

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

**“Percepción de autoridades sanitarias locales, comunidad y personal de salud
sobre la ejecución de estrategias para promover participación social en salud
en el cantón Quero en el período junio a diciembre 2015”**

María Delia Luna Hernández

**William Waters, Ph. D.
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Magister en Salud Pública

Quito, 19 de diciembre de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**“Percepción de autoridades sanitarias locales, comunidad y personal de salud
sobre la ejecución de estrategias para promover participación social en salud
en el cantón Quero en el período junio a diciembre 2015”**

María Delia Luna Hernández

Firmas

William Waters

Ph.D.

Director del Trabajo de Titulación

Fadya Orozco

MD. Ph.D.

Director del Programa de Salud Pública

Jaime Ocampo

MD. Ph.D.

Decano de la Escuela de Salud Pública

Hugo Burgos

Ph.D.

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, 19 de diciembre 2016

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre: María Delia Luna Hernández

Código de estudiante: 00121602

C. I.: 1721349551

Lugar, Fecha Quito, 19 de diciembre de 2016

DEDICATORIA

A mi querida familia

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la comunidad del cantón Quero, autoridades y al personal del Centro de Salud Tipo C de Quero. De manera especial a quienes me brindaron su valiosa colaboración para la realización del presente estudio.

A mis amigos: Vivi, Nancy, Patricio, Elizabeth, Jenny, Pablo y Andrés por el apoyo incondicional durante mi formación y en la realización del presente trabajo.

A mi docentes por el acompañamiento durante mi formación académica.

Un agradecimiento especial a María José Boada y David Barzallo por su respaldo para iniciar este proceso de formación.

RESUMEN

La participación social en salud es considerada como un aspecto central dentro de la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada que ha asumido el país para guiar las intervenciones en salud. Es así que el marco jurídico y la legislación ecuatoriana destacan ampliamente el rol de la participación social en todos los procesos que se llevan a cabo en la política pública, la prestación de servicios, el control y la veeduría.

La presente investigación aborda la percepción sobre la ejecución de estrategias para promover participación social en salud en el cantón Quero en tres actores sociales: autoridades sanitarias locales, miembros de la comunidad y personal de salud. Para tal efecto se realizaron diez grupos focales y nueve entrevistas semi estructuradas.

Los resultados evidencian que para miembros de la comunidad, la participación en salud se relaciona principalmente con la utilización de servicios. Los tres actores sociales investigados persiguen objetivos diferentes en la ejecución de estrategias para promover la participación en territorio; existe preocupación e autoridades sanitarias y personal de salud sobre el utilidad política partidista percibida por los miembros de la comunidad que afecta la consolidación de espacios de participación en salud.

Para aterrizar de mejor manera los lineamientos para promover la participación social en salud el estudio establece la necesidad de considerar aspectos del contexto en el cual se interviene, atacar la unidireccionalidad en el diseño de estrategias de intervención comunitaria y fortalecer los espacios de retroalimentación que recojan las experiencias desde el territorio

Palabras clave: Participación social, percepción, capital social, intervenciones comunitarias en salud.

ABSTRACT

Social participation into the health system is considered the main aspect in the Renovated Primary Health Attention strategy that the country has implemented to lead the interventions in the health care system. For this reason, the judicial framework and the Ecuadorian legislation widely emphasize the role of the social participation in all the processes that take places in the public policy, provision of a service, control, and citizen oversight.

This research is about the perception in the implementation of strategies to promote social participation into the health care system in Quero town with three social actors like local sanitary authorities, members of the Quero community, and health system staff. For this research ten focal groups and nine semi-structured interviews were made and applied.

The results shows that for the community members' social participation is related with the use of health services. The three social actors being analyzed in this work have different objectives to implement strategies to promote social participation. Sanitary authorities and workers from the health system are worried about political interference into the health care policies that community members can notice. This interference does not let have solid spaces to promote social participation into the health care system.

In order to improve social participation into the health care system this work propose to take into consideration aspects from the studied social context, improve the form in which authorities design strategies that work with the community, and reinforce the spaces where community members can give feedback about their experiences.

Key words: social participation, perception, social capital, community intervention in health.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	6
Abstract.....	7
ANTECEDENTES.....	9
REVISION DE LA LITERATURA	10
MARCO TEÓRICO.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
JUSTIFICACIÓN.....	21
HIPÓTESIS	22
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
OBJETIVO GENERAL	23
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
METODOLOGÍA Y DISEÑO DEL ESTUDIO	24
RESULTADOS.....	33
DISCUSIÓN.....	64
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

ANTECEDENTES

Desde 1978 con la Declaración de Alma Ata, se ha reconocido la participación comunitaria como un derecho, además de constituir uno de los pilares fundamentales de la APS, orientada al logro de equidad y empoderamiento; posteriormente, la Atención Primaria de Salud-renovada (APS-R) reconoce dentro de sus principios, que son la base para las políticas de salud: la legislación, los criterios de evaluación la generación y asignación de recursos y la operación del sistema de salud, la participación, la misma que convierte a los individuos en socios activos, no solo como receptores de los servicios de salud.

En Ecuador, se ha contado con varias experiencias de participación social en salud como: las movilizaciones de organizaciones sociales en los noventas, que impidieron la implementación de la reforma neoliberal de la seguridad social; los comités de usuarias soportados por la Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia, los consejos cantonales de salud y como una instancia de participación los “Congresos por la salud y la Vida” (COSAVI).

En la actualidad, con las modificaciones a través del Código Monetario y la eliminación de la unidad ejecutora de la ley de maternidad gratuita en 2014, los comités de usuarias quedaron sin funciones; y el CONASA (Consejo Nacional de Salud), el ente que promovía los Congresos por la Salud y la Vida, se encuentra debilitado en su organización y funciones (Arteaga, 2015).

En el Ecuador, a partir de la constitución de 2008, se ha generado un marco normativo que promueve la participación en salud desde una perspectiva institucionalizada, dando paso al Ministerio de Salud como ente rector del sector salud, lo cual incluye los

espacios de participación, la misma que para la institución “consiste en promover la acción de los actores sociales en la toma de decisiones y la gestión pública de la salud para incidir en los determinantes sociales de la salud con igualdad y equidad incorporando la corresponsabilidad del poder ciudadano en el logro del Buen Vivir en salud” (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2013).

El Ministerio de Salud Pública, ha construido varios lineamientos de participación social en salud como: “facilitar el acceso a los espacios de deliberación y consulta (incluyendo financiamiento) tomando en cuenta la diversidad cultural y social en condiciones de igualdad y respeto; asegurar que la política pública nacional de salud se construya de manera participativa y desde un enfoque de derechos; asegurar que las iniciativas de control social (rendición de cuentas , transparencia de información, veedurías ciudadanas, vigilancia) se hagan efectivas en los diferentes niveles de gestión de salud; generar procesos de capacitación en el derecho a la participación para el personal médico y administrativo del MSP” (2013 p. 5.)

REVISION DE LA LITERATURA

En lo que al concepto de participación social respecta, Delgado-Gallegos, (2009) mencionan que “hasta y durante los años de la década de 1980, la participación recibió diferentes denominaciones tales como: “participación comunitaria”, “participación local” y “participación popular”. Desde principios de los años de la década de 1990 se plantea el desarrollo de un nuevo concepto, el de “participación social”, como expresión genuina y amplia de la participación.” (p.10)

Al hablar de participación social, se pueden distinguir algunas tendencias relacionadas con el momento histórico que atraviesa la población, ligada a condiciones y modelos económicos, sociales y políticos dados. Por tanto la posibilidad de participación de los ciudadanos también es valorada de distintas formas en dependencia de los intereses de dichas estructuras políticas dominantes en un momento determinado.

En la estrategia de Atención Primaria de Salud, se establece la participación social como uno de los aspectos fundamentales de la promoción de salud, vía por la cual se trata de garantizar a la población el control sobre su salud y el mejoramiento de las condiciones de vida. Por tanto, al reconocer la salud como un producto social, se posiciona a la participación social como un elemento fundamental para el cuidado de la salud y la solución de problemas de salud.

La participación social en salud ha suscitado el interés desde varios enfoques, es así que, Carrillo (2014) recoge los resultados de una revisión de artículos realizada por Menéndez (2009) en el cual identifica tres abordajes: la participación como ideal que resalta la capacidad del individuo de influenciar o intervenir en las decisiones políticas de tal forma que se constituye en un derecho que fomenta el capital social; el abordaje político considerando la participación como medio de democratización del estado y una herramienta gerencial; y la visión instrumental relacionada con la medicina comunitaria de Estados Unidos que la considera una herramienta que la población comparta con el estado la responsabilidad por la atención en salud.

Delgado y Gallego (2005) al estudiar los sentidos y significados de la participación social en salud en tres actores encontraron que para los usuarios, la participación social

tiene que ver con aportar ideas, estar en espacios sociales, solidaridad, utilización de servicios de salud. Por parte del personal de salud, ligaban a la participación con actividades de las instituciones con la comunidad, al uso de servicios, vinculación al sistema de salud y, en el caso de formuladores de políticas estaba relacionada con la evaluación y control de servicios.

Restrepo (2009) afirma que a pesar de que se consideraba a la participación como un espacio y oportunidad de empoderamiento, muchos asumieron la comunidad y su organización y participación como un recurso, medio o herramienta para lograr objetivos institucionales, lo cual conllevó a que en la práctica, la participación se instrumentalizara e institucionalizara, lo cual limitó el ejercicio del derecho de la gente a decidir y participar libremente en sus procesos de desarrollo incluyendo la salud. Además señala que una de las limitaciones para conseguir el empoderamiento es la falta de coherencia entre teoría y práctica, la rigidez de los espacios que propone el Estado, la falta de herramientas operativas y la falta de apropiación de recursos institucionales para desarrollar la política de participación propuesta.

Cobra mucha fuerza la idea de la participación como condición para ejercer la libertad, democracia, control social acción pública para garantizar la efectividad y la satisfacción en los servicios lo cual conduce a la equidad. Tiene que ver con pasar de considerar a la comunidad como sujeto y no como objeto. Carrillo (2014) destaca que la participación es un derecho y capacidad de la población a formar parte de manera efectiva y responsable en las decisiones del cuidado a la salud. En su estudio identificó una serie de barreras a la participación en tres actores: en el individuo (usuarios) los conocimientos, actitudes, grados de organización y cohesión; en el personal de salud la interacción de

actores en desigualdad de poder y en los formuladores de política el temor del personal a responder a las críticas de la comunidad, limitada capacitación e información y ausencia de voluntad para abrir espacios participativos.

Hellman (2007) en Carrillo (2014) menciona que la participación social aún parte del paradigma y desde las jerarquías de las instituciones, sin tener en cuenta las dinámicas culturales de la comunidad. La comunidad y los miembros de las instituciones viven y provienen de grupos permeados por diferentes dinámicas culturales como el lenguaje, la educación, la socialización primaria en la familia, el etnocentrismo, las relaciones de poder y de género lo cual imprime ciertas particularidades. Las dinámicas culturales son menos reconocidas a nivel de la literatura y de la investigación en salud pública y se desestima las repercusiones en el acercamiento institucional la comunidad. En este sentido, Gallego – Delgado (2009) reconocen el método de Bichman que propone cinco elementos que ejercen influencia sobre la participación social: evaluación de las necesidades de participación, movilización de recursos, liderazgo, organización y gestión para detectar debilidades y hacer correcciones.

MARCO TEÓRICO

Para la presente investigación se consideran tres abordajes teóricos como son el modelo de determinantes de salud, el capital social y el concepto de percepción que se combinan entre sí para analizar el fenómeno estudiado.

Modelo de Determinantes de Salud

El modelo de determinantes de salud acogido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que existe un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones (OMS, 1998), los cuales influyen y modelan la salud de los individuos y comunidades.

Se establece que las condiciones en que las personas viven y trabajan afectan la salud de una población, apunta tanto a rasgos específicos del contexto social como a los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos a la salud. Es importante destacar que según este modelo cada factor es importante por sí mismo. Se reconoce que están relacionados entre sí y que la combinación de estos factores determinan la salud. Actúan a múltiples niveles: individual, familiar, local, comunitarios y social; son causales (de alguna forma) o protectores y es posible que actúen en los dos sentidos.

Según el modelo de determinantes sociales, se reconocen varias dimensiones, incluyendo a la cultura y etnia, los mismos, que son producto de la historia personal y de factores sociales, políticos, geográficos y económicos. Son importantes para determinar:

- El modo en que la gente interactúa con el sistema de salud.
- Su participación en programas de prevención y promoción.
- El acceso a la información de salud.
- Las elecciones de estilos de vida saludables.
- La comprensión del proceso salud-enfermedad.

Los valores culturales dominantes determinan el medio social y económico de las comunidades. Por lo tanto, algunos grupos enfrentan mayores riesgos de salud debido a: marginación, pérdida/devaluación de la cultura y el lenguaje y falta de acceso a servicios de salud culturalmente apropiados (Moiso, 2007).

La participación social tiene como objetivo el establecimiento de formas de relación social basadas en la necesidad de incluir a todos los actores sociales relacionados en espacios de convergencia habilitados para procesos que conduzcan al desarrollo y resolución de conflictos: los sujetos se convierten en actores sociales (Proenza, 2010).

Capital Social

El concepto de capital social ha evolucionado; en un inicio se creó como una categoría de análisis para comprender las diferencias entre el progreso y atraso de las sociedades. Las raíces y su respectiva evolución conceptual se sitúan a finales de la década de los ochenta del siglo XX; se presenta un debate entre visiones del pensamiento económico y sociológico. Coleman (1988), expone el capital social como parte de una estrategia teórica general que concilia visiones antagónicas a fin de contribuir a explicar los principios fundamentales de la acción social; por un lado, la vertiente sociológica que plantea las características del contexto como aspectos que moldean y direccionan la acción de los individuos; por otra la visión económica que plantea que los individuos toman decisiones de manera independiente , orientados por su propio interés para maximizar sus utilidades.

Coleman (1988) afirma que el capital social es una herramienta integradora que, bajo el principio de la acción racional y en un contexto social particular permite comprender a más del comportamiento individual, el desarrollo de la organización social. Existen dimensiones que permiten analizar las acciones en la medida en que promueven o limitan las mismas, dichas dimensiones son las siguientes: confianza, obligaciones, expectativas, canales de información y normas y sanciones. Coleman, en relación a las implicaciones funcionales y los efectos concretos del capital social, menciona que permite a los individuos ciertos fines que en su ausencia serían imposibles de alcanzar.

Continuando con la redefinición del concepto, se destacan autores como: Fukuyama quien planteaba que el capital social era producto de una serie de normas y valores que incentivan a un comportamiento orientado a la cooperación social y Putnam quien centra su análisis en los dilemas de la acción colectiva y el incentivo a la cooperación en pro del bien común. Por otra parte, el capital social para Putnam es un atributo interno de las comunidades y no únicamente una cualidad y capacidad individual para motivar la cooperación entre personas. (García, 2013)

Putnam (1993), define el capital social como los “aspectos de la organización social tales como la confianza, normas y redes, que pueden mejorar la eficiencia de una sociedad al facilitar la acción coordinada”. Destaca la confianza como la exigencia de reciprocidad entre personas y la expectativa de no ser defraudado.

El concepto aplicado en el campo de la salud, reúne planteamientos de varios autores como Coleman y Putnam que son tomados por Kawachi , quien define al capital social como los rasgos de la estructura social (niveles de confianza interpersonal, normas de

reciprocidad y ayuda mutua) que actúan como recursos individuales y facilitan la acción colectiva (García, 2013).

La relación entre capital social y salud se plantea de la siguiente manera: si una sociedad se caracteriza por estar fuertemente cohesionada y los grados de integración y cooperación son producto de los lazos de confianza y conformación de redes sociales articuladas, entonces es muy probable que el estado de salud de sus asociados sea alto.

En este sentido, se supera el enfoque de la epidemiología tradicional pues no solo tienen peso los factores ligados al ambiente social tales como: la comunidad, la familia, el perfil ocupacional y las desigualdades económicas, sino también el tipo de relaciones sociales y la forma como una comunidad de personas esté organizada en pro de objetivos comunes.

Kawachi , (2000) y otros autores tienen una definición clara y concreta de capital social en el ámbito específico de la salud pública; la que se considera como un aporte para canalizar esfuerzos en la promoción de salud porque, según los autores, permitiría:

- comportamientos saludables asociados, los cuales permiten mayor difusión de la información respecto a promoción de salud
- acceso a los servicios pues si en una comunidad existe capital social habrá mayor posibilidad de obtener beneficios sociales en el ámbito de la salud
- mejorar procesos psicosociales debido a que la cohesión social fortalece los lazos afectivos, eleva el autoestima y contribuye a la salud mental de las comunidades.

Un aspecto fundamental que advierten los autores es que el análisis del capital social no se lo puede realizar de forma aislada de la estructura política e institucional, y menos aun ignorando aspectos culturales de cada sociedad.

A la par de las bondades del capital social es necesario exponer los argumentos críticos opuestos a dicha relación positiva entre capital social y salud, Kawachi y otros autores sostienen que se corre el riesgo de culpabilizar a las comunidades de sus propias dificultades en salud. El argumento es que si se considera que el capital social es la vía más barata para intervenir en los problemas de pobreza y desigualdades en salud, eso justificaría la poca intervención del Estado, la falta de claridad de las políticas e intervenciones para construir capital social (Kawachi I, Subramanian S, Kim, 2008 en García, 2013, Pg. 194).

Según García (2013), el capital social un medio para lograr el cambio social y a su vez el cambio social debe potenciar el desarrollo del capital social; es así que se considera un concepto dinámico; para su análisis se recomienda considerar la estructura política e institucional y los aspectos culturales de cada sociedad en su análisis. En el campo de la salud pública se ha incorporado éste concepto para destacar la importancia de la cohesión social, el grado de organización, los vínculos comunitarios en el estado de salud de una población. Influye en los mecanismos de comunicación social, los comportamientos saludables, acceso a materiales, redes sociales, normas asociadas de reciprocidad, factores importantes para mejorar las oportunidades de acceso a salud, especialmente en personas marginadas.

La participación social es uno de los aspectos que evidencian el capital social de una comunidad pues integra aspectos relacionados con la dinámica comunitaria y el entorno político e institucional.

Percepción

De todos los aspectos relacionados con la participación social en salud existe una dimensión subjetiva lo cual requiere un análisis de factores psicosociales, como es el caso de la percepción pues es un proceso cognitivo mediador entre los pensamientos, las intenciones, actitudes y acciones.

Según la teoría de la Gestalt, la percepción determina la entrada de información, la formación de abstracciones, con lo cual el individuo forma juicios, categorías, conceptos (Oviedo, 2004, p. 89). Lo mencionado implica considerar la percepción no como un reflejo o representación neutral, sino instaurada en entornos socioculturales cambiantes, los cuales son contruidos y reconstruidos por el grupo social, en este caso los pacientes que asisten a los servicios de atención clínica y hospitalaria en salud y se realizan tratamientos en diferentes servicios. Esto incluye que deban participar en los procesos de consentimiento informado incluidos y en las dinámicas de prestación de servicios de salud en general (Escobar 2015, p.17).

Se entiende entonces, por percepción al proceso mediante el cual un individuo selecciona, evalúa y organiza estímulos del ambiente exterior, es la forma en que las personas experimentan el mundo por lo que, en gran medida, influye en gran medida en la forma en la que nos comportamos. La totalidad de la percepción, actitudes, valores e identidades se traduce en un sistema de creencias que se configura en función de la

historia y contexto, una vez que el sistema de creencias está formado, cambia muy lentamente, especialmente cuando nos enfrentamos con una situación que nos obligue a reevaluar dicho sistema, lo cual sucede generalmente cuando interactuamos con personas que tienen actitudes, creencias o sistema de creencias diferentes a los nuestros (Weaver, 1998) .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La participación social en salud es considerada un aspecto central dentro de la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada que ha asumido el país para guiar las intervenciones en salud, como la acción de actores sociales que intervengan en la identificación de problemas y necesidades así como en la formulación, ejecución y evaluación de las propuestas a ejecutarse en el territorio y no meramente en la recepción pasiva de acciones como ocurre al momento.

Existe desvinculación entre instancias institucionales y la comunidad, esto sumado a la ausencia de incentivos para mantener la participación y la precaria formación en cultura democrática que tienen las comunidades de base, la población en general y los profesionales en salud, produce la resistencia al cambio de los actores involucrados.

La participación social en salud requiere una apropiada preparación de los profesionales que la desarrollan, siendo uno de los primeros pasos develar las percepciones, superar afirmaciones y actitudes como aquellas que consideran que el trabajo comunitario requiere que se modifiquen solo aquellas de la comunidad cuando la principal resistencia al reconocimiento de las dinámicas culturales está en el personal de salud, ya que “a menudo

aquellos cuyas actitudes y enfoque tradicional son más difíciles de modificar no son los miembros de la comunidad sino los profesionales (Carrillo, 2014).

Las dinámicas culturales marcadas por conocimientos previos, necesidades del territorio, la actitud hacia la comunidad, la organización comunitaria que están presentes en la relación entre las comunidades, las diversas necesidades de los actores involucrados y las instituciones donde existen jerarquías y los profesionales encargados de implementar las estrategias de participación social desconocen muchas veces el lugar donde ejercen sus funciones el cual es parte de un sistema mayor de creencias, comportamientos y actitudes.

JUSTIFICACIÓN

A pesar de que el marco jurídico y la legislación ecuatoriana destaca ampliamente el rol de la participación social en todos los procesos que se llevan a cabo en la política pública, la prestación de servicios, el control y veeduría; al punto de convertirse en un quinto poder del estado ecuatoriano, aún no se han cristalizado procesos participativos.

De lo antes expuesto surge el interés por conocer cómo se llevan a cabo dichos procesos en el cantón Quero, uno de los 303 cantones priorizados por la SENPLADES para recibir financiamiento en planes y programas de tipo social, en salud. El cantón cuenta con un centro de Salud Tipo C el cual es el centro de referencia para los cantones de Mocha, Cevallos y Tisaleo. Actualmente cuenta con ocho Equipos de Atención Integral en Salud conformados y trabajando en las comunidades del cantón y tres equipos incompletos (médico y TAPS). Existe un equipo de cinco personas para trabajar la Unidad Distrital de

Promoción de la Salud e Igualdad de promoción de salud e implementar todas las estrategias de participación social a través de la coordinación con el personal de salud.

Es importante conocer aquellos elementos intersubjetivos que subyacen a los pensamientos, intenciones y acciones de los miembros de la comunidad, autoridades y del personal de salud que se enfrenta a un contexto muchas veces desconocido al momento de implementar estrategias que involucran la participación de la población.

El actual modelo de Atención Integral en Salud, ha adoptado la Atención Primaria en Salud Renovada como estrategia para garantizar la salud en la población, lo cual demanda de esfuerzos para involucrar activamente a la gente en el cuidado de su salud y los diferentes planes programas y proyectos del Ministerio de Salud para velar por el bienestar de la población en general.

Además, los planificadores de programas encuentran que la participación de personas del lugar en la recolección datos cualitativos y el análisis de los problemas locales hace que los programas sean más adecuados e intensifica el sentimiento de propiedad de la comunidad. En éste sentido, la utilización de una metodología cualitativa constituye un aporte a la construcción participativa de investigaciones.

HIPÓTESIS

Existen diferencias en la percepción de autoridades sanitarias locales, actores involucrados en la atención del primer nivel y miembros de la comunidad respecto a la pertinencia en la ejecución de estrategias para promover participación social en salud.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de autoridades sanitarias locales, miembros de la comunidad y personal de salud sobre la implementación de estrategias para promover participación social en salud en el cantón Quero?

OBJETIVO GENERAL

Analizar la percepción de las autoridades sanitarias locales, miembros de la comunidad y el personal de salud respecto a la implementación de estrategias para promover participación social en salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Indagar los conocimientos, actitudes y prácticas de las autoridades sanitarias locales, miembros de la comunidad y el personal de salud respecto a los lineamientos y estrategias para promover la participación social en salud

Describir las percepciones de autoridades, miembros de la comunidad y personal de salud en relación a la implementación de estrategias para promover participación social en salud.

Proponer acciones que consideren las diferentes percepciones de los actores sociales involucrados en las estrategias de participación social en salud para el beneficio de la población.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de estudio:

El presente es un estudio cualitativo descriptivo de corte transversal; pretende especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o los fenómenos a investigar.

La investigación cualitativa se concentra en las complejas relaciones entre los significados personales y sociales, las prácticas individuales culturales y el contexto. (Ulin, 2006).En el ámbito de la salud existen factores determinantes que los métodos cualitativos nos permiten abordar de una manera más adecuada y completa tales como: las interpretaciones culturales de la salud y la enfermedad, los comportamientos, creencias ,actitudes y percepciones de los problemas de salud por parte de la población.

El diseño cualitativo es una guía a comportamientos básicos, actitudes y percepciones que traen consecuencias para la salud, pueden ayudar a explicar impedimentos sociales y programáticos que una elección bien fundada o la utilización de los servicios. Puede facilitar el conocimiento de los contextos políticos sociales y jurídicos en que se adoptan en materia de salud.

Triangulación

Es un proceso que consiste en combinar las técnicas de recolección de datos y de enfoque; contribuye a que la interpretación sea creíble, procura entender el fenómeno estudiado a la luz de diferentes aristas y genera una perspectiva amplia al combinar distintos

métodos o fuentes de datos. Suele ser concebida como un modo de protegerse de las tendencias del investigador y de confrontar o someter a control recíproco relatos de diferentes informantes (Taylor y Bogdan, 1987) .

Para contribuir a controlar el sesgo se ha optado por usar varias técnicas sobre el fenómeno estudiado, y así determinar la percepción de diversos actores: informantes clave, miembros de la comunidad y profesionales de salud en una situación dada. En este caso, considerando las circunstancias y características de los participantes se ha obtenido datos usando la entrevista y la discusión de grupo focal para generar una comprensión más profunda y clara del escenario y personas estudiadas.

Saturación

Una de las interrogantes en estudios cualitativos suele ser hasta qué punto se continúa recopilando datos y la presente investigación no ha sido la excepción, por lo que se ha recurrido al concepto de saturación para solventar ésta inquietud.

La saturación consiste en reunir todos los datos hasta que el investigador se encuentre con los siguientes casos: a) no hayan datos nuevos importantes que parezcan estar emergiendo en una categoría, b) la categoría esté bien desarrollada en propiedades y dimensiones demostrando variación, c) las relaciones entre categorías esté bien establecidas y validadas.

Al recolectar información, existe una preocupación por conseguir representatividad en los conceptos y conocer cómo varían éstos en cuanto a sus dimensiones por lo tanto mientras más entrevistas, observaciones o documentos se obtengan, más datos se acumularan lo cual implica mayor probabilidad de descubrir variaciones significativas. Sin

embargo, el muestreo termina cuando las categorías se saturan y no emerge nueva información relevante (Strauss, 2002).

Lugar de estudio

El presente estudio se desarrolló durante los meses de diciembre de 2015 a febrero de 2016 en el Cantón Quero ya que es un cantón donde se encuentra la Dirección Distrital de Salud y educación. Ha sido considerada como uno de los 303 cantones priorizados para la implementación de programas y proyectos por parte del estado Ecuatoriano.

Grupo de estudio

Para la presente investigación se contó con autoridades de salud a nivel distrital del Ministerio de Salud Pública, quienes son representantes de la autoridad sanitaria; personal de salud representado por médicos, enfermeras y TAPS de los Equipos de Atención Integral en salud (EAIS) que trabajan directamente con la comunidad, personal de salud del Seguro Social Campesino que trabajan en primer nivel de atención, y miembros de las comunidades del cantón Quero.

Criterios de identificación de población de estudio

Actores	Criterios de inclusión	Criterios de Exclusión
Autoridades Sanitarias	Vigente en algún cargo público como autoridad distrital	

Personal de salud	Personal operativo Miembro del EAIS Trabajar en primer nivel	No querer participar en el estudio.
Miembros de la comunidad	Haber nacido y vivir en el cantón por al menos 5 años Ser mayor de 15 años.	Tener algún tipo de discapacidad intelectual que impida la comprensión expresión de temas abordados

Reclutamiento de participantes

El reclutamiento de los participantes para las autoridades se realizó personalmente. Para el personal de salud se realizó el acercamiento a través de las autoridades institucionales para darles a conocer los objetivos de la presente investigación y solicitar autorización para realizar la invitación al personal de salud que desee participar.

Para la convocatoria a los miembros de las comunidades se realizó el acercamiento a través de líderes comunitarios.

Muestreo teórico

A diferencia del muestreo estadístico, el teórico no se puede planear antes de embarcarse en el estudio. Las decisiones evolucionan durante el proceso de investigación; si bien es cierto se puede establecer parámetros del lugar y el tipo de informante candidato a participar, se puede tomar decisiones sobre la marcha en beneficio de la calidad de datos que se tomen pues el análisis será tan bueno como los datos que se recojan.

Guiado por el propósito de acudir a lugares, personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre conceptos; le permite al investigador escoger las perspectivas de muestreo que pueden producir mayor rendimiento teórico (Strauss, 2002).

En la presente investigación se ha definido los diferentes actores involucrados que suscitan el interés: informantes clave, profesionales de salud y miembros de la comunidad (madres, adolescentes, adultos mayores); se han definido criterios de inclusión y exclusión; sin embargo las decisiones de quienes se incluyen en el estudio responde a los hallazgos, la variedad y cantidad de datos necesario; aspectos y decisiones que el investigador toma sobre la marcha de la investigación.

Las técnicas de recolección de información

Entrevistas Semiestructuradas.

Se realizaron entrevistas a informantes claves y al personal de salud considerando su conocimiento sobre el grupo o contexto de interés. Se seleccionó, según criterios de inclusión y exclusión, a la autoridad distrital, representante del Seguro Social Campesino y

Autoridad del centro de Salud Tipo C del cantón y a distintos profesionales médicos y enfermeras.

En este tipo de entrevistas se utilizan preguntas abiertas a las cuales el entrevistado puede proporcionar la información con el detalle y la profundidad que crea conveniente; permite obtener acceso a percepciones, opiniones y creencias.

Las preguntas giraron en torno a las percepciones de los participantes sobre lo que para ellos significa participación, la pertinencia de las actividades y espacios de participación social en salud, los conocimientos sobre mecanismos y lineamientos para promover participación, la relación entre el estado de salud de la población y su nivel de participación

Discusión de Grupo Focal

La discusión en grupos dirigidos consiste en usar la interacción del grupo para generar datos e interpretaciones del grupo para obtener datos e interpretaciones que serían menos accesibles sin la interacción encontrada en grupo. (Morgan, 1998 en Ulin, 2006)

Para los miembros de la comunidad y Técnicos en Atención Primaria de salud –TAPS se organizaron discusiones de grupos focales, se conformaron tres grupos focales con madres, tres con adolescentes, tres con adultos mayores y uno con TAPS. La información obtenida fue grabada previo consentimiento de los participantes y transcrita para su respectivo análisis.

Para desarrollar la técnica se estableció previamente contacto con líderes comunitarios quienes brindaron orientación y colaboración para definir el lugar, hora y realizar las convocatorias a la población según los criterios definidos. Una vez reunidos los

miembros de la comunidad se realizó la explicación del propósito de la investigación y el procedimiento a seguir; con quienes expresaron su voluntad de participar verbalmente y con la firma del consentimiento informado se desarrolló la reunión en base a las preguntas de la guía de discusión e incorporando inquietudes, planteamientos y expresiones de los asistentes para obtener los datos necesarios.

La guía de grupo focal fue construida con preguntas relacionadas con las percepciones de los participantes sobre lo que ellos consideraban que era participación y participación social en salud, las actividades y espacios en los cuales se habían involucrado en el ámbito de la salud, la coherencia de dichas actividades con las necesidades de la población.

Caracterización de participantes del estudio

Para el presente estudio se realizaron en total diez grupos focales: tres con madres de familia, tres con adultos mayores y tres con Técnicos en Atención Primaria de Salud. Se realizaron nueve entrevistas semi estructuradas: tres a médicos, tres a enfermeras y tres a informantes clave. A continuación se detalla la conformación de los grupos focales.

Cuadro N°1 Grupos focales de Madres

# Grupo focal	Participantes	Edad		Instrucción		
		20-40	41-Mas	Primaria	Secundaria	Superior
1	5	2	3	3	1	1
2	5	5		5		
3	7	4	3	3	4	

Cuadro N° 2 Grupos Focales Adolescentes

# Grupo focal	Participant es	Sexo		Edad		Instrucción		
		H	M	15- 17	18- 19	Primaria	Secundaria	Secundaria incompleta
4	6	1	5	5	1	1	5	
5	8	4	4	6	2			6
6	7	5	2	5	2	1	1	5

Cuadro N° 3 Grupo Focal Adultos Mayores

# Grupo focal	Participant es	Sexo		Edad		Ninguno	Instrucción	
		H	M	65- 75	75 +		Primaria	Primaria incompleta
7	6	2	4	6		2	4	
8	5	2	3	4	1	2		3
9	11	3	8	9	2	5		6

Cuadro N° 4 Grupo Focal Técnicos en Atención Primaria de Salud -TAPS

# Grupo focal	Participant es	Sexo		Edad		Instrucción
		H	M	20-25	25-30	
10	5	2	3	4	1	Superior

Cuadro N° 5 Participantes en entrevistas: personal de salud e informantes clave

Grupo de estudio	Ocupación	N°	sexo		instrucción	
			H	M	Tercer nivel	Cuarto nivel
Personal de salud	Médico	3	1	2	1	2
	Enfermera	3	0	3	3	0
Informantes clave	Autoridades	3	2	1	2	1

Autorización del Comité de Bioética

La presente investigación contó con la participación de seres humanos por lo cual fue aprobada por el Comité de Ética en investigación de Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito.

Recolección de datos

Se realizó una colecta de datos en fuentes primarias de información directamente en el territorio. La información fue recopilada por la investigadora.

Análisis de información:

Para el análisis de la información, se siguieron los pasos establecidos en The Grounded Theory de Anselm Strauss (2002) donde realiza el análisis en tres etapas: la codificación abierta, axial y selectiva. En la codificación abierta, se realiza un análisis del texto con la finalidad de desagregar los datos para adentrarse a los conceptos subyacentes; como resultado de este proceso se identifican las categorías, propiedades, dimensiones del texto analizado. En la codificación de ejes o axial se relacionan las categorías y subcategorías por medio de sus propiedades y dimensiones. Para el efecto establecen cuatro procesos: llenar, que permiten agregar lo códigos; extender, en el cual se realizan nuevas interpretaciones; construir puentes: en el cual se establecen nuevas relaciones; llegar a la superficie, para

establecer nuevas categorías. La última etapa es la codificación selectiva en la cual se integra y define la teoría y se elabora un tema central.

Seguridad y almacenamiento de datos

Los datos fueron almacenados únicamente por la investigadora y se omitieron nombres para guardar la confidencialidad. Para el efecto se llegó a acuerdos con los sujetos de estudio y se protegió la información durante la recolección y procesamiento al igual que durante la difusión de resultados mediante la utilización de métodos para proteger la identificación indirecta de los participantes.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de las entrevistas semiestructuradas y los grupos de discusión focal. Se indagó en aspectos relacionados con la participación social de salud para brindar un marco interpretativo y contextual de los resultados obtenidos.

Por parte de informantes clave fueron relevantes las categorías relacionadas con la percepción de un utilitarismo político- partidista, la limitación en la consecución de resultados de participación, el sesgo político al obtener respuestas favorables, no se ha resuelto la sostenibilidad de los grupos organizados conformados.

En cuanto a los profesionales de salud destacan aspectos relacionados con : persistencia del modelo curativo en la población, debilidad en el trabajo extramural y cumplimiento de metas y disposiciones, mayor prioridad a evaluaciones cuantitativas, expectativa de la población de recibir algo material como incentivo a la participación, la verticalidad,

resistencia al trabajo comunitario, la salud no se percibe como algo prioritario , las convocatorias coinciden con los horarios laborales de la población.

Del lado de la comunidad se reconocen aspectos positivos de su participación, se manifiestan la dificultad por los horarios y actividades laborales, poca claridad de la finalidad del trabajo de profesionales en comunidad, expectativa a recibir algo material, influencia en la respuesta de la población, la identificación de necesidades de la población como requisito indispensable para promover participación. Finalmente se analiza la pertinencia de las estrategias ejecutadas. A continuación se amplían las categorías identificadas.

Participación en la comunidad

En el caso de la comunidad se indagó respecto a la participación en términos generales, frente a lo cual se pone de relieve el trabajo conjunto para el bienestar de todos, el ayudar a quien lo necesite, el ser tomado en cuenta y ser útil. De manera especial, para los adultos mayores representa un espacio de respeto, cariño, felicidad; ofrece la oportunidad de conocer nuevas personas y hacer amistades. Tienen connotaciones positivas expresadas de la siguiente manera.

- Como espacio de distracción, socialización, fortalecimiento de vínculos. En éste aspecto se destaca la posibilidad de compartir experiencias y el sentimiento de solidaridad.

“es algo que se hace, un distraendo (distracción)” (GF9)

“(lo relacionan) con cariño, felicidad, amor comunitario, porque somos humanos porque nos llevamos entre todos, los recuerdos que se van formando” (GF8)

“la participación más o menos lo que es servicio, solidaridad, unir al pueblo,” (GF8)

- Como un espacio que brinda la posibilidad de opinión y colaboración a nivel comunitario.

“Estar en confianza (...) bueno yo también no he entrado a la escuela no se mucho (...) más que unas tres palabritas pero ya se dice” (GF8)

“poder dar una opinión de nosotros” (GF6)

“colaborar para el bienestar de la comunidad. Colaborar entre sí en algún problema” (GF7)

“ayudar de alguna manera en algo a quien necesite” (GF5)

“la participación se entiende como la comunidad un poco más unida, a lo que si hay un problema entre familiares se puede arreglar entre todos (...) estar pendientes de los niños, cuidarles”(GF5)

- Como una oportunidad para ser reconocido y considerado dentro de la dinámica comunitaria, desde ésta perspectiva resalta el hecho de que al tomar en cuenta a la población, se halla una relación intrínseca en que es necesario el apoyo de cada persona y que es capaz de contribuir de alguna manera.

“ser útil también porque si uno se dice se ve que no también está apto participar en alguna cosa” (GF2)

“así también nos toman en cuenta para alguna cosa porque a veces hay algunas personas que ni siquiera toman en cuenta (...) cuando alguien dice que participe yo puedo también ser tomado en cuenta” (GF2)

Cómo se evidencia, la participación en general tiene connotaciones positivas, agradables. La participación en el ámbito de la salud, está ligada de manera más estrecha a la atención brindada en el centro de salud y el uso de los servicios de salud en adultos mayores, madres de familia y adolescentes.

Participación social en salud

Al indagar en lo que los miembros de la comunidad entienden por participación social en salud, se obtuvieron las siguientes consideraciones:

- Asistir en caso de alguna enfermedad, emergencia, controles en caso de niños y personas con discapacidad.

“En lo que dice de salud (participación social en salud), tenemos que ir al subcentro a que nos atiendan, nos revisen los doctores, para la vida de uno” (GF9)

“o sea que el Ministerio (de Salud) envía todos los doctores, los enfermeros a que vayan curando cada mal que tengan cada ciudadano para que tengan buena salud” (GF9)

“ir llevando a mis discapacitadas donde el doctor para que les vea” (GF7)

“que tengan que llevar a los niños a hacer controlar así, hacerles ver (por el médico)” (GF1)

“Lo que vienen a vacunar, las campañas que hacen, los tamizajes” (GF3)

“así vamos al centro de salud cuando una está enferma” (GF9)

“alguna emergencia ahí vamos” (GF9)

“construyendo hospitales en toda parte para que la gente participe, como se dice cuando está enfermo”

- Se mencionó la posibilidad de participar en la posibilidad de mejorar el servicio a través del uso de los mecanismos de quejas y sugerencias.

“podemos quejarnos, puedo ir allá o si hay número llamar. Así estoy ayudando a las personas y a mejorar el sistema” (GF7)

“tienen que ser pacientes con los pacientes (risas)” (GF5)

- Un aspecto que destacó es la escasa información que refieren haber escuchado respecto a las actividades y formas para participar en el ámbito de la salud a nivel local.

“en salud no se ha escuchado qué tenemos que hacer” (GF2)

“se escucha en televisión, la radio (...) así personalmente la verdad es que no se escucha (sobre participación social en salud)” (GF2)

- Los adolescentes destacan las consideraciones relacionadas con la posibilidad de cuidar el ambiente, lo cual no se presenta en otros grupos:

“el bienestar, por ejemplo que no haya mucha basura, controlar eso, limpiar techos de la ceniza cuando cae para que no haya accidentes” (GF7)

“de cuidar los páramos...la basura así mismo no tener botados en la calle” (GF7)

Para informantes claves, la participación social en salud es definida como un espacio de diálogo para la toma de decisiones involucrando distintos actores sociales, identificación de problemas y búsqueda conjunta de soluciones; en éste aspecto concuerdan con TAPS. La participación social en salud para dichos profesionales es concebida como:

“como un espacio de diálogo... eh de comunicación donde se puede identificar la realidad de la población, la realidad local para, en conjunto con la población y actores sociales, instituciones públicas y privadas, tomar de alguna manera correctivos ante esta problemática” (E9)

“que los actores, sea de organizaciones y ciudadanos libres, puedan participar en las decisiones que se toman a nivel de las instituciones de salud (...) es la espontaneidad la que la participación sea fructífera” (GF8)

“es un proceso en el cual involucra que las personas tomen decisiones en base a sus necesidades” (GF10)

“colaborar por medio de las sesiones, de las asambleas para tratar un tema para organizar (...) de pronto con la directiva vamos viendo qué hacer. (...) en la solución de problemas (...) aquí tenemos la Junta y el Cabildo, con todas esas autoridades se busca soluciones” (GF3)

En el caso de médicos y enfermeras, predomina la idea de que participación social en salud es el trabajo extramural, conocer a la comunidad y la integración entre personal de salud y comunidad involucrando a la gente de afuera (población en general)

Liderazgo y participación social

El liderazgo se plantea de manera recurrente, como aspecto fundamental en dos aspectos: para ingresar en una comunidad y realizar actividades y al momentos de contar con una guía para la identificación de problemas, búsqueda de soluciones en el ámbito de la salud.

Para plantear intervenciones de parte del personal de salud se menciona lo siguiente:

“si se quiere (...) realizar alguna intervención (...) primeramente se le ve o se palpa si existe el apoyo de los líderes para que mediante ellos exista la participación general de la comunidad porque si no existiera un liderazgo en las comunidades (...) no existiría tanto apoyo de ellas.” (GF10)

“primeramente para uno acercarse a las comunidades, tenemos que asistir primero donde las autoridades, donde un líder o un presidente (...) ya que ellos nos guían de mejor manera y a través de ellos tenemos la participación de toda la comunidad” (GF10)

Adicional a lo mencionado, los profesionales expresaron su preocupación por la falta de apoyo de parte de los líderes en el momento de realizar convocatorias y apoyar en las gestiones del personal de salud para conseguir resultados, lo expresaron de la siguiente forma:

“Lo que más se ha insistido en la comunidad es en agrupar, unir, ver cómo se puede encontrar aquella persona que pueda hacer el enlace entre el centro de salud, el médico y la comunidad (pero) hay pocos actores sociales que están interesados en salud; más bien están interesados en aspectos económicos (E1)”

“ahí lo que falta es el apoyo de las directivas, o sea los comités de cada provincia, que haya más apoyo económico para que se les pueda transportar y realizar distintas actividades” (E2)

“cuando hacemos como una asamblea necesitamos la cabeza, el eje principal que esté ahí y que se vea que no solamente es la enfermera y el médico (...) que la gente diga no, también están las autoridades y están tomando más en serio” (E4)

Estrategias para promover participación social

Las estrategias se remarcaban en la conformación de los Comités Locales de Salud y la creación de clubes de usuarios para agrupar a la población a quienes se destinan actividades educativas como: talleres, charlas, ferias de salud, consejería en visitas domiciliarias.

En dicho proceso los distintos actores involucrados identificaron aspectos relevantes para entender la dinámica y respuesta de la población ante las propuestas. Las autoridades hacen referencia a aspectos coyunturales e institucionales. El personal de salud se refiere a la respuesta frente a las disposiciones de las autoridades y la relación con la población y los miembros de la comunidad emiten sus criterios frente a sus experiencias propias y lo que perciben de la población en general.

Informantes claves y profesionales

Respecto al contexto en el cual se ejecutan las estrategias para promover la participación de la población, evidencian cierto utilitarismo político partidista. En ocasiones los miembros de la comunidad asocian las iniciativas del personal de salud con procesos partidistas, y eso limita la participación.

“existe esa dificultad porque hay personas que no están a favor de ningún partido, porque cuando se habla de algún partido si hay bastante discordancia, no les gusta participar porque piensan que es algo a favor de un partido , no todos están de acuerdo” (E2)

“cuando se politiza la participación ciudadana no hay respuesta adecuada, el ciudadano se siente incómodo porque muchas de las veces se siente utilizado, porque hay ocasiones en las que el ciudadano visualiza de una forma y se le vende otra idea a través de talleres o reuniones, solamente visualizando la bondad de los programas que muchas veces son verticales desde el Ministerio de Salud , entonces como que se siente no participativo realmente el ciudadano y es por eso que muchos de los comités locales de salud fracasan. Inicialmente hay mucho entusiasmo de la ciudadanía de ser partícipes de eso, sin embargo con el transcurrir del tiempo se siente como utilizado y se restringe la participación” (E8)

“me parece muy interesante que se esté mirando a la población rural (...) pero que es lo que se debería como quitarlo de ahí que se lo haga con beneficio político (...) ellos quieren ser democráticos, quieren ser libres, pero hay personas que están mirando desde la parte política para que ellos hagan sus grupos o aprovecharse de estos grupos, de estas capacitaciones o de mirar a la población rural pero con intenciones políticas (de hacerse a un partido político)” (E7)

Uno de los aspectos necesarios para fomentar la participación es la consecución de resultados. En este sentido, las autoridades, hacen alusión a las lógicas institucionales y los sesgos partidistas al momento de obtener respuestas favorables a sus peticiones y gestiones.

“(la falta de respuesta de las instituciones) es por falta de compromiso realmente o por falta de recursos (...) igual a nivel de los GADs (...) no son escuchados porque a veces se establece una relación política a veces animadversión a quienes presentan esas inquietudes (mejoramiento de servicios básicos, acceso a servicios) y se corta la iniciativa solamente por posiciones políticas o incluso a veces personales por parte de la autoridad al resto de la población” (E8)

“se visualiza la problemática de salud ya no solo desde el concepto de ausencia de enfermedad (...) sin embargo no se tienen las herramientas necesarias para poder cambiar esa situación de salud de la población y se sienten impotentes (...) porque cuando proponen alguna situación ante los GADs, el mismo Ministerio de salud no son muchas veces escuchados (...) se vive una realidad a nivel institucional y una diferente a nivel de las comunidades” (E8)

Adicionalmente, las autoridades señalan que un aspecto que aún no se ha resuelto es la sostenibilidad de los grupos.

“se debe fortalecer aún más éste proceso (el de participación social en salud), (...) desde mi experiencia se ha podido evidenciar que existe aún debilidades (...) yo creo que una de las debilidades es que no se tienen identificadas estrategias que permitan la sostenibilidad de los mismos (comités locales de salud, clubes)” (E9)

Profesionales de salud

Entre los profesionales, predomina una opinión positiva al realizar actividades con la comunidad. Sin embargo existe preocupación por el cumplimiento de metas asignadas a los equipos de salud, por no poder responder ante toda la demanda que se presenta en la

comunidad y que no es competencia exclusiva del sector Salud. Se percibe que el cuidado de la salud no es un aspecto prioritario pues predomina el modelo curativo en la población. Además la verticalidad con la cual se emiten disposiciones restringe la retroalimentación desde el territorio y afecta la pertinencia de las actividades propuestas. En adelante se amplían cada uno de los aspectos mencionados.

- Modelo curativo. (Salud como ausencia de enfermedad). Se plantea la persistencia de un modelo en el cual la única relación que se establece con prestadores de salud es la curación, el único escenario en el cual se vinculan es cuando deben acudir a buscar alivio frente a alguna enfermedad.

“no hay cultura, están acostumbrados a tener otros estilos de vida, ellos piensan que salud es no enfermarse y cuando están enfermos recibir medicación, o sea no ven mucho eso de la promoción y la prevención” (E2)

“según las creencias de las personas porque todavía hay mucha gente que solo está enfocada a la curación, cuando ellos están enfermos asisten, por ejemplo si vas a darle una charla o algún taller ellos asisten más por curiosidad o por obligación o por intereses mayores que le dicen que si no va a tal lugar te van a quitar el bono, por miedo a eso asisten” (GF10)

“mientras las personas no se enferman, a las enfermedades le ven como algo que no existe (...) poco o nada les importa cuidar su salud (...) es un poco duro que nos toca afrontar hacerle entender a las personas que la mejor manera de cuidar su salud es previniendo a tiempo” (GF10)

“las personas están acostumbradas a un modelo de salud antiguo que era la curación básicamente, por eso las personas asisten al centro de salud ya cuando están enfermas (...) al ver un modelo de atención en salud que es prevenir le ven como una pérdida de tiempo ”
(GF10)

“a pesar de que somos una unidad de atención primaria donde la prevención y la promoción son cosas fundamentales, todavía seguimos manteniendo de que es centro de salud es para esperar al paciente que llega enfermo”

“es difícil vender la idea de que no somos mercaderes de medicación sino transformadores de la salud de las personas” (E8)

“lo mismo desde la población: le visualizamos al centro de salud solamente para irme cuando estoy enfermo (...) no conceptualizamos a la salud dentro del entorno familiar, el medio ambiente, la relación con el resto de la comunidad”(E8)

- Cumplimiento de metas y disposiciones

En este aspecto, predomina la inclinación por realizar actividades, independientemente de que sean duplicadas, sin contar con objetivos claros que vayan más allá del cumplir con lo indicado. Los propósitos no son planteados en base a lo que la población necesidad o a los problemas identificados.

“profesionalmente uno se siente poquito menos porque no se alcanza el objetivo (dispuesto por las autoridades)” (E6)

“A veces por falta de tiempo, por falta de personal, porque a veces se disponen actividades que no se puede cubrir al cien por ciento” (E2)

“el trabajar unidos también permite decir la unión hace la fuerza, no doblar el trabajo por ejemplo el Ministerio de Salud y El Seguro Social Campesino tienen clubes” (GF10)

“las estrategias planteadas darían mejor resultado si se ejecutaran de mejor manera” (GF10)

“Por ejemplo, digamos una estrategia X necesita que les pasen los informes y a última hora se ponen a hacer y los informes ya se les cae (vence) el tiempo de entregar por eso las estrategias no dan el cien por ciento el resultado como vienen planteadas, porque están hechas apresuradamente” (GF10)

“por ejemplo (...) hay algunos profesionales que no le brindan consejería necesaria, simplemente les dan cosas básicas y las personas se quedan con algunas dudas , son pequeñas cosas que se quedan sueltas y que algunas personas no captan, no tiene el impacto, cosas que el Ministerio de Salud hubiese querido que les expliquen paso a paso ” (GF10)

“pienso que de parte de las autoridades puede haber ese interés de cambiar o dar un mejor servicio, pero el problema veo en la gente que lo ejecutan, ellos son los que no están comprometidos (...) por ejemplo los rurales, ellos vienen por obligación, por cumplir con su año de rural, no porque verdaderamente quieren estar aquí” (GF10)

“yo palpo esa realidad (...) que se ven talvez por el miedo al llamado de atención o algo, ellos ven la forma de como quiera hacer...” (GF10)

Un aspecto ligado con el cumplimiento de metas es la percepción de que las autoridades otorgan más relevancia a la evaluación cuantitativa lo cual se concreta en las prácticas cotidianas del personal de salud.

“lastimosamente no hay mecanismos en ese sentido, porque solamente se valora numéricamente las actividades (...) no hay realmente un mecanismo, un indicador” (E8)

“lo que se ha considerado dentro de los niveles es (...) hablemos de una manera cuantitativa : el número de comités conformados, pero así como proceso de fortalecimiento, no” (E9)

“La valoración que le dan en el Ministerio es en cantidad no en calidad, por ejemplo ¿han ido alguna vez a una evaluación para ver el impacto que se ha tenido en la comunidad? No. Se pregunta cuántas visitas domiciliarias hizo, pueden ser veinte, cien, trescientas pero dígame de esas trescientas ¿en cuántas impactó, en cuántas hubo cambios? veo trescientas en cantidad per mi impacto?... seguimos en los mismo” ((E1)

“yo pienso que las autoridades del Ministerio de Salud más se preocupan por la entrega de informes o como dicen como un cumplimiento de una meta, por ejemplo las vacunas no más de la gripe , tienen que cumplir con tantas dosis y listo” (GF10)

Expectativa de la comunidad de recibir algo material como incentivo

Uno de los aspectos que destacaron los profesionales de salud como limitante en su labor, es la expectativa por parte de la comunidad de que se les entregue algo material a cambio de su participación a manera de incentivo o premio a su participación. Ésta consideración también la tuvieron las madres (miembros de la comunidad) al indicar motivos por los cuales

la comunidad no se interesa en eventos convocados por personal de salud y lo perciben como una pérdida de tiempo.

“los comités de salud todo depende de la voluntad de las personas, de algunos que por lo menos tengan esa iniciativa de mejorar, no todos tienen esa buena predisposición y ahí radica el problema, creo que muchas de las gentes esperan que el comité de salud sea remunerado , algún rédito económico para poder funcionar” (E1)

“A veces piensan que como sus dirigentes que vamos a darles el bono” (E5)

“algunos si dicen: voy, pero a cambio qué me van a dar” (E5)

“le llama la atención qué le vayamos a obsequiar o qué le vayamos a dar” (E6)

- Verticalidad

Éste aspecto recoge la percepción de parte de profesionales de la salud sobre cómo se diseñan las estrategias que posteriormente se encargan de ejecutar en territorio. Se expresa la verticalidad desde autoridades nacionales que son quienes deciden y disponen las actividades a realizar a nivel nacional, sin contar con ciertas particularidades que los profesionales que trabajan en territorio identifican.

“nosotros hemos tenido que acatar las disposiciones que vienen desde el Ministerio de Salud y hemos hecho, pero nos mandan un determinado número para realizar o programar (...) pero no es simplemente que le digan tal número de ferias, entonces hay veces que no se puede alcanzar por algunas cosas” (E6)

“ahorita las ferias de salud están enmarcadas desde el punto de vista de lo que el médico quiere exponer a la comunidad, pero talvez esas ferias de la salud no están bien enfocadas de acuerdo a las necesidades de la comunidad” (E1)

“si usted va a las ferias ¿de qué hablan? hipertensión, diabetes, algo de nutrición y nada más, pero no de lo que está pasando en la comunidad”

“responden a una agenda nacional o de parte del centro de salud que dice qué hay que hacer, pero no de decir si hemos analizado nuestra comunidad, si hemos visto cuáles son las necesidades básicas de salud de ahí las ferias de salud” (E1)

“hay estrategias que ya vienen planteadas a las personas que lo ejecutan, lo van a ejecutar apresuradamente o por obligación, no lo hacen porque quieren este cambio (...) lo hacen por presión ” (GD10)

“existen programas que no nacen de la necesidad de la población sino que ellos asumen que es la forma de llegar a la población (...) muchas veces no toman en cuenta la cultura” (GF10)

Relacionado con la verticalidad, se plantea la importancia de la retroalimentación desde el personal que tiene contacto directo con la población; desde esa perspectiva surge la inquietud de que no se tiene espacios para proponer desde el ámbito local cambios, modificaciones.

“(sobre cómo se cumplen actividades) porque ya debo entregar esto y tengo que reunir a la gente y llamo por aquí llamo por acá y ya: encima lo importante es mandar las fotos (...) el informe que ya hice la actividad; no nos enfocamos en sí qué piensa la gente , cuál es la

necesidad de la gente, para ahí decir (...) por ejemplo no se realizó eso , la necesidad de la gente es otra ... para que ellos (autoridades) desde ahí puedan plantear nuevas estrategias que partan de la necesidad de la gente ” (GF10)

- Resistencia al trabajo comunitario

Uno de los aspectos que resalta es la actitud con la que se asume el trabajo comunitario, al ser una exigencia, salir a las comunidades. Muchos profesionales lo realizan de una forma mecánica por cumplir una disposición. Adicional a esto se plantea la importancia de la capacitación permanente para que las intervenciones tengan mejores resultados.

“(al referirse a al trabajo comunitario) bueno al inicio un poco molesta porque no estábamos acostumbrados a salir al campo”

“la gente es cerrada, al inicio no le da la confianza, es como que ¿para qué vienen? más porque piensan que les vamos a quitar terrenos y esas cosas (...) al principio todo es extraño”
(E3)

“mejorar el entendimiento de qué hace el medico en la comunidad que todavía no es explícito (...) en muchos casos a verle al paciente enfermo y darle medicina y eso no es lo que tenemos que hacer en la comunidad”

“si no hubo cambios parte del médico es decir: ¿para qué voy a la comunidad?; parte es tener paciencia, tener tolerancia hay que saber que los cambios son en largo tiempo (...) somos temporales y cuando llegue el otro personal si al otro no le gusta trabajar en esa parte, desbarata todo lo que hemos logrado y ¿qué hemos logrado?, quedamos en lo mismo”
(E1)

- La salud no se percibe como algo prioritario:

Los profesionales de salud, mencionan que es evidente que participar en actividades de salud no es una prioridad para la población al punto de posponer actividades, dedicarle tiempo y mantenerse vinculada a dichas iniciativas. Se mantienen las siguientes percepciones:

“ellos (la comunidad) entienden la prioridad económica todavía sobre la salud, todavía no hay una concientización de que más importante que eso es la salud y por eso aún no hay un cambio verdadero” (E1)

“no les gusta asistir por ejemplo cuando se les llama a una charla una capacitación, son pocas las personas que se interesan en temas de salud” (E2)

“haya personas que si son muy duras de llegar (...) más están entre sus prioridades otras cosas, la prioridad de educación en salud no es muy prioritario para ellos, entonces ahí es más difícil” (E6)

“las personas lastimosamente desde uno comenzando, mientras uno no se está enfermo, a la salud le deja a un lado, hay otras prioridades: tengo que trabajar, tengo que estudiar, el campo” (GF10)

“la salud siempre es un poquito alejado porque más interesan son las fiestas, pueden asistir más que de día, de noche a la hora que sea en cambio algo que se haga en salud es muy poca la acogida” (GF10)

Un aspecto ligado con que la salud no es una prioridad para la población, es la percepción de los profesionales de que la comunidad en general tiene poco interés en las actividades propuestas por el personal de salud.

“Lo que he visto más bien es un desinterés, recién no más venimos de una comunidad donde (una madre le comenta que) su hijo perdió los lentes (tenía la oportunidad de obtenerlos gratuitamente) y lo que supo manifestar es que él no quería los lentes (...) el hijo le ha dicho que le van a ver mal en la escuela, se van a burlar de él y que talvez ni los use”

“creo que el principal obstáculo para promover la participación es el desinterés, no se interesa en participar, ellos (miembros de la comunidad) solamente ven el bien por ellos mismos, no por el resto de la gente” (GF10)

- Horarios de trabajo de la población

Una de las características del contexto de la población estudiada es que se dedica predominantemente a la agricultura y ganadería; en éste sentido se destaca la incompatibilidad en horarios pues las convocatorias del personal de salud contemplan horarios en los cuales la población se encuentra dedicado a sus actividades laborales o en el caso de los adolescentes dedicados a sus estudios. No es común que los profesionales modifiquen los horarios de las actividades que proponen en función de la disponibilidad de los miembros de la comunidad.

“en las personas adultas jóvenes no se ha visto mucho la participación ya por motivos de trabajo, motivos de tiempo no asisten a los talleres planificados” (GF10)

“tomando en cuenta que es una zona agrícola (...) ellos el provecho de su estado económico es su trabajo, eso es fundamental al momento que ellos participen” (GF10)

“uno de los problemas creo que es el horario porque muchas personas trabajan en la agricultura, ganadería y no les da tiempo suficiente para asistir” (GF10)

- Respuesta percibida de ejecución de actividades

La respuesta de la población, percibida por los profesionales de salud, frente a las actividades propuestas es positiva. Sin embargo, al indagar al respecto se reconoce que dicha evaluación está basada en la participación de adultos mayores.

“con los adultos mayores es un mundo diferente, ellos si están dispuestos a hacer un cambio, pero hay limitaciones (...) al bajar al centro de salud, se sienten discriminados (...) como se ven tan relegados como que poco pueden hacer , se sienten como que no son muy importantes dentro de la sociedad ” (E1)

“en ellos (los adultos mayores) se ve bastante predisposición a participar, a asistir a todo lo que se les convoque (...) en cambio en la población de jóvenes y embarazadas hay muy poca participación” (E2)

“vienen ellos solos, ellos mismo se plantean las cosas que quieren ver, que quieren hacer por ejemplo, en nuestro club de adultos mayores a pesar de que ya tienen su edad , ellos son más participativos” (E5)

“Para decirle que con los grupos que más hemos trabajado (...) más que todo con los adultos mayores, ellos nos han demostrado todo lo que les hemos enseñado, ellos si han puesto en práctica” (E4)

“la participación más se ha visto en adultos mayores, ellos son los que más asisten y ellos tienen alguna enfermedad o ellos padecen alguna molestia y quieren saber más; en personas adultas jóvenes no se ha visto mucho la participación por motivos de trabajo, motivos de tiempo” (GF10)

Comunidad

- Ejecución de estrategias

Al indagar entre miembros de la comunidad sobre ejecución de las actividades y convocatorias que realiza el personal de salud, no se obtuvo respuesta pues reconocen no haber escuchado al respecto. Fue necesario dar una breve introducción del modelo en salud y la vinculación con la comunidad para continuar con la discusión y obtener sus opiniones al respecto

Consideran que las actividades propuestas son beneficiosas y positivas para unos y en otros casos una pérdida de tiempo; el beneficio para quienes valoran estas actividades está ligado a la obtención de nuevos conocimientos para prevenir riesgos y enfermedades (adolescentes y madres de familia).

Aspectos positivos ligados a la participación:

Prevenir enfermedades

Los miembros de la comunidad reconocen que uno de los beneficios de que el personal de salud se acerque a las comunidades es que les permite acceder a información en función de prevenir enfermedades.

“para prevenir, para que nos alimentemos como es debido porque mucha comunidad chatarra ahora en día nos está enfermando” (GF3)

“es bueno porque ahí de paso se aprende lo que no se sabe, podemos obtener información y podemos hacer algo más por nuestros familiares” (GF3)

“son buenas más que todo para la adolescencia que está ahora, está habiendo las personas en drogas, alcohol, embarazos prematuros y darles esas charlas es bueno, si ayuda” (GF2)

“el hecho de que el personal de salud salga a las comunidades podría ayudar a prevenir enfermedades. Por ejemplo nos vienen a decir en las charlas así del SIDA, que debemos usar protección así eso nos está previniendo de no caer en esa enfermedad” (GF6)

Obtención de conocimientos

Los miembros de la comunidad destacan como aspecto positivo de asistir a eventos convocados por el personal de salud la posibilidad de obtener nuevos conocimientos, corregir información errónea, a diferencia de quienes no participan de dichos eventos. Adicional a esto resaltan la importancia de que el personal de salud llegue adecuadamente a

la comunidad con un lenguaje comprensible y la actitud enfocada en facilitar nuevos aprendizajes accediendo a resolver inquietudes, retroalimentar constantemente y generar confianza.

“si nos hace falta asistir a una reunión o a un taller porque nosotros mismo con más conocimientos de lo que a lo mejor estamos equivocados en esos conocimientos ya nos vamos enterados hasta para poder decir eso está mal” (GF2)

“Siempre y cuando tenga el carisma de explicar, de hacernos conocer en lo que nosotros estamos equivocados (...) si viene con una explicación yo también tengo una explicación para entrar en conocimientos mejores” (GF7)

“algunos talleres (...) no entendemos tan bien, pero si necesitamos un mejoramiento para que nosotros entendamos” (GF2)

“mientras ellos participan y conocen van a tener mejores hábitos para la salud y hábitos tanto higiénicos en general, porque ellos conocen ya su vez cambian el estilo de vida” (E2)

“la comunidad que participa vendrá con más conocimiento” (GF2)

“para saber más del tema que nos van a dar, para informarnos y saber cómo ayudar a los demás” (GF6)

“nos dan nuevos conocimientos para nosotros saber más sobre el tema y así poder ayudar a las demás personas que lo necesiten” (GF6)

“es bueno porque nos informamos lo que está en este tiempo pasando y podemos comunicar a las demás personas que es bueno acudir a los talleres porque tenemos información y podemos hacer algo con nuestros familiares” (GF3)

“bueno de paso se aprende lo que no se sabe (...) y se puede saber algo más” (GF3)

“tener nuevos conocimientos, superación como ser humano, dar conocimiento a nuestros hijos, igual llevar un mejor mensaje en la vida a cada una de nuestras personas conocidas y desconocidas” (GF3)

“para distraerse un rato porque diga usted, ahorita que dicen que no hay que tomar las colas, las grasas, uno tiene que aprender para cuidar la salud de uno mismo” (GF1)

“cuando las personas son serias cumplen lo que dicen, muchas veces venimos entusiasmadas y se espera reciprocidad en los organizadores” (GF3)

Socialización

La oportunidad de socializar con otras personas de la comunidad y compartir espacios es un aspecto positivo para los miembros de la comunidad pues se asocia con salir de la rutina, conocer nuevas personas, aliviar el estrés de las obligaciones cotidianas. En adultos mayores fue evidente el agrado por espacios para compartir con sus pares por los lazos afectivos que se generan y su repercusión en su bienestar emocional.

“nos motiva salir, compartir con los demás personas (...) hacer algo por todos, estamos reunidos y sacamos conclusiones entre todos” (GF2)

“el gusto de salir, de colaborar, por lo menos lo que se pasa todos los días en la casa ya se sale afuera, ya se viene haciendo algo de bueno... o algo de malo también puede ser (risas)”

(GF2)

“para salir para distraerse ya estamos en grupito y se escucha la opinión de una compañera, de la otra” (GF1)

“reunirse para estar distraendo, conversando, riendo, bailando y uno se viene a distraer la mente” (GF9)

“cuando no hay con quien conversar, no hay con quien estar entretenido se estresa peor, entonces por eso también se sale ya se hace amigas, se conversa, se está tranquilo y la enfermedad del stress se compone” (GF9)

“así se conoce nueva gente” (GF5)

“la participación es con todos y así se hace nuevas amistades” (GF5)

“Interactuar con otras personas, así relacionarnos para conocer a más personas” (GF5)

“la curiosidad, por no estar de gana en la casa” (GF5)

“se sale y se conoce con otra persona y así se hacen cosas diferentes, se sale de la monotonía y la rutina” (GF5)

Limitantes a la participación desde la perspectiva de la comunidad

- Horarios y Actividades laborales

En éste acápite se discuten sobre la dinámica comunitaria y las características económicas y laborales de la población que configuran un contexto con sus particularidades, las mismas que repercuten en la respuesta de la población. Es un aspecto señalado por los profesionales de salud también.

Lo plasman de la siguiente manera:

“muchas de las veces del campo siempre estamos en el trabajo así porque nadie tenemos un sueldo para decir que vamos a tener nosotros para la semana, toca trabajar porque si no trabajamos en el campo no tenemos dinero y ya toca por ahí siquiera dos diítas que nos llaman a trabajar (...) ver la forma de salir en adelante”

“ en veces la falta de recursos que no tiene para la semana mismo que es y ahora que estamos en tiempo caro (...) así si no se sale a trabajar no hay y así ya toca hacer la semana”
(GF7)

“las ocupaciones, o sea nosotros aquí en el campo tenemos que trabajar sino ese día no hay para comer, entonces si es que nos vamos ya se queda sin hacer, sin trabajar” (GF3)

“a veces uno se invita y dicen: yo teniendo que cocinar, cortar la hierba qué me voy a ir allá a perder el tiempo pudiendo hacer algo, ya cuanto me atraso” (GF2)

“el hecho de hacer reuniones fuera del horario de trabajo institucional es importante porque de todas formas la participación social es importante, pero también hay que visualizar desde el punto de vista laboral de las personas, (...) a nadie le gusta que le quiten su fuente de trabajo ” (E8)

“el trabajo, así yo también trabajo y a vece ya no tengo tiempo” (GF5)

“Todos tenemos igual niños estudiando unos con un horario, otros con otro horario y debemos estar pendiente (...) entonces no podemos ir dejándoles a ellos” (GF3)

“el tiempo, por ejemplo en que a veces hay muchas cosas que hacer y no hay tiempo para ir” (GF5)

“hay algunos (personas de la comunidad) que saben quedar agradecidos, otras personas vuelta no les gusta que llegue (el personal de salud) a la casa así, algunos dicen que les hacen perder el tiempo” (GF6)

“en mi caso quieren ir pero más es las tareas de la casa” (GF2)

- Cumplimiento de actividades de personal de salud

Existe oposición del lado de la comunidad en el sentido de que el personal de salud dedica gran parte de tiempo a llenar información, lo que resulta una pérdida de tiempo.

“claro que nos visitan los doctores, si nos visitan, pero ven a los discapacitados no más de ahí no dicen más, van llevando los nombres ... información... nada más” (GF7)

“yo veo que van, se quedan ahí sentados en el patio, de ahí ya llega la hora, de ahí pasan la hoja que han hecho la visita”(GF8)

- Finalidad del trabajo de profesionales en comunidad

No existe claridad entre los miembros de la comunidad respecto a la finalidad de que el personal de salud salga a la comunidad y tampoco de las actividades que propone el nuevo modelo en salud para brindar atención en salud y promover la participación de la gente.

“el gobierno manda a que salgan a visitar en las casas a ver cómo están, si están enfermos, no están enfermos. Por obligación, pero no hacen bien” (GF8)

“por salir a ver si está enferma o así pro distraerse ellos mejor” (GF10)”

“para des estresarse, salen a pasea, a conocer (tono jocoso, risas), a darnos unas charlas, nos brindan mejor conocimiento” (GF6)

“salen a vacunar” (GF6)

“para atender a los adultos mayores que no pueden bajar al centro de salud” (GF6)

“ha de ser que tienen una orden, eso me imagino” (GF9)

“para ayudar y otra que la gente dice: con una pastilla ya me pasa y mentira toman una pastilla y peor también, ahí es cuando se va donde el doctor. Por eso salen, a veces la gente se descuida y no va” como para trasladar el consultorio a la comunidad, salir a ver pacientes, enfermos.

- Expectativa de recibir algún incentivo material

Los asistentes coincidieron en éste aspecto con la percepción de los profesionales de salud, en el caso de querer invitar o motivar para que las personas asistan a eventos organizados por el personal de salud recibe respuestas evidentes de que la participación está condicionada al incentivo tangible.

“A veces esperan algún beneficio, lo ven como una contra, una pérdida de tiempo, (...) yo he pasado con mi hija, le invito y dice: no yo qué voy a andar pasando e l tiempo. Cuando hay algún beneficio ahí vamos toda la gente porque ve que voy a tener algo, a lo menos si dice:

venga yo voy a dar comida ahí si me voy ojalá todos los de la casa (risas)(...) se da primer lugar a las cosas que está de material y no lo que uno se va aprendiendo” (GF2)

“en caso de que no hay nada, (dicen) no hay nada mejor me quedo en la casa” (GF2)

- Respuesta de la población

Por parte de los miembros de la comunidad, las limitaciones para participar fueron: el temor de expresarse en público, no se valora el obtener nuevos conocimientos, dificultad en la comprensión de información brindada, falta de interés, no se cuenta con el permiso de la pareja, distancia y costo de la movilización.

“el miedo a hablar” (GF”)

“al momento de dialogar, tener un poquito de vergüenza de hablar” (GF5)

“tener recelo de hablar, pueda que se equivoquen y se rían de nosotros” (GF4)

“A veces salimos de la casa, ya queda de hacer el almuerzo, ver los animales; viendo que hacer tantas cosas en la casa y a la hora que llegue ya toca pues hacer las tareas” (GF2)

“a veces dicen de gana me fui , ya lo que hubiera hecho cuanto (risas, tosas asienten) ” (GF3)

“A veces pro vaguería no se asiste” (GF3)

“la distancia de aquí arriba hasta el centro y a otro lugar, ir de un lugar a otro lleva tiempo y cuesta también” (GF3)

“A veces falta de dinero para poder asistir” (GF5)

“la mala costumbre o el hábito que hemos tenido en la comunidad es quedarnos en la casa a veces de gana” (GF3)

“lo que pasa también otro problema que también hay gente egoísta, no les gusta salir de ahí la gente dice: ya está en al rumbaterapia!, empiezan a criticar. Ese egoísmo a mi no me gusta” (GF1)

“así también hay gente, uno es gordita y dicen: tu ni yendo a la rumba terapia vas a bajar. No ven que hay que hacer por el corazón hay que hacer ejercicios bastante” (GF!)

“ya no se pone mucho empeño ya no se va”(GF9)

“por vaga, se pasa en la casa ya no se va, el descuido más que todo y de repente una está ocupada” (GF9)

También se identificaron aspectos institucionales como falta de continuidad en las reuniones, mala atención en salud, falta de confianza en los profesionales porque no se cumple con la expectativa de que curen las enfermedades

Identificación de necesidades de la población

“hablaríamos con la trabajadora social y todo eso que la atención no estuvo bien, entonces en la próxima que regresemos a ver va a ser mejor” (GF)

“el espacio entre una reunión y la próxima es muy largo, se pierde continuidad” (GF1)

“o sea sin ofender a nadie, no llegan con la información, nos dicen cosas y no explican más fácilmente para hacer entender a la gente entonces digo: si no entiendo para qué voy?” (GF1)

Las madres de familia destacaron como un aspecto relevante el permiso de la pareja para asistir porque las tareas del hogar son responsabilidad de la mujer.

“cuando no se cuenta con el -permiso- de la pareja. Ya dicen no, qué vas a ir si hay que hacer y le desaniman en la decisión (...) ahí dicen que esto es más importante hacer la merienda o lavar la ropa” (GF1)

Pertinencia

Con todos los elementos anteriormente mencionados, se considera que las estrategias de promoción de salud son pertinentes cuando los objetivos de la intervención se corresponden con las necesidades y características de la población diana a la que se dirigen.

Bajo esta consideración cabe destacar que partiendo de quienes ejecutan estrategias, el personal de salud, mantienen una orientación al cumplimiento de actividades basados en los requerimientos institucionales lo cual no necesariamente aterriza en la planificación de las actividades considerando las necesidades y el contexto de la población en la cual se desempeñan. Por otra parte, no se ha generado un proceso de identificación de necesidades que involucre a la población lo cual limita las acciones a las preestablecidas por la institución independientemente de si se corresponden con las necesidades. Por parte de los profesionales de salud, existe una lectura de que para la población la salud no es prioridad, que existe desinterés en participar en actividades de promoción de salud y que su participación está restringida por los horarios. Por parte de los miembros de la comunidad destacan las actividades económicas diarias como fuente de ingresos y sustento de las cuales no pueden prescindir. Es decir, existe una clara preferencia por dedicar el tiempo a

generar recursos económicos por la irregularidad en los ingresos. Frente a este particular, no se han diseñado estrategias de intervención que empaten con la dinámica comunitaria.

DISCUSIÓN

Desde la estrategia de Atención Primaria de Salud, el Ministerio de Salud Pública se plantea la participación social en salud como la vía para garantizar el control de la población sobre su salud, desde la consideración de la población como ente activo, capaces de contribuir en la toma de decisiones; consideraciones que se presenta únicamente en las autoridades y TAPS. En cuanto a los lineamientos de participación social en salud, no se han considerado desde su esencia como las directrices en base a las cuales delinear acciones y estrategias. No se hizo referencia en ningún momento a la relación entre las estrategias y lineamientos, no se han concretado espacios de deliberación y consulta, no se fomenta procesos para que se consideren los aportes de la ciudadanía en la construcción de la política pública de salud y no se difunden ni promueven las iniciativas de control social.

En concordancia con otros estudios (Delgado y Gallego, 2005; Restrepo, 2009), para los miembros de la comunidad, la participación social en salud está relacionada con la utilización de servicios de salud. En el caso de los profesionales, lo asocian con que la población asista a actividades institucionales lo cual dista mucho del propósito planteado en lo que a participación en salud se refiere. Un aspecto señalado por autoridades se relaciona con la instrumentalización e institucionalización de la participación al considerar la participación de la gente como una herramienta para cumplir objetivos institucionales, no

necesariamente del Ministerio de Salud, sino utilizado por ciertos partidos políticos que ostentan el poder en el cantón.

Existe una brecha entre lo que se propone dentro de las estrategias para promover la participación social en la población y la forma en la que se ejecuta, prácticas, debido a que éste proceso está mediado por exigencias institucionales que dejan en segundo plano la identificación de necesidades conjuntamente con la población y el diseño de acciones de respuesta.

Existe dificultad para promover el enfoque preventivo y de cuidado de la salud en la población, la cual manifiesta claramente que la primera asociación que establece al momento de entender la salud es el no estar enfermo. También existen dificultades en los elementos que influyen en la participación planteados por Bichman: evaluación de necesidades de participación, movilización de recursos, liderazgo, organización y gestión. Al respecto se recogen aspectos como la precaria identificación de necesidades con la población, la restricción en los recursos y la expectativa de la población a recibir alguna compensación material por la participación, la falta de apoyo de líderes en temas relacionados con salud, la organización de actividades que responden a una exigencia institucional y la realización de las mismas como mero cumplimiento.

En lo que concierne al capital social, se evidenciaron debilidades en la generación de confianza por parte de líderes, las acciones aisladas de la población que persiguen objetivos individuales, la exposición a críticas frente a la participación en actividades para el cuidado de la salud percibidas como nuevas o diferentes. En este mismo sentido destaca la participación de los adultos mayores, que en general son quienes acogen mejor las

actividades planteadas por el personal de salud y manifiestan el bienestar que les genera el reunirse y conformar clubes de usuarios.

En el grupo de madres de familia, un aspecto que no se ha considerado es el hecho de que para garantizar su participación es necesario contar con el apoyo de la familia y la autorización de dejar a un lado los quehaceres del hogar para destinarle ese tiempo a asistir a actividades convocadas por el personal de salud. Se asume como una concesión que realiza el esposo y familia en general.

CONCLUSIONES

El conocimiento de los participantes en la investigación sobre lineamientos para promover participación social en salud es impreciso y escaso; se centra principalmente en las actividades dirigidas a la población como beneficiarios, más no como actores sociales con capacidad para influir de alguna manera ni se aborda la necesidad de capacitación al personal de salud como ejecutor de las estrategias planteadas.

Se presentó una notable diferencia entre la percepción de la participación en términos generales y la participación social en salud; en el primer caso fue notable una actitud positiva y proactiva en contraste con el ámbito de la salud que se lo percibía como algo ajeno a la dinámica comunitaria.

La población asume una posición pasiva en lo que respecta a la participación social en el ámbito de la salud lo cual contrasta con lo que se promueve mediante políticas y lineamientos; para autoridades y TAPS constituye un espacio de identificación de

necesidades, toma de decisiones y resolución de problemas. En el caso de médicos y enfermeras está relacionado con el trabajo extramural, la integración del personal de salud y la comunidad. El involucrar a la gente de afuera.

Para el personal de salud existe una relación entre la participación y el estado de salud de la población, sin embargo no se ha logrado llegar con el enfoque preventivo y de cuidado de la salud.

No se considera la pertinencia en las actividades ejecutadas debido a que persiste un enfoque vertical en la planificación de actividades donde el personal de salud y la comunidad no tienen posibilidad de retroalimentar la construcción de dichas estrategias; razón por lo cual corren el riesgo de ser descontextualizadas y no empatar con las necesidades de la población frente a lo cual pierde sentido los objetivos por los cuales se interviene en la comunidad.

Es fundamental posicionar la participación social en salud como un derecho que el Estado debe garantizar mediante la ejecución efectiva de estrategias que genere los espacios pertinentes, los recursos económicos y que sean construidos desde y con la población a la cual se dirige y quienes son los receptores finales de las acciones diseñadas a nivel nacional.

RECOMENDACIONES

Generar un programa de capacitación al personal de salud en estrategias para fomentar la reflexión del contexto en el cual vive la población para identificar factores que

puedan perjudicar la salud y actuar sobre los mismos lo cual incrementar el capital social en territorio.

Adjudicar mayor prioridad a la revisión y retroalimentación de las programaciones elaboradas por cada equipo de atención integral en salud haciendo hincapié en que se considere como principal insumo las dinámicas propias de la comunidad como: horarios, ocupaciones, intereses para planificar las actividades. Semestralmente realizar plenarias donde se presenten los avances obtenidos en las intervenciones comunitarias.

Con el equipo de comunicación a nivel zonal y distrital diseñar una campaña en medios locales y espacios comunitarios para fortalecer la comunicación y difusión de las actividades propuestas para posicionar el tema del cuidado de la salud en la cotidianidad de la población.

En el caso de autoridades generar un mecanismo de evaluación a nivel local que permita evidenciar los resultados de las intervenciones realizadas y la pertinencia de las mismas en función de la población asignada a cada equipo de atención integral en salud. Para esto se debe implementar en las plenarias la participación rotativa de miembros de la comunidad de los diferentes ciclos de vida a los cuales se dirigen las intervenciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arévalo. A, (2003), Participación comunitaria y control social en el sistema de salud.

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v6n2/v6n2a01.pdf>

Carrillo Franco, J. & López, L. (2014). Participación social en salud en la atención primaria en Bogotá: voces de mujeres. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(26) 144-

157. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54531419011>

Coleman J. (1988) *Social capital in the creation of human capital*. The American Journal of Sociology; V. 94: 95-120.

Consejo de Participación Ciudadana y Control Social. Participación y Control Social.

Recuperado de: <http://www.participacionycontrolsocial.gov.ec/>

Constitución de la Republica Del Ecuador 2008. Registro Oficial 449 de 20-oct-2008.

De Souza L. H, Eggert B., Teresinha. I., (2012) A percepção dos profissionais e usuários de estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção as saúde.

Disponible en:

Delgado Gallego , Participación social en salud: concepto de usuarios, líderes

comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada

cualitativa. Disponible: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v79n6/original6.pdf>

Delgado Gallego, M. E., Vázquez, M. L., Zapata Bermúdez, Y. & Hernán García, M. (2005).

Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios,

gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 79(6) 697-707. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17079609>

Delgado-Gallego, M. E., & Vázquez, M. L., (2009). Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos de Colombia y Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 169-178. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100018

Delgado-Gallego, María E, & Vázquez-Navarrete, Luisa. (2006). Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. *Revista de Salud Pública*, 8(2), 128-140. Retrieved April 09, 2015, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000200001&lng=en&tlng=es .

Escobar López, María Teresa, & Carrera Celis, César Alexis. (2015). Percepción Sobre Consentimiento informado en pacientes de cuatro diferentes áreas de Atención En Salud En Bogotá, Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 15(1), 14-25. Retrieved April 09, 2015, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022015000100002&lng=en&tlng=es

García Londoño, Juan Darío (2013), Alcances y limitaciones teóricas y prácticas del “capital social en salud”. El caso del sistema de salud de Medellín, *Rev. Gerencia*,

Política, Salud, 12 (24) 184-208, enero a junio 2013. Disponible en

<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/6100>

García Martín, 2006, Participación social y orientación comunitaria de los servicios.

Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911106715837>

Kawachi I, Berkman L. (2000) Social cohesion, social capital, and health. En Berkman LF,

Kawachi I, editores. Oxford: Oxford University Press

Ley Orgánica de Participación Ciudadana. Registro Oficial Suplemento 175. Año 2010

Ley Orgánica del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social. Registro Oficial

Suplemento 22 de 09-sep-2009. Año 2010

Méndez Claudio Y Vanegas Jairo , 2010. La participación social en salud: el desafío de

Chile Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a09v27n2.pdf>.
www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a09v27n2.pdf

Menéndez Eduardo, 2008, Participación social en Salud como realidad técnica y cómo

imaginario social privado. Disponible en:

<http://www.javeriana.edu.co/redcups/Menendez-Participacion-social-en-salud.pdf>

Ministerio de salud pública del Ecuador, Modelo de Atención Integral en Salud- Familiar,

comunitario e intercultural, Ecuador, 2013

Ministerio de Salud Pública, (2013) Lineamientos de participación social en salud.

Disponible en:

<http://www.cpccs.gob.ec/docs/niceditUploads/tempo/1408642111Lineamientos%20de%20participacion-%20Avances%20Septiembre2013.pdf>

Moiso. A, Mestorino. M, Ojea. O, (2007) Fundamentos de Salud Pública, Disponible en:

[file:///C:/Users/MEGAREDM/Downloads/modelos%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/MEGAREDM/Downloads/modelos%20(3).pdf)

Nigenda Gustavo, Clara Juárez, José Ruiz, Cristina Herrera, (2012), Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México.

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v47n1/07.pdf>

Putnam RD. (1993) Construir la democracia: las tradiciones cívicas en Italia moderna.

Princeton, NJ: Princeton University Press

Restrepo Vélez, Vega Román, 2009, Participación Social y Comunitaria en Atención

Primaria de Salud-APS. Bogotá: para la muestra un botón. Rev. Gerenc. Polit.

Salud, Bogotá (Colombia) 8 (16): 153-164 Disponible en:

http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol8_n_16/estudios_6.pdf

Restrepo Vélez, Vega Román, 2009, Participación Social y Comunitaria en Atención

Primaria de Salud. Bogotá: para la muestra un botón. Disponible en:

http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol8_n_16/estudios_6.pdf

Ruano Ana, (2011), The process of social participation in primary health care: the case of Palencia, Guatemala. Disponible en:

<file:///C:/Users/MEGAREDM/Desktop/CLASES%20USFQ/tesis%201/PARTICIPACION%20SOCIAL/RUANO%20SEBASTIAN%202011.pdf>

Sena, Soraya da Silva, & Souza, Luciana Karine de. (2013). Percepção dos pais sobre amizade em crianças típicas e com TDAH. *Psicologia Clínica*, 25(1), 53-72.

Retrieved April 09, 2015, from

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652013000100004&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-56652013000100004.

Soratto, Jacks, & Witt, Regina Rigatto. (2013). Participação e controle social: percepção dos trabalhadores da saúde da família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(1), 89-96. Retrieved April 09, 2015, from

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100011&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0104-07072013000100011.

Strauss, Anselm , Corbin, Juliet, (2002), Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. Primera edición (en español). Colombia

Susana Conde, Mabel Leal, Sandra Schmunk (2004) Salud comunitaria, Espacio Editorial, Argentina.

Taylor, S; Bogdan, R (1987) Introducción a los métodos cualitativos en investigación . Editorial Paidós, España.

Tobón Marulanda, Flor Ángela; Ramírez Villegas, John Fernando; Jiménez Cartagena, Claudio.(2013) Percepción de estudiantes universitarios consumidores de psicotrópicos sobre las políticas que abordan esta problemática en Medellín, Colombia. **Rev. costarric. salud pública**, San José , v. 22, n. 2, Dec. 2013

. Disponible en :

<http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292013000200006&lng=en&nrm=iso>.

Ulin Priscila, Robinson Elizabeth, y otros, (2006), Investigación aplicada en salud pública.

Métodos cualitativos, OPS, Washington DC. Disponible en:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/729/9275316147.pdf>

Vázquez Navarrete M Luisa, Silva M Rejane Ferreira da, Campos Eliane Siqueira, Pereira Ana Paula Campos, Diniz Alcides da Silva, Veras Ida Leite et al . (2002) Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el nordeste de Brasil: Una aproximación cualitativa. Rev. Esp. Salud

Pública [revista en la Internet]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500018&lng=es.

Weaver, Gary; Culture, (1998) Communication and Conflict; Simon & Schuster Publishing; USA.