 74% de los encuestados opina que el Comité no mantiene una constante comunicación con la comunidad.

Según los resultados de las encuestas, catalogan los servicios prestados por la Unidad de Atención así: el 34% los consideran buenos, el 47% los consideran regulares, el 15% estima que son deficientes y el 4% los juzgan malos. Además el 55% de los encuestados piensan que los servicios prestados si responden a las necesidades de la comunidad.

Para el mejor funcionamiento del Comité de Salud y de la Unidad de Atención dieron las siguientes sugerencias: el 65% dice que se deben prestar servicios médicos permanentes, el 31% considera que se deben realizar más actividades para la comunidad y el 4% manifiesta que los líderes deben ser más activos.

B. Area Rural.

1. Bayunca.

El Comité Comunal de Salud de Bayunca comenzó a trabajar desde mayo de 1.984, el grupo funciona actualmente.

Se encuestaron 4 miembros del Comité, estos fueron capacitados para formar parte de el, consideran que esta capacitación les ha sido útil porque les ha dado un cierto dominio sobre las necesidades de su comunidad y una mayor y mejor orientación.

El grupo no ha sido sometido a reestructuración desde su organización y ha participado en la ejecución de actividades como: motivación a la comunidad en las campañas de vacunación y en la recolección de fondos para mejorar el Puesto de Salud, en la realización de estas actividades el grupo ha trabajado conjuntamente con el Equipo de Salud.

Ellos califican como positivos los resultados de haber trabajado en este grupo puesto que se han logrado las metas propuestas hasta el momento.

El haber formado parte de este Comité les ha dejado conocimientos muy importantes con respecto a la salud de la comunidad.

Consideran que se han presentado limitaciones por parte de la institución como por parte de los miembros del grupo, de este último por falta de asistencia de algunos de sus miembros, por parte de la institución porque no ha habido una supervisión periódica y por falta de material y fondos para poder trabajar.

De los miembros del Equipo de Salud se encuestaron 2, la promotora y el médico rural; estos entienden por Participación de la Comunidad en Salud cuando dos o más personas trabajan por el bien de esta.

De este grupo solo la promotora ha sido capacitada para trabajar conjuntamente con la comunidad y consideran que el objetivo del grupo ha sido el trabajar

por la salud de la misma, las actividades más importantes que han realizado son las campañas de vacunación y la recolección de fondos.

Consideran importante la Participación de la Comunidad en el planeamiento y desarrollo de las actividades en salud y que estas actividades realizadas si responden a un diagnóstico de las necesidades reales de esta comunidad, aunque existe un déficit humano y de materiales para trabajar y así poder abarcar toda la comunidad.

El Equipo de Salud mantiene buenas relaciones con el Comité de Salud.

En el grupo ha intervenido un trabajador social cuya función principal ha sido la organización de un Comité Comunal de Salud.

Haciendo un análisis estadístico a los datos arrojados por las encuestas aplicadas a la comunidad encontramos que el 62% de las personas saben de la existencia de un Comité Comunal de Salud. En lo que se refiere a las actividades realizadas, el 53% tiene conocimiento de actividades como campañas de vacunación y recolección de fondos y el 47% no tiene conocimiento de ninguna actividad.

Del total de personas encuestadas, el 33% contestó que la función de un Comité de Salud es velar por la comunidad en todos los aspectos, el 24% dice que deben hacer obras para la comunidad, el 14% opina que el Comité debe encargarse de una mejor funcionalidad del Puesto de

Salud, el 10% dice que es el hacer campañas de vacunación y el 19% no sabe cuales son las funciones.

Encontramos además que el 95% de los encuestados consideran que es importante la Participación de la Comunidad en las actividades de salud. El 67% afirma que los miembros del Comité Comunal de Salud mantienen una constante comunicación con el resto de la comunidad.

Del total de personas encuestadas, el 62% considera que los servicios prestados por la Unidad de Atención si responden a las necesidades de la comunidad y los catalogan de la siguiente manera: el 49% juzga que son regulares, el 44% afirma que son buenos y el 7% los catalogan como deficientes.

Para el mejor funcionamiento del Comité de Salud y de la Unidad de Atención hacen las siguientes sugerencias: el 24% manifiesta que debe haber médico en forma permanente, el 15% opina que se deben prestar servicios odontológicos, el 9% considera que se deben buscar personas aptas para trabajar en el Comité, otro 9% cree que debe haber una mayor coordinación entre la comunidad y la Unidad de Atención, el 24% juzga que se debe prestar mejores servicios y el 19% restante dice que hace falta otra promotora de salud para una mayor cobertura.

2. Retiro Nuevo.

De los miembros del Comité de Salud de Retiro Nuevo fueron encuestados 9, los cuales están desarrollan-

do su trabajo desde septiembre de 1.984, el grupo funciona actualmente. Todas las personas encuestadas fueron capacitadas para formar parte del Comité, y opinan que esta capacitación les ha sido útil porque han podido ayudar a la comunidad y han aprendido mucho acerca de la salud; este grupo desde su fundación no ha sido sometido a reestructuración.

El Comité ha participado en actividades tales como: motivación en las campañas de vacunación, recolectar fondos, dotación de tazas sanitarias y mejoras al Puesto de Salud; para realizar estas actividades el grupo ha trabajado conjuntamente con el Equipo de Salud, para esto se reúnen constantemente con la promotora y el médico rural.

Las 9 personas encuestadas opinan que los resultados del trabajo han sido positivos, porque hay colaboración para la realización de actividades, aunque muchas veces la citación a reuniones no se cumple.

El haber participado en este grupo ha sido fundamental para ellos porque están capacitados para trabajar con la comunidad y han tenido experiencias de participación en grupos.

Consideran que las limitaciones que interrumpieron o dificultaron el desarrollo de las actividades se dieron por parte de la institución como por parte de los miembros del grupo, de la institución porque el trabaja-

dor social después de la capacitación no los ha visitado más, es decir que no ha habido un seguimiento ni una supervisión, además no cuentan con la papelería para poder trabajar mejor, la limitación por parte de los miembros del grupo es la no asistencia a las reuniones.

El Comité no ha realizado evaluaciones a las actividades realizadas.

Del Equipo de Salud se encuestó solamente a la promotora de salud que está desarrollando su trabajo desde 1.983; esta ha sido capacitada para trabajar conjuntamente con la comunidad, la capacitación consistió en cursos sobre primeros auxilios, educación en salud y saneamiento.

Entiende por Participación de la Comunidad la colaboración de esta en las actividades tendientes a mejorar la situación de salud.

Los objetivos del grupo han sido la recolección de fondos para mejorar el Puesto de Salud y velar por el estado de salud de la comunidad; las actividades más importantes que han realizado son la motivación y movilización de la comunidad.

La promotora considera que es importante la Participación de la Comunidad en el planeamiento y desarrollo de las actividades en salud y piensa que estas actividades si responden al diagnóstico de las necesidades reales porque los servicios que se están prestando son



los que más se necesitan.

Considera que se dá una organización de las actividades que debe cumplir el personal de salud y la comunidad ya que estos se reúnen en forma permanente, y que el equipo mantiene relaciones satisfactorias con el Comité de Salud.

La promotora ha participado en la programación y ejecución de las actividades realizadas por el grupo y considera que si se dá una capacitación encaminada hacia la efectiva participación de la comunidad

En el grupo intervino un trabajador social cuya principal función fué la de capacitar al Comité, ya que estaba organizada.

En la comunidad todas las personas encuestadas conocen de la existencia de un Comité Comunal de Salud y del conocimiento de actividades realizadas el 50% dice que conoce de la promoción de campañas de vacunación y el 50% conoce de la recolección de fondos.

El total de las personas encuestadas consideran que es importante la Participación de la Comunidad en las actividades en salud. El 88% manifiesta que los miembros del Comité Comunal de Salud mantienen una constante comunicación con el resto de la comunidad.

Así mismo todos los encuestados juzgan que los servicios prestados por la Unidad de Atención si responden a las necesidades de la comunidad y los catalogan de

la siguiente manera: el 88% considera que son buenos y el 12% cree que son regulares.

Para el mejor funcionamiento del Comité de Salud y de la Unidad de Atención nacen las siguientes sugerencias: el 50% manifiesta que debe haber médico en forma permanente, el 25% opina que se deben prestar servicios odontológicos y el otro 25% considera que se debe motivar más a la comunidad.

3. Evitar.

Del Comité Comunal de Salud de Evitar se encuestaron 4 miembros.

El Comité no funciona actualmente pues se desmotivó debido a que no fueron capacitados, sin embargo lograron realizar algunas actividades como son: campañas de vacunación y la instalación de tazas sanitarias; opinan que los resultados de las actividades que alcanzaron a realizar fueron positivos.

Consideran que las limitaciones que interrumpieron o dificultaron las actividades y el desarrollo del grupo se dieron por parte de la institución, ya que esta después de haber motivado y organizado a la comunidad no les brindó la capacitación esperada.

Del Equipo de Salud se encuestaron la promotora de salud, el médico rural y el promotor de saneamiento ambiental.

Los promotores de salud y de saneamiento entienden

den por Participación de la Comunidad la colaboración en los eventos que se realicen en beneficio de ella, mientras que el médico rural manifiesta no tener conocimientos de lo que es esta.

Además los promotores manifestaron haber sido capacitados para trabajar conjuntamente con la comunidad y que esta capacitación consistió en lo que es la importancia del saneamiento ambiental en la comunidad.

Consideran que los objetivos del grupo son los de dar a entender lo que beneficia en cuanto a salud a la comunidad y colaborar en las actividades a desarro - llar.

Las actividades más importantes que ha desarro - llado el grupo han sido la instalación de tazas sanita - rias y participar en la campaña nacional de vacunación ; este grupo opina que es importante la participación comunitaria en el planeamiento y desarrollo de las activida - des en salud y que estas si responden a un diagnóstico de las necesidades reales de la comunidad.

En el grupo intervino un trabajador social cuya principal función fué la de informar acerca de lo que es la Participación de la Comunidad y sus ventajas.

En la comunidad la promotora ha seguido realizando actividades sin la ayuda del Comité de Salud.

Haciendo un análisis estadístico a los datos obtenidos en la aplicación de las encuestas a la comunidad

MM

encontramos que el 100% conoce de la existencia de un Comité Comunal de Salud, pero el mismo porcentaje manifiesta no tener conocimiento de ninguna actividad realizada por dicho Comité.

El 60% de los encuestados consideran que la función de un Comité de Salud es la de trabajar por el bien de la comunidad y el 40% restante dice que su función debería ser el mejorar el Puesto de Salud.

El 60% manifiesta que el Comité Comunal de Salud si mantiene una constante comunicación con el resto de la comunidad.

Encontramos que el 60% cree que los servicios prestados si responden a las necesidades de la comunidad.

En lo que se refiere a los servicios que presta la Unidad de Atención, el 60% considera que son buenos, el 20% manifiesta que son malos y el 20% restante dice que son deficientes.

Para el mejor funcionamiento de la Unidad de Servicio todos los encuestados opinaron que el médico debería visitar con mayor regularidad la comunidad y que debe estar mejor dotado el Puesto de Salud.

C. Area de la Bahía.

1. Caño de Loro.

Del Comité de Salud de Caño de Loro fueron encuestados 11 miembros que empezaron a trabajar desde agosto de 1.983; actualmente el grupo no trabaja pues las ac-

tividades se suspendieron por problemas entre los miembros del Comité.

Todas las personas encuestadas fueron capacitadas y creen que esta capacitación les fué útil porque aprendieron a trabajar para mejorar el pueblo.

Los miembros del Comité que fueron encuestados manifestaron haber participado en la realización de actividades en salud, esta labor la hicieron conjuntamente con el Equipo de Salud y que los resultados de este trabajo fueron positivos porque se trabajó para la misma comunidad.

Las limitaciones que interrumpieron o dificultaron el desarrollo de las actividades se dieron por parte de los integrantes del grupo, ya que creían que podían disponer para uso personal de los fondos recolectados para realizar actividades en la comunidad.

Del Equipo de Salud se encuestó a la promotora, que está trabajando desde 1.984; ella entiende por Participación de la Comunidad las actividades que se deben hacer para satisfacer las necesidades en salud de la comunidad.

La promotora cree que ha sido capacitada para laborar conjuntamente con la comunidad y manifiesta que esta capacitación consistió en charlas sobre educación en salud.

El objetivo del grupo ha sido el trabajar por el

bienestar de la comunidad; la actividad más importante que han realizado fué una campaña de vacunación.

Estiman que es importante la Participación de la Comunidad en el planeamiento y desarrollo de las actividades en salud y que estas actividades si responden a un diagnóstico porque se trata de satisfacer las necesidades en salud.

El equipo mantuvo buenas relaciones con el Comité Comunal de Salud, y consideran que se dá una capacitación encaminada hacia la efectiva Participación de la Comunidad en salud.

En este grupo intervino un trabajador social, cuya principal actividad fué la de motivar y organizar a la comunidad.

En la aplicación de las encuestas a la comunidad encontramos que el 83% conoce de la existencia de un Comité Comunal de Salud; de este porcentaje el 33% dice que no tiene ningún conocimiento de actividades realizadas y el 67% manifiesta que han recolectado fondos.

Todos afirman unánimemente que la función del Comité es el ayudar a la comunidad; así mismo todos consideran importante la Participación de la Comunidad en las actividades en salud.

El 67% manifiesta que el Comité Comunal de Salud mantiene una constante comunicación con el resto de

la comunidad.

Los encuestados catalogan los servicios de la siguiente manera: el 83% dice que son buenos y el 17% opina que son regulares; igualmente un 63% considera que los servicios prestados si responden a las necesidades de la comunidad.

Para el mejor funcionamiento del Comité de Salud y de la Unidad de Servicios hacen las siguientes sugerencias: trabajo conjunto para lograr la instalación de servicios de agua y luz, visitas del médico rural con más frecuencia y que el comité debe seguir con su idea de montar una farmacia.

MS

COMUNIDADES EN DONDE FUNCIONAN LOS COMITES

FUNCIONA EL COMITE	AREA URBANA MARGINAL		AREA RURAL			AREA BAHIA
	LA CANDELARIA	FREDONIA	BAYUNCA	RETIRO NUEVO	E VITAR	CAÑO DE LORO
SI	—	—	—	—	—	—
NO					—	—

FUENTE: Segun datos obtenidos en la aplicacion de las encuestas a los miembros de los comitez

MIEMBROS DE LOS COMITES CON CAPACITACION

FUE USTED CAPACITADO	AREA URBANA MARGINAL		AREA RURAL			AREA BAHIA
	LA CANDELARIA	FREDONIA	BAYUNCA	RETIRO NUEVO	E V I T A R	CAÑO DE LORO
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
SI	2	2	4	8	—	10
NO	2	2	—	1	4	—
TOTAL	4	4	4	9	4	10

FUENTE: Segun datos obtenidos en las encuestas aplicadas a los miembros de los comites

LIMITACIONES QUE IMPIDEN EL DESARROLLO DEL COMPONENTE

LIMITACIONES	AREA URBANA MARGINAL		AREA RURAL						AREA BAHIA			
	LA CANDELARIA		FREDONIA		BAYUNCA		RETIRO NUEVO		EVITAR		CAÑO DE LORO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
COMUNIDAD	-		-		-		-		-		-	
INSTITUCION	-		-		-		-		-		-	
GRUPO	-		-		-		-		-		-	

FUENTE: Segun datos obtenidos en la encuestas aplicadas a los miembros de los comites

CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE UN COMITE COMUNAL DE SALUD EN LA COMUNIDAD

CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE UN COMITE DE SALUD.	AREA URBANA MARGINAL		AREA RURAL				AREA BAHIA					
	LA CANDELARIA		FREDONIA		BAYUNCA		RETIRO NUEVO		EVITAR		CAÑO DE LORO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	260	70%	183	72%	75	62%	16	100%	5	100%	10	83%
NO	112	30%	70	28%	46	38%	—	—	—	—	2	17%
TOTAL	372	100%	253	100%	121	100%	16	100%	5	100%	12	100%

FUENTE: Segun encuestas aplicadas a los usuarios de las unidades de atención de las diferentes comunidades

IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA

CONSIDERA IMPORTANTE LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.	AREA URBANA MARGINAL		AREA RURAL			AREA BAHIA						
	LA CANDELARIA		BAYUNCA		RETIRO NUEVO		CAÑO DE LORCO					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
	FREDONIA		E VITAR									
SI	297	80%	238	94%	115	95%	16	100%	5	100%	12	100%
NO	75	20%	15	6%	6	5%						
TOTAL	372	100%	253	100%	121	100%	16	100%	5	100%	12	100%

FUENTE: Segun datos obtenidos en las encuestas realizadas a los usuarios de las unidades de atencion



BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
 Ferrández de Madrid
 Universidad de Madrid

**COMUNICACION DEL COMITE DE SALUD CON LA
COMUNIDAD**

COMUNICACION DEL COMITE CON LA COMUNIDAD	AREA URBANA MARGINAL		AREA RURAL				AREA BAHIA					
	LA CANDELARIA		FREDONIA		BAYUNCA		RETIRO NUEVO		E VITAR		CAÑO DE LORO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	204	55%	65	26%	81	67%	14	88%	3	60%	8	67%
NO	168	45%	188	74%	40	33%	2	12%	2	40%	4	33%
TOTAL	372	100%	253	100%	121	100%	16	100%	5	100%	12	100%

FUENTE: Segun datos obtenidos en la aplicacion de las encuestas a los usuarios de las unidades de
atencion

121

**CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA
UNIDAD DE ATENCION**

CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	AREA URBANA MARGINAL			AREA RURAL						AREA BAHIA		
	LA CANDELARIA		FREDONIA	BAYUNCA		RETIRO NUEVO		EVITAR		CAÑO DE LORO		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BUENOS	204	55%	86	34%	54	44%	14	88%	3	60%	10	83%
REGULARES	75	20%	120	47%	59	49%	2	12%	1	20%	—	—
DEFICIENTES	93	25%	38	15%	8	7%	—	—	1	20%	—	—
MALOS	—	—	9	4%	—	—	—	—	—	—	2	17%
TOTAL	372	100%	253	100%	121	100%	16	100%	5	100%	12	100%

FUENTE: Segun datos obtenidos en las encuestas aplicadas a los usuarios de la unidad de atencion

EFICACIA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA UNIDAD DE ATENCION

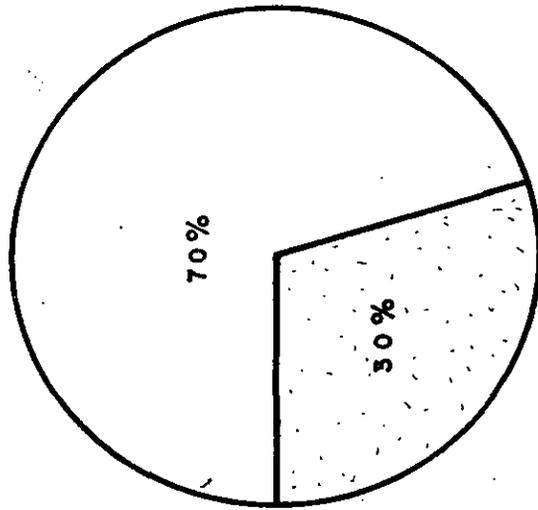
SON EFICACES LOS SERVICIOS	AREA URBANA MARGINAL		AREA RURAL				AREA BAHIA					
	LA CANDELARIA		FREDONIA		BAYUNCA		RETIRO NUEVO		EVITAR		CAÑO DE LORO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	124	60%	139	55%	75	62%	16	100%	3	60%	10	85%
NO	148	40%	114	45%	46	38%			2	40%	2	17%
TOTAL	372	100%	253	100%	121	100%	16	100%	5	100%	12	100%

FUENTE: Segun datos obtenidos en la aplicacion de las encuestas a los usuarios de las unidades de servicio en las diferentes comunidades

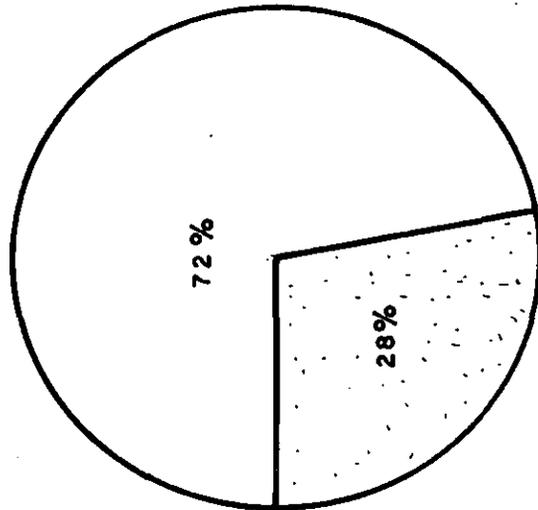
CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE UN COMITE COMUNAL DE SALUD EN LA COMUNIDAD

AREA URBANA MARGINAL

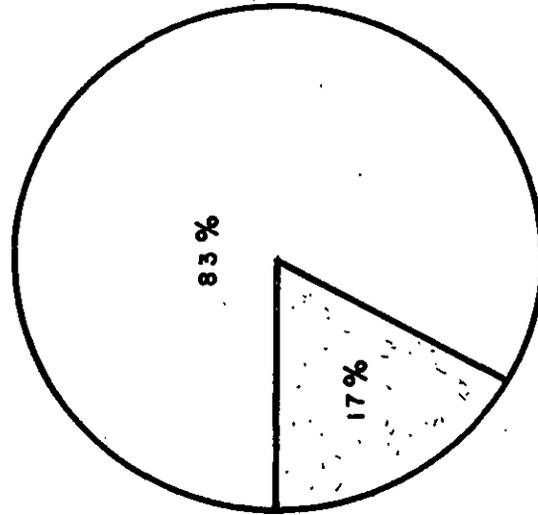
AREA DE LA BAHIA



LA CANDELARIA



FREDONIA



CAÑO DE LORO



SI



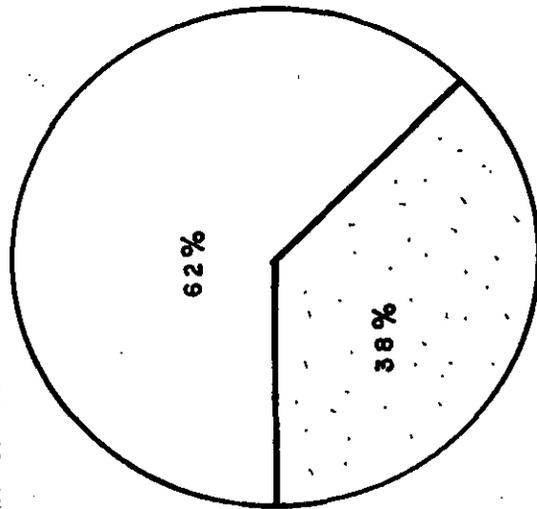
NO

FIGURA N° 1

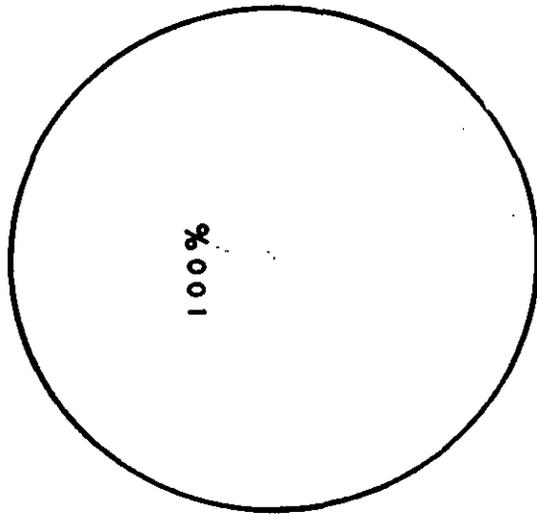
124

CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE UN COMITE COMUNAL DE SALUD EN LA COMUNIDAD

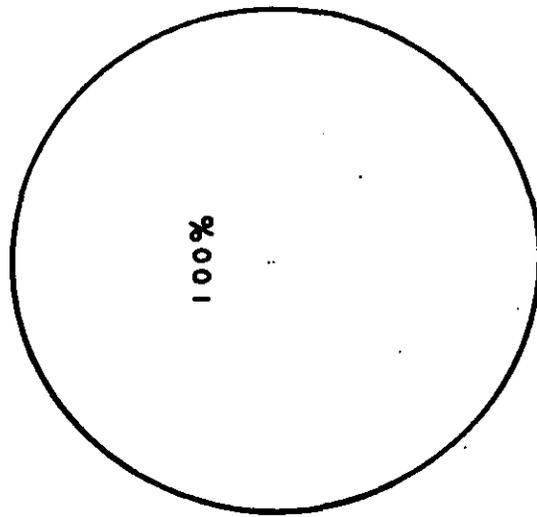
AREA RURAL



BAYUNCA



RETIRO NUEVO



EVITAR

SI

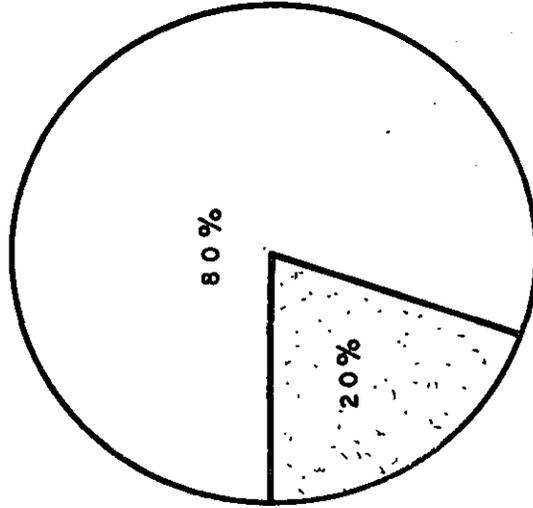
NO

FIGURA N° 2

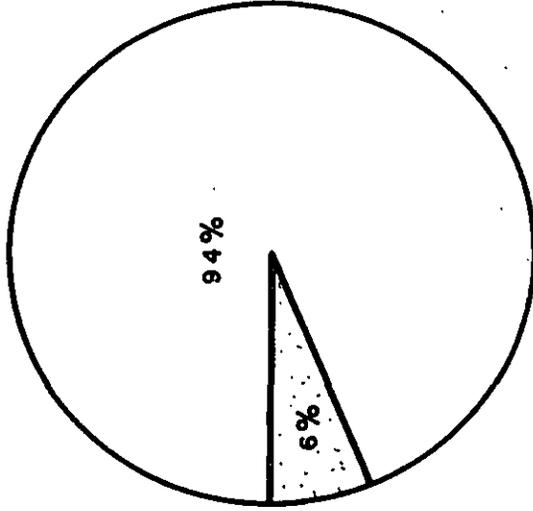
IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA

AREA URBANA MARGINAL

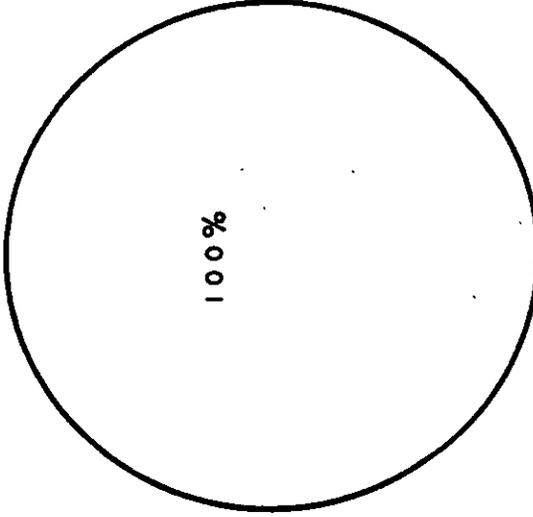
AREA DE LA BAHIA



LA CANDELARIA



FREDONIA



CAÑO DE LORO

SI

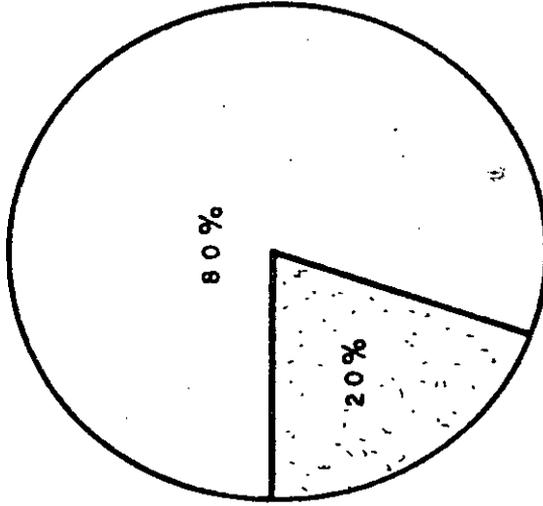
NO

FIGURA N°3

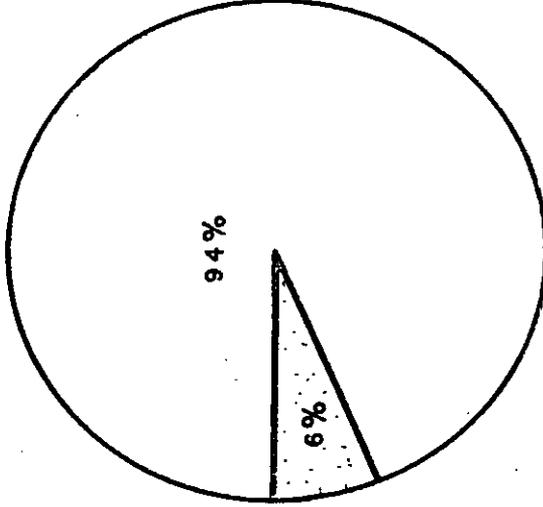
IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA

AREA URBANA MARGINAL

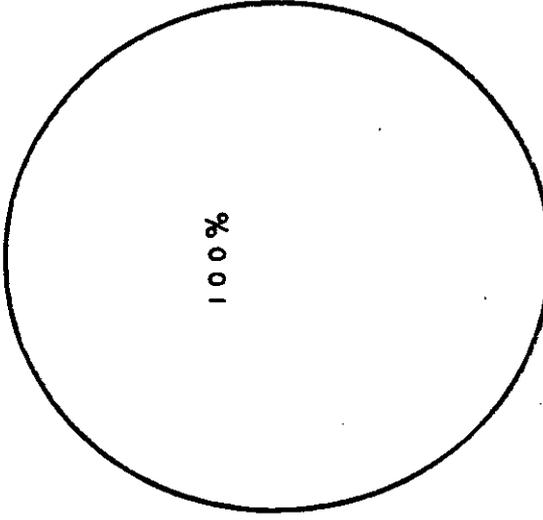
AREA DE LA BAHIA



LA CANDELARIA



FREDONIA



CAÑO DE LORO

SI

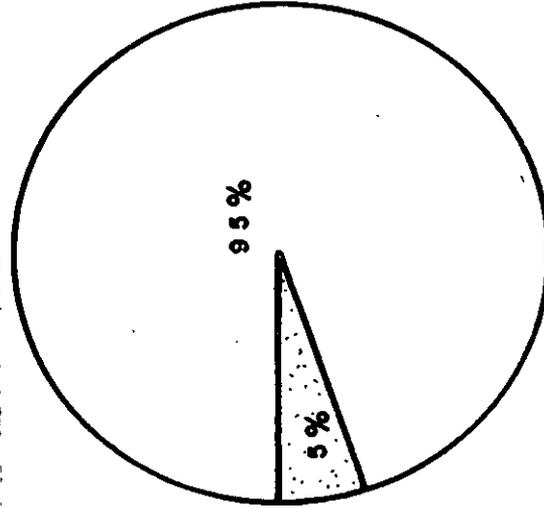
NO

FIGURA N° 3

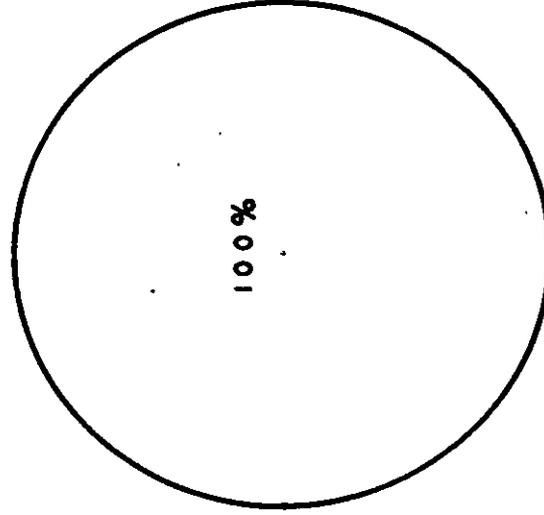
127

IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA

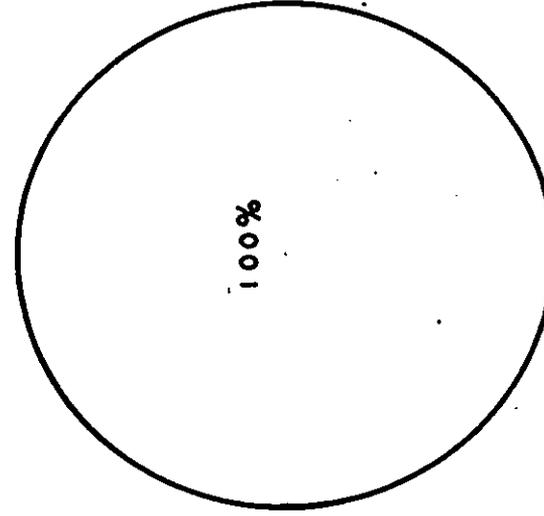
AREA RURAL



BAYUNCA



RETIRO NUEVO



EVITAR

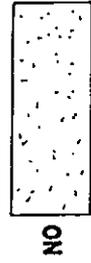
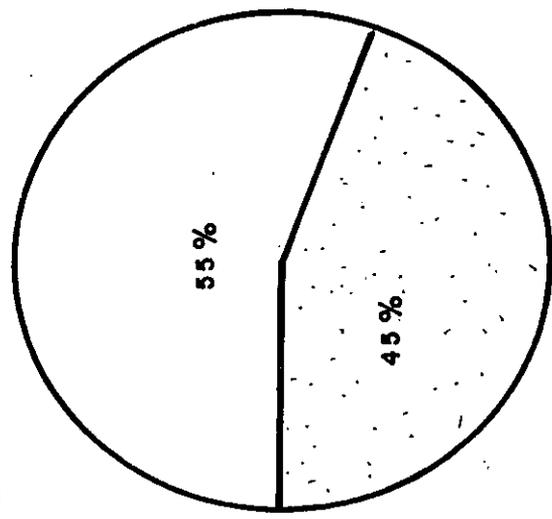


FIGURA N°4

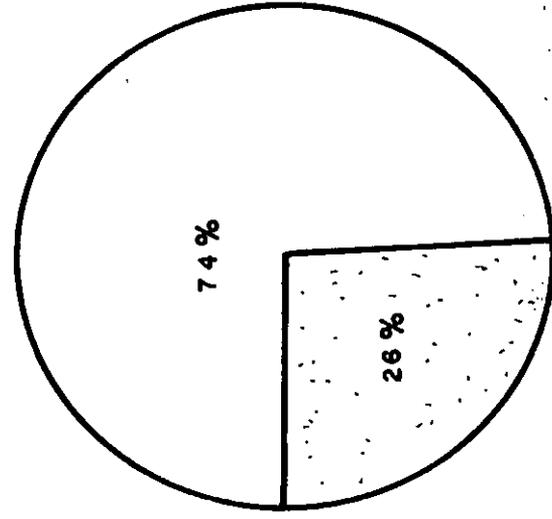
COMUNICACION DEL COMITE DE SALUD CON LA COMUNIDAD

AREA URBANA MARGINAL

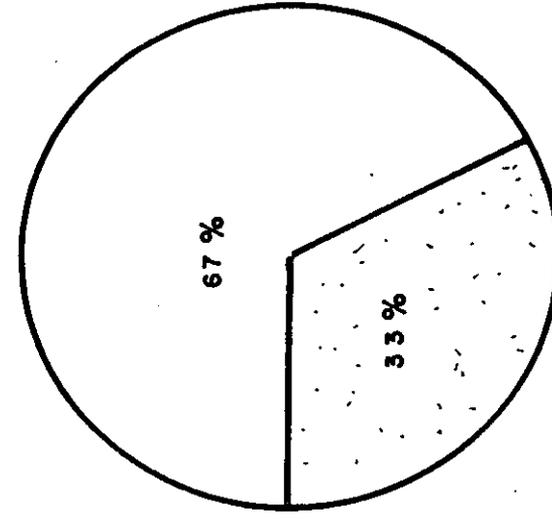
AREA DE LA BAHIA



LA CANDELARIA



FREDONIA



CAÑO DE LORO

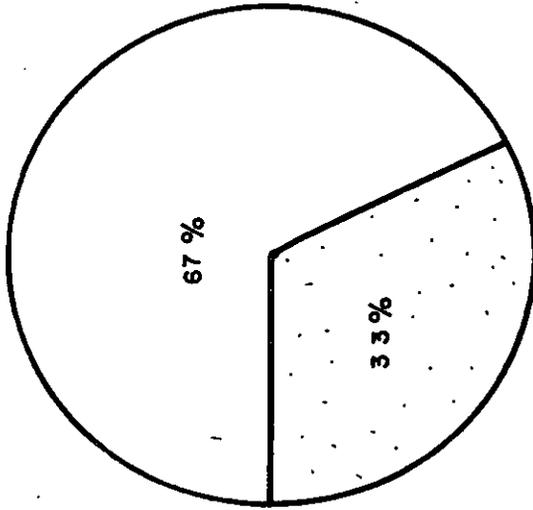
SI

NO

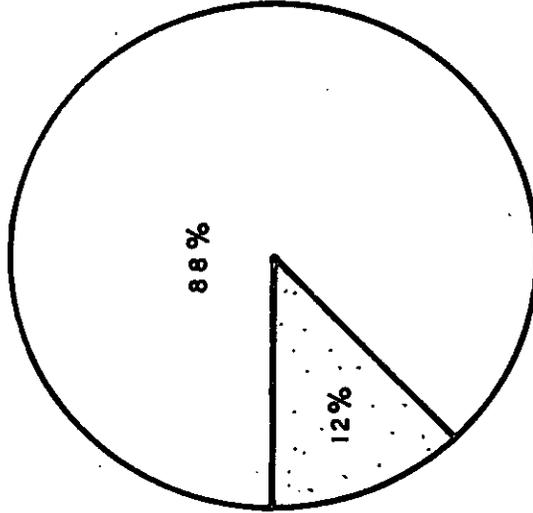
FIGURA N° 5

COMUNICACION DEL COMITE DE SALUD CON LA COMUNIDAD

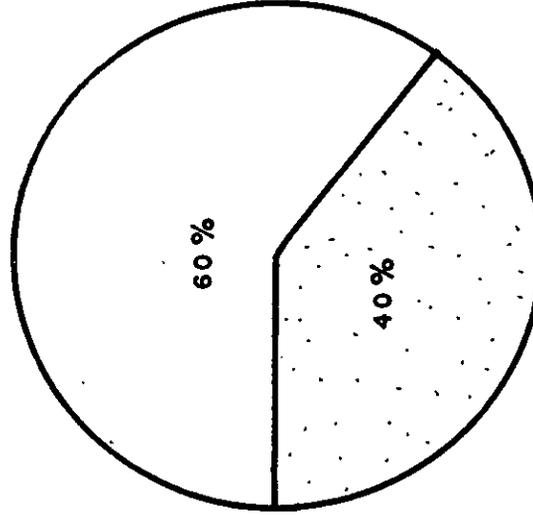
AREA RURAL



BAYUNCA



RETIRO NUEVO



EVITAR



FIGURA N° 6

CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA UNIDAD DE ATENCION

AREA URBANA MARGINAL

AREA DE LA BAHIA

LA CANDELARIA

FREDONIA

CAÑO DE LORO

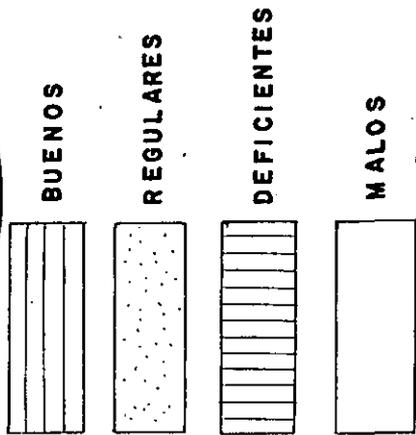
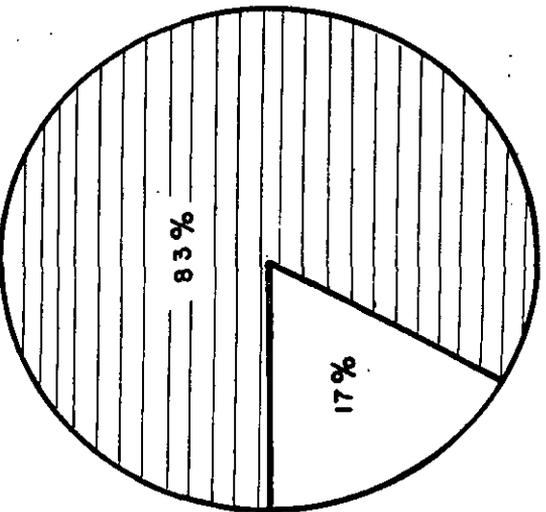
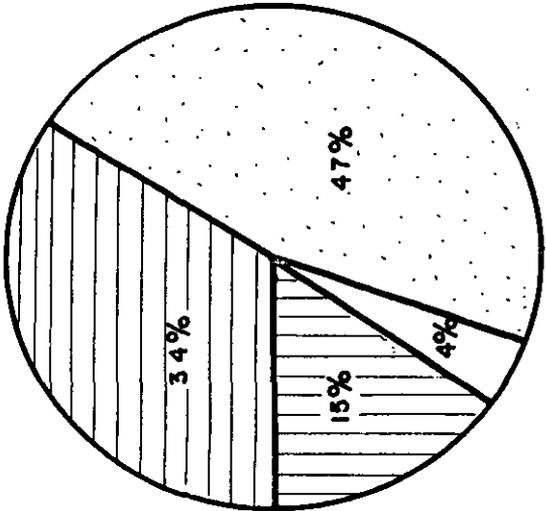
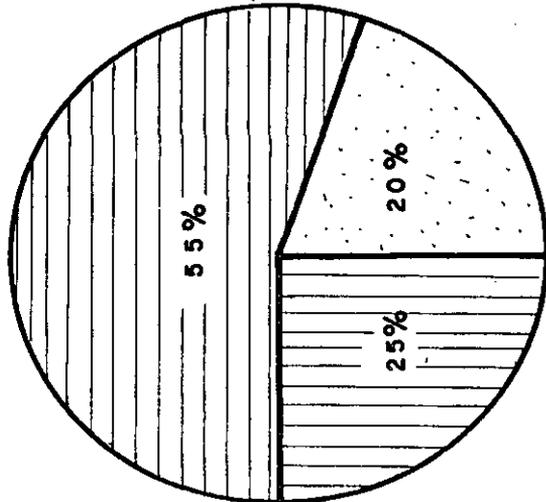
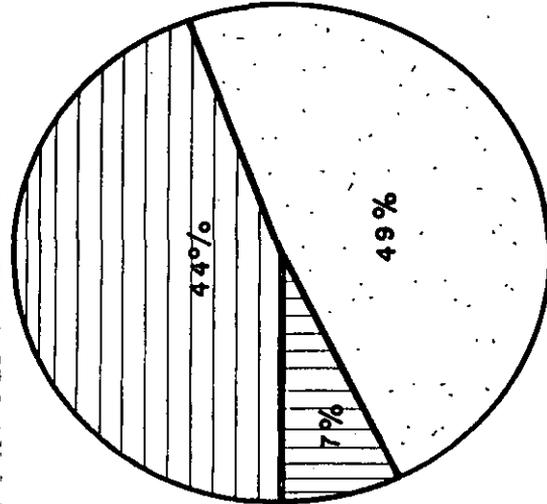


FIGURA N° 7

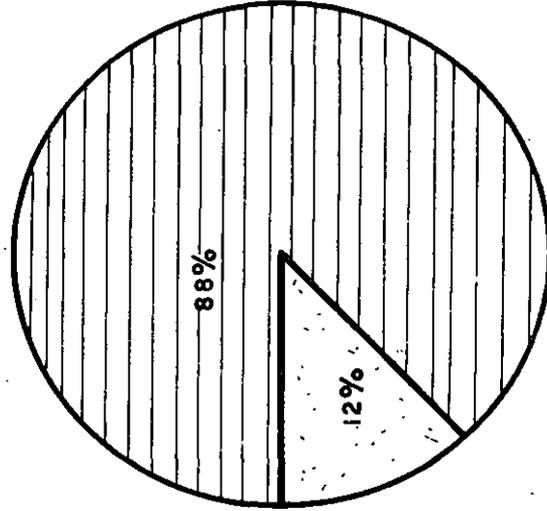
CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA UNIDAD DE ATENCION

AREA RURAL

BAYUNCA



RETIRO NUEVO



EVITAR

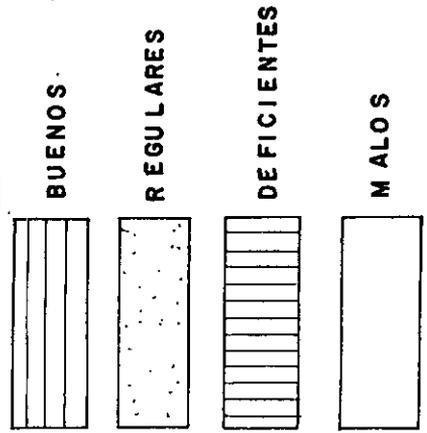
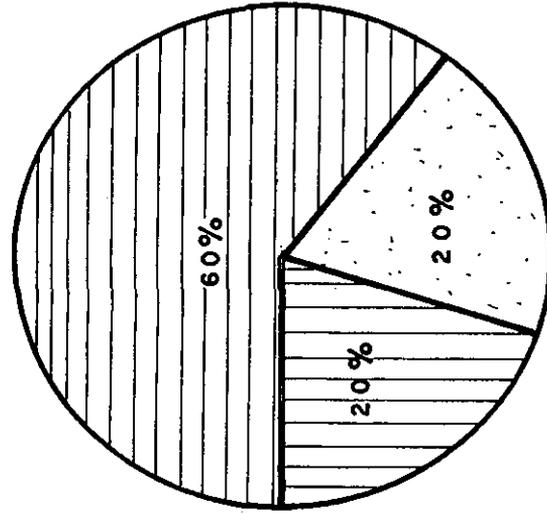


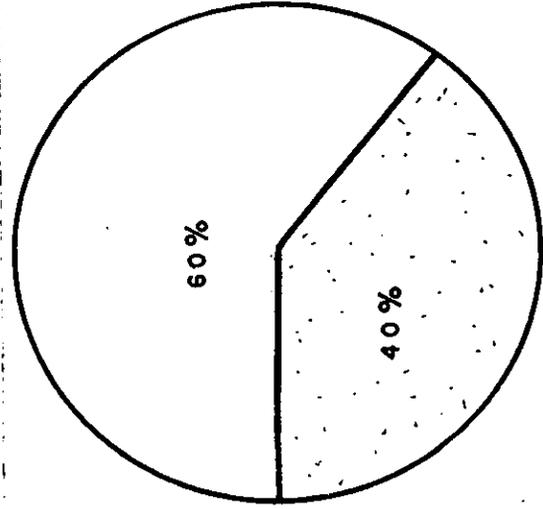
FIGURA N° 8

131

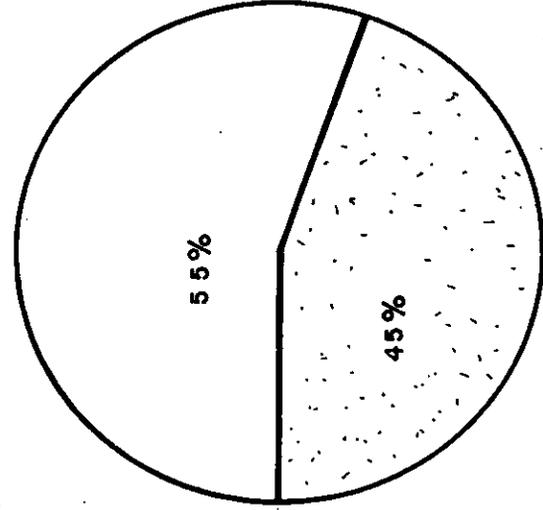
EFICACIA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA UNIDAD DE ATENCION

AREA URBANA MARGINAL

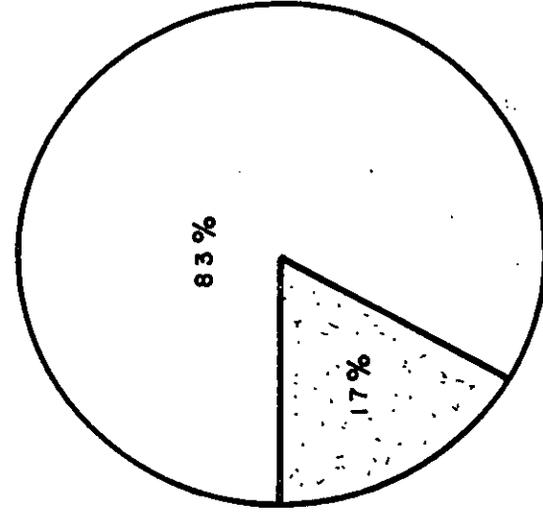
AREA DE LA BAHIA



LA CANDELARIA



FREDONIA



CAÑO DE LORO

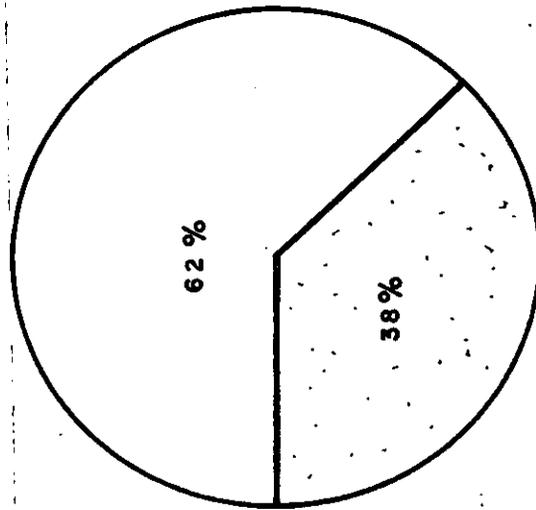
SI

NO

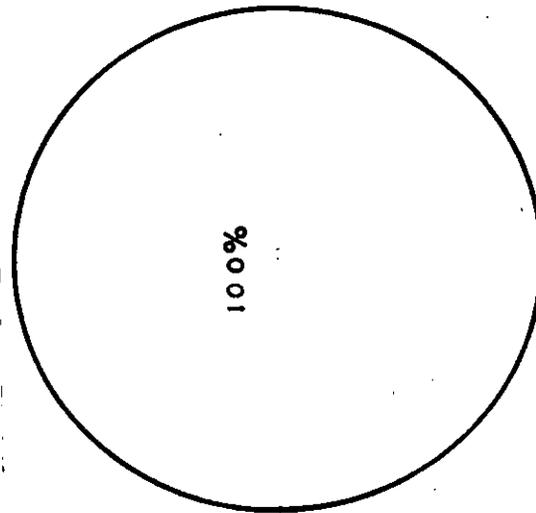
FIGURA N°9

EFICACIA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA UNIDAD DE ATENCION

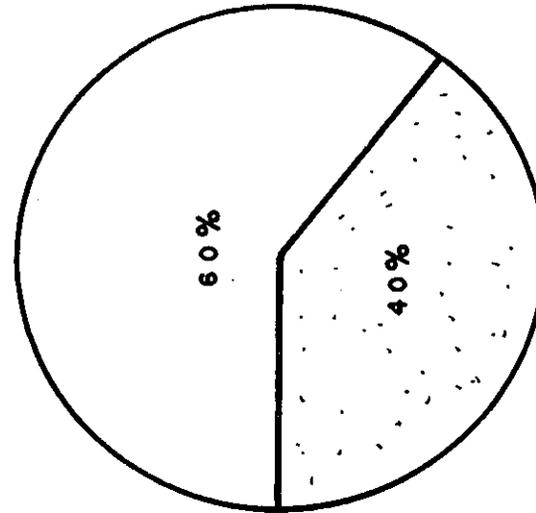
AREA RURAL



BAYUNCA



RETIRO NUEVO



EVITAR



SI



NO

FIGURA N° 10

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

Para elaborar estas conclusiones además de nuestra experiencia tendremos en cuenta las opiniones dadas por los profesionales que manejan o han manejado el Componente Participación de la Comunidad en Salud, también tomaremos el análisis de los datos obtenidos en la aplicación de las encuestas a las comunidades, Equipos de Salud y Comités de Salud.-

Las comunidades aceptan la existencia de un Comité Comunal de Salud, pero es pasiva al momento de realizar actividades, esto se debe a un marcado individualismo que hace que los miembros de las áreas mencionadas no reconozcan o adopten roles grupales o comunitarios. Por esta razón se puede explicar por qué muchas de estas comunidades han aportado poco o nada para mejorar sus condiciones de vida, aún cuando en ellas se han desarrollado programas de Participación Comunitaria implementados por profesionales de Trabajo Social.

El Comité de Salud, el Equipo de Salud y la comunidad no tienen conocimiento de cuales son las verdaderas funciones de un Comité Comunal de Salud; la comuni-



uad reconoce su importancia, pero no logran precisar en que radica dicha importancia; esto se debe a que el Comité no se proyecta hacia la comunidad. Todo lo anterior incide en que la comunidad queda reducida a ser un ente pasivo y receptor de cuanto programa se quiera implementar en ella.

Los miembros de los Comités no planean las actividades que van a realizar, ya que no han elaborado un diagnóstico de la situación de la comunidad y se limitan a realizar actividades aisladas que vienen programadas por la institución; es decir que los Comités no participan en la programación de las actividades a realizar, solo las ejecutan. Esto se debe a que en el proceso de capacitación a los Comités no se les dan los elementos fundamentales para la elaboración de un diagnóstico de las áreas estudiadas el único Comité que ha elaborado un diagnóstico de su situación, es el Comité Comunal de Salud de Bayunca.

Predomina la confusión que tienen los miembros acerca de cuales son las actividades que deben realizar los Comités Comunales de Salud, la gran mayoría piensa que deben dedicarse a la prestación de primeros auxilios, pero esta no debe ser la función primordial del grupo. Esta situación también se hace manifiesta en la Comunidad e incluso en los mismos integrantes del Equipo de Salud.

De los miembros del Equipo de Salud con quienes los integrantes de los Comités mantienen un contacto mayor y constante es con las promotoras de salud; se debe a que estas son más conscientes de la ayuda potencial de la participación de la Comunidad en el planeamiento y desarrollo de las acciones en salud.

A los integrantes de los Comités Comunales de Salud no se les capacita para que trabajen sin la constante asesoría del trabajador social, lo que se crea es una dependencia del Comité hacia el trabajador social, de tal forma que cuando este no puede asistir, las actividades se paralizan.

Hemos notado que los Comités que mejor funcionan (Bayunca y Retiro Nuevo) se debe a que sus miembros cuentan con un mejor nivel de escolaridad, además como en el caso de Retiro Nuevo han tenido experiencias en otros grupos.

La mayoría de los fondos recolectados por los Comités de Salud son destinados a la adquisición de elementos necesarios para un mejor funcionamiento de la Unidad de Servicios; ellos asumen esta responsabilidad debido a que la institución no aporta estos elementos en forma oportuna y suficiente.

Las limitaciones que interrumpen o dificultan el desarrollo del trabajo de los Comités de Salud se dan por parte de los miembros del grupo y por parte de

la institución. Por parte de la institución debido a la falta de materiales y de fondos (aunque está estipulada cierta cantidad de dinero para el funcionamiento de los Comités). Por parte de los miembros del grupo es la no asistencia a las reuniones, debido a que no se ha creado un mecanismo para el control de este problema y además creen que los fondos recolectados se pueden utilizar para uso personal.

no todos los miembros de los Equipos de Salud están capacitados para trabajar con la comunidad (el único miembro que recibe capacitación para trabajar con la comunidad es la promotora de salud).

Los servicios que presta la Unidad de Atención son los que necesita la comunidad, pero no son prestados en forma idónea por falta de elementos tanto humanos como materiales.

La institución no brinda garantías de funcionalidad a los Comités que organiza y capacita, ya que no les hace un continuo seguimiento y control.

Cuando de la institución van a implementar el componente no tienen en cuenta que cada comunidad presenta características especiales.

Intervino un trabajador social en la motivación y organización de las comunidades, pero su intervención es interrumpida por limitaciones institucionales como el transporte.

Los profesionales entrevistados tocan puntos co
munes como son:

- Consideran que el programa es bueno, pero esto depen
de de la cultura del lugar donde se aplique. Aseguran
que este programa es más funcional en el interior del
pais, ya que va más acorde con las características so
cio-económicas y culturales de esta zona.
- Afirman que la capacitación se hace muy rapidamente y
que por lo tanto los miembros de los Comités no tie -
nen oportunidad de comprender y asimilar lo que se le
quiere transmitir.
- Creen que hace falta una mayor comunicación entre los
miembros de los Comités y la institución.
- Debido al constante cambio de personal los profesional
es que entran no tienen un mayor conocimiento de lo
que es el programa.

CAPITULO VIII

PLAN DE ACCION

La idea de que la comunidad participe como sujeto activo en la solución de sus problemas de salud es buena y funcional; pero en la Regional Cartagena los resultados no han sido los esperados, tanto por fallas en la teoría como por fallas en la implementación del programa.

Por qué falla la teoría ? Sucede que los objetivos se definen a nivel de los fines, los cuales en sentido estricto corresponden a conceptos muy generales, o a la filosofía que orienta o debería orientar las acciones del programa, pero dejan en la oscuridad los niveles concretos en los cuales deberían desarrollarse estos. Otra implicación derivada del encadenamiento de medios y fines consiste en que la conexión entre unos fines y otros no pasa de ser, más que una hipótesis de trabajo. De ahí entonces que si en la realidad tal relación no se da, el resultado obtenido poco tiene que ver con lo esperado, pues las acciones instrumentales se dirigen en un sentido distinto al que exige el cumplimiento del fin deseado.

do.

En lo que se refiere a las fallas en la implementación del programa, se deben a que la institución no sigue los lineamientos teóricos de las etapas por medio de las cuales se desarrolla el Componente Participación de la Comunidad en Salud y tampoco los ajustan a las características sociales, económicas y culturales de las comunidades. Al afirmar lo anterior hacemos referencia a que se ha implementado el Componente y no se han hecho evaluaciones de las actividades realizadas, logros obtenidos hasta el momento y mucho menos han ido llevando un seguimiento.

De las etapas que la institución no ha llevado en forma adecuada podemos señalar las siguientes:

La Promoción. Para promocionar el programa generalmente se llega a la promotora o a un grupo específico en la comunidad, dejando de lado otros grupos existentes que ayudarían a un mejor desarrollo del Componente y a una mayor cobertura dentro de la comunidad.

La Capacitación. En la capacitación no se trata el manejo de instrumentos de diagnóstico ni de evaluación. Se trata lo referente a el proceso de planeación, en una pequeña charla de menos de una hora de duración, de la cual es muy poco lo que retienen o alcanzan a asimilar los miembros de los Comités de Salud. Por todo lo expuesto podemos concluir que en la capacitación no se incluyen

algunos elementos que conlleven a una real y eficaz Participación de la Comunidad en Salud.

De estos supuestos y de los mencionados en las conclusiones partiremos para la elaboración de un plan de acción.

Para un mejor funcionamiento del Componente Participación de la Comunidad en Salud, proponemos el siguiente plan de acción que tiene como objeto reforzar las inconsistencias mencionadas en las conclusiones y las tratadas al principio de este capítulo. Este abarca cuatro puntos prioritarios.

1. Trabajar basándose en un diagnóstico previo de las necesidades prioritarias de la comunidad.

Los miembros de la comunidad elegidos deben emprender un trabajo de autodiagnóstico en relación con el análisis de sus necesidades básicas y la calidad de su organización y participación. El agente institucional debe ofrecer su asistencia técnica, en el diseño de instrumentos para su trabajo. Las características de la acción deben ser de una naturaleza tal que cubra una necesidad sentida por la comunidad o por los miembros más necesitados de ella.

Se debe ayudar a la comunidad a comprender su propia valoración de prioridades, para esto es importante el apoyo del Equipo de Salud. Las decisiones sobre

prioridades deben ser tomadas por la comunidad.

2. Identificación de recursos disponibles. Los recursos disponibles deben ser identificados por la comunidad y deben considerarse los recursos externos necesarios. Cuando se presentan obstáculos se deben discutir inmediatamente con la comunidad, esto con el fin de hacer los correctivos necesarios.

3. Enfoque de Acción Integral. Cualquier esfuerzo orientado a mejorar las condiciones de vida, exige un enfoque de acción, cuyo propósito sea lograr cambios simultáneos en todos los aspectos de las condiciones de vida de estas comunidades y su cooperación en este proceso. Ante la ausencia de cambios estructurales de fondo, y la falta de recursos adecuados para enfrentar el problema en toda su magnitud, los agentes comprometidos en el programa mediante una acción integral deben ofrecer las alternativas de solución más viables. También deben garantizar la máxima cobertura, además de prácticas administrativas y de manejo, originadas en las experiencias locales o que sean fáciles de asimilar por parte de los mismos beneficiarios.

El profesional que maneje el Componente debe procurar crear mecanismos de control del nivel de compromiso de los miembros del Comité Comunal de Salud para con el Componente, de tal forma que no sean dependientes de la institución.

4. Proceso de confrontación de ideas entre los agentes externos y los beneficiarios del programa. Se procurará un proceso que permita una continua confrontación de ideas entre los que viven en estas comunidades y los agentes institucionales encargados de orientarlos, se tendrá muchas más posibilidades de producir un cambio en la calidad de vida, que un proceso que involucre solamente a uno de los grupos.

El proceso de interacción entre los beneficiarios del programa y los agentes institucionales deberá darse como una relación de dialogo y mutuo aprendizaje. Es necesario que conozcan las características socio-económicas y culturales de las comunidades y deberán desarrollarse estrategias que respondan a las necesidades más apremiantes.

GLOSARIO

A

AGRUPACION: Conjunto de personas que se reúnen con un fin común, de carácter político, social, sindical, recreativo, cultural, artístico, etc.

AREA CULTURAL: Sobre la base de la similitud de rasgos y complejos culturales, se suele dividir las áreas geográficas en áreas culturales.

El concepto se utiliza para designar un espacio social, en cuyo interior se encuentran características culturales parecidas o semejantes.

ASAMBLEA: Reunión numerosa de personas, de carácter transitorio y de solidaridad y cohesión poco acusadas, citados para un fin determinado.

B

BIENESTAR: Estado a que llega y experimenta un individuo al satisfacer sus necesidades, de un modo compatible con la dignidad humana.

C

CENTRO DE SALUD: Organismo sanitario con función de promoción y protección de la salud de la población de una determinada zona.

COMITE: Conjunto de personas que llevan la dirección de determinados asuntos de índole política, social, económica, judicial, administrativa, etc.

COMUNIDAD: Se trata de uno de los términos más usados en ciencias sociales, y al mismo tiempo de aplicaciones más diversas; desde la "comunidad religiosa" que vive aislada en un convento, pasando por el barrio, la localidad, el municipio, la provincia, la nación, el continente, hasta llegar a la "comunidad internacional". El concepto se usa para designar esas realidades extremadamente diferentes.

A pesar del sentido analógico con que se usa y la variada gama de contenidos que se le asigna al término, en general la expresión sirve para designar a una sociedad cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento o función común, con conciencia de pertenencia y sentido de solidaridad y significación, situados en una determinada área geográfica.

COMUNIDAD RURAL: Area de asociación de presencia mayor que una vecindad, en la que la mayoría de las gentes utilizan la mayoría de los servicios sociales, econó -

micos, docentes, religiosos, etc, necesarios para su actividad colectiva y en la que existe un acuerdo general sobre las actitudes y los compartamientos básicos.

CULTURA: El conjunto de maneras de ser, actuar, pensar y el estilo de vida de los miembros de una sociedad.

D

DIAGNOSTICO: En general, el término indica el análisis y determinación de una situación sobre la base de informaciones, datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente.

E

EJECUCION DEL PLAN: Expresión utilizada para designar el proceso por el cual se pone en marcha un plan de desarrollo.

ESTRATEGIA: En relación al sistema de planificación, la estrategia ha sido definida como el conjunto de acciones, proyectos y políticas que procuran efectivizar cada etapa del desarrollo, basados en un diagnóstico de la situación y teniendo en cuenta el modelo y el objetivo que se desee alcanzar.

EVALUACION: El término se utiliza para designar la apreciación de los resultados obtenidos en una acción determinada.

H

HOSPITAL: Establecimiento donde reciben asistencia mé - dica, quirúrgica o psiquiátrica las personas de una comunidad, si son de carácter público, o los socios o miembros del mismo, cuando se tratan de entidades pri - vadas.

I

INVESTIGACION EVALUATIVA: Se considera como un proceso o proyecto destinado a medir las consecuencias o efec - tos, deseados o no, de una acción o conjunto de accio - nes emprendidas con el fin de lograr ciertos objeti - vos. Los estudios evaluativos corresponden al tipo de investigaciones explicativas cuyo propósito básico es el de encontrar el porqué de ciertos sucesos o fenó - menos.

M

MOTIVAR: Originar un impulso o estímulo consciente para inducir a una acción u orientar un comportamiento en una dirección específica.

O

OBSERVACIÓN: Observar es mirar detenidamente y reflexio

nar en torno al dato que surge de esa observación.

ORGANIZACION DE LA COMUNIDAD: Proceso por el cual las personas que viven en un área geográfica determinada erigen centros comunes de interés y de actividad y actúan conjuntamente en los principales aspectos de la vida. Constituye el método fundamental para conseguir la integración de grupos de personas, merced a las adaptaciones recíprocas que tienen éstos que realizar con vistas al logro de propósitos comunes. En un sentido técnico y administrativo, como el empleado por los trabajadores sociales, es un método de coordinar instituciones, organismos, grupos e individuos de una zona para realizar ajustes de tipo colectivo a las necesidades y recursos sociales, para crear y conservar instalaciones y servicios y para integrar las actividades con vistas al bienestar común.

ORGANIZACION DE LA COMUNIDAD RURAL: Puede considerarse:

1. Como el proceso de desarrollo de las relaciones entre grupos e individuos en las comunidades rurales que habrán de permitirles actuar para crear y conservar instalaciones y agencias por cuyo medio puedan realizar sus máximos valores en el bienestar común de todos los miembros de la comunidad.
2. Como el estado natural de tales relaciones.

PARTICIPACION POPULAR: Es la participación activa pues no se trata de estar en algo, sino de decidir en algo.

PARTICIPACION SOCIAL: El hecho de que determinados seres conscientes toman parte en la interacción social. El concepto se refiere, de ordinario, a la participación humana consciente, puede referirse a los grupos utilitarios o a los grupos de simpatía y afectivos. En estos últimos existe una identificación más completa de la personalidad con el grupo debida a los sentimientos compartidos de afección y lealtad, responsabilidad mancomunada, sentimiento, tradición y amistad personal.

POLITICA SOCIAL: EN general el término se utiliza para designar la acción que el estado desarrolla o debe desarrollar para resolver problemas sociales, mediante disposiciones que tienden a aliviar o mejorar la situación social, económica y jurídica de los pobres y de grupos en situaciones especiales.

PROYECTO DE EVALUACION: Un proyecto de evaluación debe considerarse como un estudio de cambio; el programa que se vá a evaluar constituye el estímulo o "causal" o variable independiente, mientras que el cambio deseado es similar al "efecto" o variable dependiente.

R

RECURSOS DE LA COMUNIDAD: Conjunto de elementos humanos, materiales e institucionales, de que se dispone y a los que puede recurrir una comunidad, para atender sus necesidades y resolver sus problemas.

S

SOCIEDAD: En su sentido más amplio, designa el conjunto de individuos entre los cuales existen relaciones organizadas, tambien se hace referencia al conjunto de individuos, organizaciones, instituciones, actitudes y formas de ser, que tienen características en común.

T

TRADICION: Comunicación o transmisión de creencias, ritos, doctrinas, costumbres, hechos, noticias, a través de las generaciones.

BIBLIOGRAFIA

- ANDER-EGG, Ezequiel Metodología y práctica del desarrollo de la Comunidad. Mexico. Editorial "El Ateneo". 1.982.
- ANDER-EGG, Ezequiel Diccionario de Trabajo social. Cuaderno de Trabajo social. Buenos Aires. Editorial EORO. 1.974.
- AROCHA, Jaime La no evaluación como Antropología de acción. Ponencia.
- BRIONES, Guillermo Metodología de la Investigación Evaluativa.
- CALVO NUÑES, Aroldo Nuevo enfoque de la salud en Colombia, un reto y una progresiva realidad. Bogotá. Canal Ramires Antares. 1979.
- LUEÑAS P, Abel
- PORRAS N, José A.

MINISTERIO DE SALUD. DI-
RECCION DE PARTICIPACION
DE LA COMUNIDAD EN SALUD

Participar. Folleto No 1. Bo-
gotá. 1.979.

MINISTERIO DE SALUD. DI-
RECCION GENERAL DE PAR -
TICIPACION DE LA COMUNI-
DAD.

Componente Participación de
la Comunidad en Salud, nive -
les de atención. Documento P.
C.S.3. Bogotá. 1.977.

MINISTERIO DE SALUD. DI-
RECCION GENERAL DE PAR -
TICIPACION DE LA COMUNI-
DAD.

Manual operativo para el de -
sarrollo del Componente de
Participación de la Comuni -
dad. Documento P.C.S.4 1.978.

MINISTERIO DE SALUD. DI-
RECCION GENERAL DE PAR -
TICIPACION DE LA COMUNI-
DAD.

Apuntes sobre Participación
de la Comunidad en Salud. Bo-
gotá. 1.979.

MINISTERIO DE SALUD. DI-
RECCION GENERAL DE PAR -
TICIPACION DE LA COMUNI-
DAD.

Manual para el desarrollo del
Componente de Participación
de la Comunidad. Documento P.
C.S.4. Bogotá. 1.981.

MINISTERIO DE SALUD. DIRECCION GENERAL DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.

Plan nacional de Participación de la Comunidad en Atención Primaria en salud. Bogotá. 1.983.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.

Salud para todos en el año 2.000. Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Documento oficial no 179. 1.982.

PRATI FAIRCHILD, Henry.

Diccionario de Sociología. México. Editorial Fondo de Cultura Económica. 1.974.

SIERRA BRAVO, Restituto.

Técnicas de Investigación Social. Teorías y ejercicios. Madrid. Editorial Paraninfo. 1.983.

TAMAYO Y TAMAYO, Mario.

Metodología formal de la Investigación Científica. Bogotá. Editorial Carrera y Aitua. 1.983.

ANEXOS

**RESUMEN DE COSTOS DE FUNCIONAMIENTO E INVERSION POR LOS SERVICIOS SECCIONALES
DE SALUD Y LA DIRECCION DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD PARA EL DESARROLLO DEL
PLAN NACIONAL DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN ATENCION PRIMARIA**

1981 - 1986

AÑO	Nº. UPAS META ANUAL	Servicios Seccionales de Salud		Dirección de Participación de la Comunidad - Apoyo al desarrollo del Plan (\$ Miles)	TOTAL (\$ Miles)
		Inversión Capacitación y Educación (\$ Miles)	Funcionamiento Capital Inicial Fondo Comunal de Salud (\$ Miles)		
1981	23	1'679		1'398	3'077
1982	163	14'335	31'200	15'923	61'458
1983	264	24'206	39'600	18'259	82'065
1985	264	31'334	39'600	19'259	89'193
1985	264	38'462	39'600	18'259	96'321
1986	68	31'168	9'900	4'565	45'633
81 - 86	1.046	141'184	159'900	76'663	377'747

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD

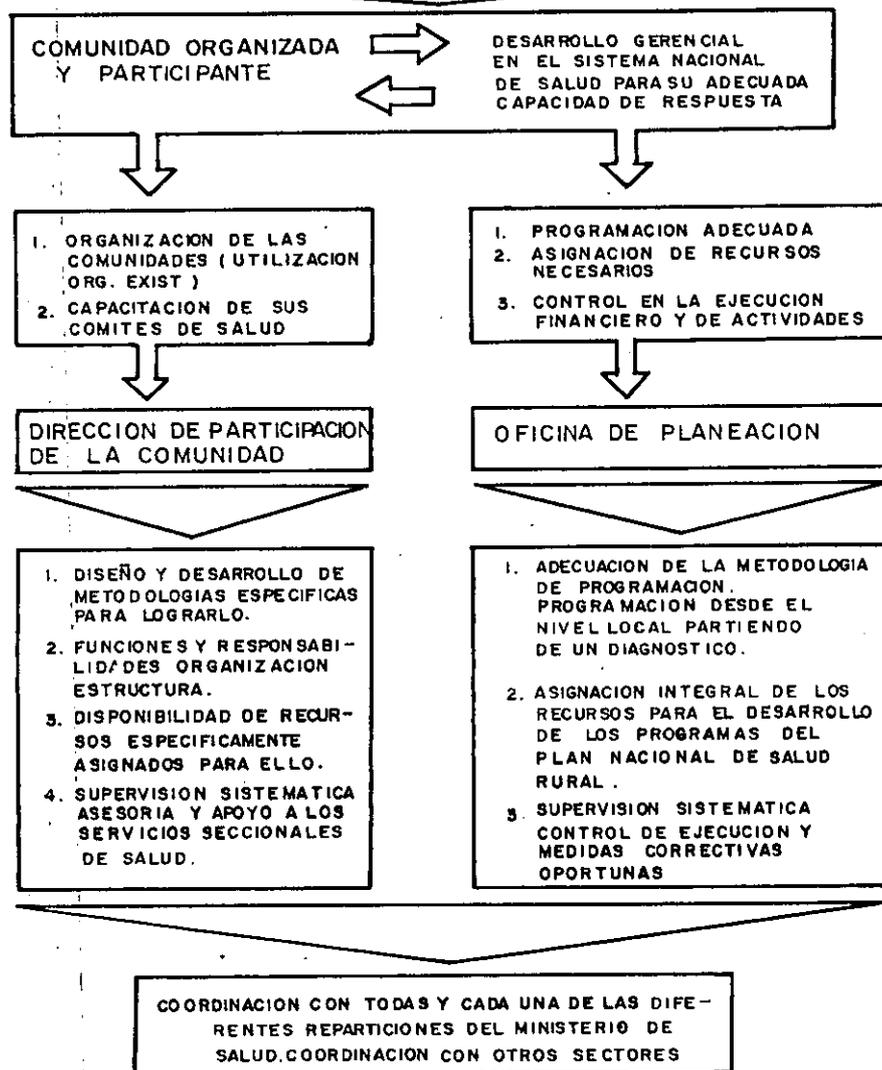
156

ETAPA I

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN AREAS RURALES Y ZONAS MARGINALES URBANAS E INDIGENAS

1. DEFINIR EL TIPO DE PARTICIPACION QUE SE ESPERA POR PARTE DE LA COMUNIDAD LAS DIFERENTES FASES DEL PROCESO:
 - 1.1 EN EL DIAGNOSTICO
 - 1.2 EN LA PROGRAMACION
 - 1.3 EN LA EJECUCION
 - 1.4 EN EL CONTROL
 - 1.5 EN LA EVALUACION
- PARTICIPACION ESPECIFICA REQUERIDA POR CADA UNO DE LOS PROGRAMAS A DESARROLLARSE

2. DEFINIR ATRIBUCIONES Y RESPONSABILIDADES TANTO POR PARTE DE LA COMUNIDAD COMO POR PARTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LAS DIFERENTES FASES DEL PROCESO



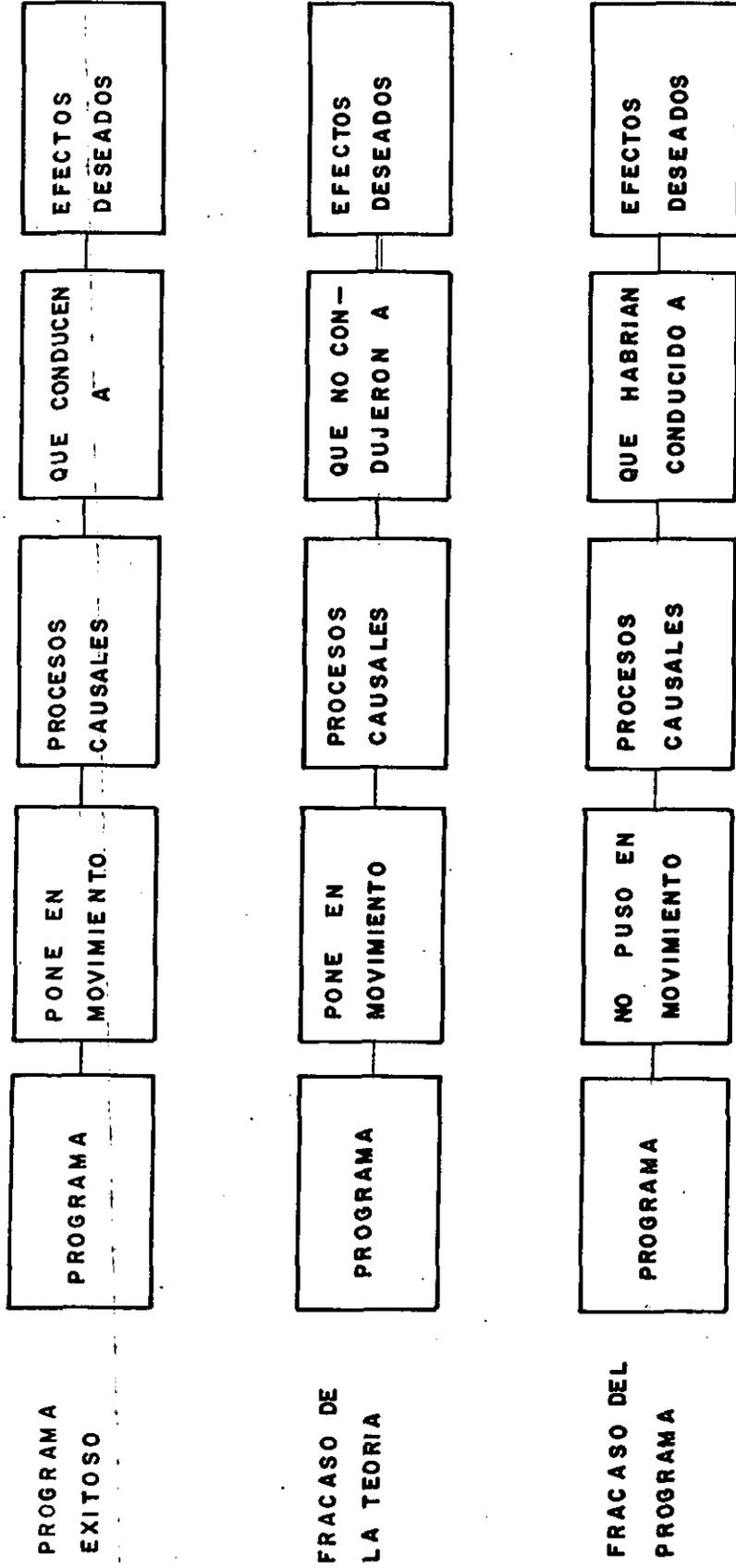
ETAPA II

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LA PLANEACION INTEGRAL DE LA SALUD.

A TRAVES DE LA REPRESENTACION DE SUS LIDERES EN LAS JUNTAS DE LOS SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD, DE LAS UNIDADES REGIONALES Y DE LAS UNIDADES LOCALES.

1. DEFINICION DE ATRIBUCIONES Y RESPONSABILIDADES
2. DISEÑO Y DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA ADECUADA PARA LOGRARLO.

ESQUEMA EVALUATIVO



EVALUACION DEL COMPONENTE PARTICIPACION
DE LA COMUNIDAD EN SALUD.
FORMULARIO PARA LA COMUNIDAD.

- 1. Nombre _____
- 2. Ubicación dentro de la familia _____
- 3. Comunidad _____
- 4. Conoce Usted de la existencia de un Comité de Salud en su comunidad.
Si _____ No _____
- 5. En caso afirmativo que actividades han realizado que Usted tenga conocimiento.

- 6. Cuales considera Usted que deberian ser las funciones de un Comité de Salud.

- 7. Considera Usted importante la Participación de la Comunidad en las actividades de salud.
Si _____ No _____
Por qué _____

- 8. Los miembros del Comité de Salud mantienen una constante comunicación con el resto de la comunidad.
Si _____ No _____

9. Cómo catalogaría los servicios que son prestados en el Puesto de Salud.

Buenos _____ Regulares _____ Déficientes _____
Malos _____

10. Considera Usted que los servicios prestados por el Puesto de Salud, Centro de Salud y el Hospital responden a las necesidades reales de la comunidad.

Si _____ No _____

Por qué _____

11. Que sugerencias haría para mejorar el funcionamiento del Comité de Salud, Equipo de Salud y de la Unidad de Servicios.



BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
Fernández de Madrid
Universidad de Zaragoza

EVALUACION DEL COMPONENTE PARTICIPACION
DE LA COMUNIDAD EN SALUD.
FORMULARIO PARA MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD.

- 1. nombre _____
- 2. Sexo M _____ F _____
- 3. función _____
- 4. Comunidad _____
- 5. fecha desde la cual ha desarrollado el trabajo.
Desde (mes) _____ (año) _____
- 6. que entiende Usted por Participación de la Comunidad en Salud.

- 7. Ha sido Usted capacitado para trabajar conjuntamente con la comunidad.
Si _____ NO _____
- 8. en caso afirmativo diga en que consistió la capacitación.

- 9. identifique cuales han sido los objetivos del Comité Comunal de Salud.

10. Enuncie las actividades más importantes que han realizado.

11. Considera Usted importante la Participación de la Comunidad en el planeamiento y desarrollo de las actividades en salud.

Si _____ No _____

12. Las actividades de salud que se desarrollan dentro de la comunidad responden al diagnóstico de las necesidades reales de ésta.

Si _____ No _____

Por qué _____

13. Se dá una organización de las actividades que deben cumplir, el personal de salud y la comunidad para garantizar una participación consciente.

Si _____ No _____

14. En caso afirmativo en que forma se dá dicha organización.

15. Son satisfactorias las relaciones del Equipo de Salud con el Comité de Salud.

Si _____ No _____

Por qué _____

16. Ha participado Usted en la programación, ejecución y evaluación de las actividades realizadas por el grupo.

Si _____ No _____

17. Considera Usted que se dá una capacitación encaminada hacia la efectiva Participación de la Comunidad.

Si _____ No _____

Por qué _____

18. En este grupo intervino o está interviniendo un trabajador social.

Si _____ No _____

19. Si intervino cual fué su principal actividad.

20. Cómo considera que fué la participación del trabajador social dentro del grupo.

Buena _____ Regular _____ Deficiente _____

Mala _____

Por qué _____

21. Después de la intervención del trabajador social se presentaron cambios.

Si _____ No _____

EVALUACION DEL COMPONENTE PARTICIPACION

DE LA COMUNIDAD EN SALUD.

FORMULARIO PARA MIEMBROS DEL COMITE DE SALUD.

- 1. Nombre _____
- 2. Sexo M _____ F _____
- 3. Comunidad _____
- 4. Fecha desde la cual se está desarrollando el trabajo.
Desde _____
- 5. Funciona actualmente el grupo.
Si _____ No _____
- 6. En caso negativo diga por qué se suspendieron las actividades.

- 7. Fué Usted capacitado para formar parte del Comité.
Si _____ No _____
- 8. Si lo fue cree Usted que esta capacitación le ha sido útil.
Si _____ No _____
Por qué _____

- 9. Ha sido sometido a reestructuración el grupo.
Si _____ No _____

10. En caso afirmativo diga cuantas veces y por qué.

11. Como miembro del Comité ha participado Usted en la programación de las actividades de salud.

Si _____ No _____

12. En caso afirmativo diga como ha sido su participación.

13. En la realización de actividades ha trabajado el grupo conjuntamente con el Equipo de Salud.

Si _____ No _____

Como _____

14. Cree Usted que los resultados del trabajo fueron:

Positivos _____ Negativos _____

15. Cómo califica Usted los resultados de haber participado en este grupo.

Buenos _____ Aceptables _____ Regulares _____

Deficientes _____

Por qué _____

16. El haber participado Usted en este grupo le ha dejado experiencias.

Buenas _____ Malas _____

Por qué _____

17. Ha realizado el grupo evaluaciones a las actividades ejecutadas.

Si _____ No _____

18. Si su respuesta anterior es afirmativa diga cuantas veces.

19. Cuales fueron las limitaciones que interrumpieron o dificultaron el desarrollo de las actividades del grupo.

- Por parte de la comunidad _____

- Por parte de la institución _____

- Por parte de los miembros del grupo _____

20. De acuerdo con la respuesta anterior por qué considera que fueron limitaciones.

CUESTIONARIO PARA LOS PROFESIONALES

1. Se dá una preparaci3n de condiciones que puedan ga -
rantizar el compromiso de la comunidad y de los fun-
cionarios en los distintos niveles del Sistema Nacio
nal de Salud, especialmente en el 1rea objeto de es-
tudio.

Si _____ NO _____

Por qu3 _____

2. Considera Usted que la capacitaci3n responde a las
expectativas del grupo y s3 ayuda a que la comunidad
participe de una manera consciente y activa.

Si _____ NO _____

Por qu3 _____

3. Cuales han sido los mayores obstaculos que ha encon-
trao durante la implementaci3n del Componente.

4. Considera Usted que la formulaci3n te3rica del compo
nente v1 acorde con las necesidades y las caracter3s
ticas socio-econ3micas y culturales de las comunica-
oes.

Si _____ NO _____

Por qu3 _____
