

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LAS NUEVAS
POLITICAS DE EDUCACION SANITARIA**

Estudio prospectivo, operativo y descriptivo de la participación comunitaria en las nuevas políticas de educación sanitaria en el Municipio de Barberena y Aldeas, Mal País, Las Asturias, Los Bijagues, Quebracho, Usumasate, El Junguillo, El Colorado, El Pino del Departamento de Santa Rosa, comprendido del mes de Septiembre de 1992, a el mes de Abril de 1993. Guatemala

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

R O R

MANUEL OSWALDO CABRERA MONTERROSO

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1993.

$\frac{DL}{85}$
7(6603)

Guatemala, 24 de Mayo de 1993

Doctor Raúl Castillo Rodas
Unidad de Tesis -CICS-
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

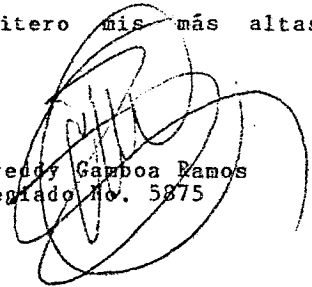
Doctor Castillo:

Atentamente me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que asesoré al Bachiller MANUEL OSWALDO CABRERA MONTERROSO, carnet No. 8315433, en la elaboración de su tesis titulada "PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LAS NUEVAS POLITICAS DE EDUCACION SANITARIA", estudio que se realizó en el Municipio de Barberena y Aldeas. Dicho estudio fué elaborado a mi entera satisfacción, cumpliendo con los requisitos que métodoicamente se requieren, por lo que solicito a usted por este medio su aprobación.

Agradeciendole su atención, le reitero mis más altas muestras de consideración y aprecio.

Dr. Freddy Gamboa Ramos
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 5875

Dr. Freddy Gamboa Ramos
Colegiado No. 5875



PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 24 de Mayo de 1993

Doctor Raul Castillo Rodas
Unidad de Tests -CICS-
Facultad de Ciencias Medicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Doctor Castillo:

Atentamente me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que asessoré al Bachiller MANUEL OSWALDO CABRERA MONTERROSO, carnet No. 8315433, en la elaboración de su tesis titulada "PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LAS NUEVAS POLITICAS DE EDUCACION SANITARIA", estudio que se realizó en el Municipio de Barberena y Aldas. Dicho estudio fue elaborado a mi entera satisfacción, cumpliendo con los requisitos que metodológicamente se requirieren, por lo que solicito a usted por este medio su aprobación.

Agradeciéndole su atención, le reitero mis más altas muestras de consideración y aprecio.

Jorge Palma Moya
Colegiado No. 2043



[Handwritten signature]



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 3 de JUNIO de 1993

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis


Se informa que el: Bachiller. MANUEL OSWALDO CARRERA MONTEROSO
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

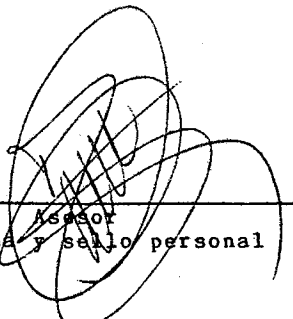
Carnet No. 3315433
completos

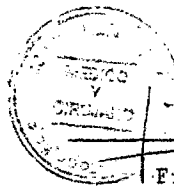
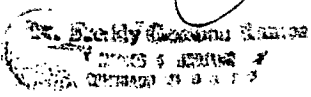
Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

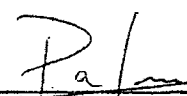
"PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LAS NUEVAS POLITICAS DE EDUCACION
SANITARIA

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Firma y sello personal




Revisor
Firma y sello



Registro Personal 4608

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE:

El Bachiller: MANUEL OSWALDO CABRERA MONTERROSO

Carnet Universitario No. 3315433

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano en su Examen General
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LAS NUEVAS POLITICAS DE EDUCACION
SANITARIA

Avalado por asesores y revisor, por lo que se emite la presente


ORDEN DE IMPRESION

Guatemala, 31 de JUNIO de 1993

Dr. Edgar R. De León Barrios
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

IMPRIMASE:


Dr. José Ernesto Cabrera Franco
D E C A N O

INDICE

	PAGINA
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	4
IV. OBJETIVOS	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	6
A. COMUNIDAD	6
B. DESARROLLO	6
C. ASISTENCIA PRIMARIA EN SALUD	7
D. PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD	8
E. PLAN NACIONAL DE SALUD	10
F. METODO DE AGUDELO	11
G. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO	13
VI. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	16
VII. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION	22
VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS	25
IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	32
X. CONCLUSIONES	35
XI. RECOMENDACIONES	36
XII. RESUMEN	37
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
XIV. ANEXOS	42

I. INTRODUCCION

La salud es un derecho de todos, que recientemente fue elevado a rango constitucional en nuestro país. Ese derecho, sin embargo trae aparejado el deber de todos de participar en forma activa a la preservación y conservación de su propia salud.

Internacionalmente se acepta que la atención primaria de salud es la estrategia adecuada para extender la cobertura de los servicios; asimismo, se acepta que la participación de la comunidad es uno de los requisitos fundamentales para la aplicación de dicha estrategia. El propio sistema de salud, reconoce que la participación responsable y enterada es indispensable para que la prestación de los servicios sea más efectiva y que éstos se den con oportunidad y calidad.

El logro de estas nuevas políticas depende de la importancia que en las políticas nacionales se de a las actividades de atención primaria de salud. Estas a su vez dependen del grado de participación de la comunidad, del empleo de tecnología apropiada y del desarrollo multisectorial, estrategias cuyo éxito está condicionado por la información y la educación sanitaria.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La situación económica precaria es la causa fundamental del saneamiento inadecuado, y la provisión de los recursos es fundamental para romper el principal mecanismo de transmisión de enfermedades, como las campañas de programas de mejoramiento de los servicios de salud.

El análisis de las experiencias más fructuosas en las comunidades, indica que los servicios se utilizan mucho mejor cuando se enseña a los usuarios a determinar sus propias necesidades y su orden de prioridades, a participar en la adaptación y la evaluación de las tecnologías apropiadas con arreglo a los servicios ofrecidos para atender esas necesidades, y a desarrollar sus propios recursos con objeto de extender o modificar los servicios ofrecidos en *una* auténtica colaboración con el gobierno.

En las nuevas políticas de educación sanitaria deben, por tanto, incluirse en primer lugar disposiciones claras e inequívocas para la participación de la comunidad en la planificación, la evaluación y la elaboración de tecnología apropiada en el sector sanitario. Por lo que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud: La política debe respaldar ese derecho y la educación sanitaria debe apoyar ese deber.

* La experiencia adquirida en otros países parece indicar que la comunidad desempeña mejor la coordinación multisectorial una de las tres piedras angulares de la atención primaria de salud.

Como se sabe, -El primero es un compromiso de equidad en la asignación de recursos sanitarios y educativos.

El segundo tipo de apoyo necesario para llevar a efecto esas condiciones, es un mandato a todos los agentes sanitarios, educadores y miembros del personal de los medios de comunicación para que asuman responsabilidades en las actividades.

Por último para la movilización eficaz de estos y otros recursos sectoriales, será necesario aplicar el tercer tipo que consiste en organizar las investigaciones y fomentar la formación de personal y los medios de información en todos los sectores del sistema nacional de salud.

III. JUSTIFICACION

En cumplimiento del derecho a la protección de la salud que establece que todos los Guatemaltecos deberán tener acceso a los servicios de salud, el programa del Ministerio de Salud Pública a través del componente para el desarrollo de la capacidad operativa, establece una área programática específica de participación comunitaria, que tiene como propósito fomentar la participación organizada de la comunidad para apoyar las acciones de salud surgidas de una concertación entre la propia comunidad, las cuales serán ejecutadas por los equipos asignados a cada unidad aplicativa, tanto en las de nueva creación como en las ya existentes.

La participación comunitaria es una condición indispensable en el funcionamiento de los servicios de salud, constituye el soporte operativo para el impacto de los servicios prestados y para dar continuidad a los programas que se aplican, además de que representa una de las estrategias de ampliación de cobertura al incorporar auxiliares de salud y promotores voluntarios en la ejecución de acciones de salud específicas.

Es por lo tanto pertinente evaluar los grados de dicha participación, ya que con frecuencia se efectúan publicaciones sobre dicho tema pero no se realizan programas de valoración.

IV. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL:

1. Evaluar el grado de amplitud, totalidad y tipo de gestión de la participación comunitaria en salud, en el Municipio de Barberena y las Aldeas, Mal País, Las Astas, Los Bijagues Quebracho, Usumasate, El Junquillo, El Colorado y El Pino del Departamento de Santa Rosa Guatemala, 1992-1993.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar que Recursos Humanos, participan en la solución de la problemática de salud en el Municipio de Barberena y las; Aldeas, Mal País, Las Astas, Los Bijagues, Quebracho, Usumasate, El Junquillo, El Colorado y El Pino del Departamento de Santa Rosa.
2. Determinar el grado de participación comunitaria en salud y el concepto bajo el cual ésta se promueve por parte del personal de salud que en ella trabaja, en el Municipio de Barberena.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

La atención primaria de salud se distingue de los servicios sanitarios básicos por dos características: la primera es, como hemos visto, la importancia concedida a las necesidades y a la participación de la población; la segunda es el planteamiento multisectorial del desarrollo sanitario. (15,18)

Con toda certeza, solos no conseguiremos alcanzar la meta de la salud para todos en el año 2000. Tenemos que unir nuestras fuerzas con las de los demás. La cooperación es un principio fundamental de la atención primaria de salud. Su estrategia requiere el establecimiento de una acción multisectorial en todos los planos, con objeto de fomentar en otros sectores un interés real por los aspectos sanitarios del desarrollo socio-económico. Esa estrategia requiere también una intervención en una gran variedad de actividades de educación sanitaria en las comunidades, las escuelas y las fábricas, y en ámbitos específicos como la nutrición, el abastecimiento de agua, el alojamiento, la comunicación la protección del medio ambiente y el uso de los medios de información. (23,28)

A. COMUNIDAD:

Bajo este concepto, se comprenden una gran diversidad de agrupamientos sociales, que tienen intereses comunes y líderes que lo representan.

B. DESARROLLO:

Tiene por objeto la promoción del individuo y la capacidad para transformarse en forma continua y contribuir al desenvolvimiento global de su sociedad, a fin de asegurar el máximo bienestar de sus miembros.

1. TIPOS DE DESARROLLO COMUNITARIO:

- a. Espontaneo: Presupone, en la comunidad que lo patrocina, un nivel material y cultural tan elevado como para poder dedicar parte relativamente estimable de los esfuerzos, del tiempo y del financiamiento. Los fines estrictamente materiales son cuantitativa y cualitativamente secundarios.
- b. Asistencial: Promovido y dirigido por instituciones públicas, religiosas o privadas a diferencia del desarrollo comunitario espontáneo, el sentimiento de comunidad es creado y fomentado desde afuera. (20,27)

Actúa principalmente en niveles socio-económicos bajos, con escaso sentido de cohesión social y un índice elevado de necesidades materiales. Se considera como el tipo de desarrollo más difundido.
- c. Intermedio: Entre los dos tipos descritos. Una vez impulsado externamente el desarrollo comunitario mediante ayudas en la organización y en los medios de funcionamiento iniciales, las comunidades son capaces de proseguir por si solas, o a lo sumo, con una supervisión muy discreta, los objetivos propios del desarrollo comunitario. (20,27)

C. ATENCION PRIMARIA EN SALUD:

La atención primaria en salud hace referencia al primer contacto del individuo con el sistema de prestación de servicios de salud, basadas en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundada y socialmente aceptable, en cada uno de las etapas de su desarrollo y autodeterminación. (3,17)

En 1978, la Organización Mundial de la salud patrocinó una conferencia internacional sobre la atención primaria de salud, que se reunió en Alma-Ata y en la que se dió un sentido nuevo un dinamismo acrecentado a esas ideas, así como a la meta de salud para todos en el año 2000. Se a llegado a la conclusión de que la atención primaria de salud es la clave que permitirá alcanzar esa meta, y que la educación sanitaria es el primero de una lista de ocho elementos esenciales de la atención primaria de salud. Más aún, entre los principios rectores establecidos para la estrategia de salud para todos y para los métodos de la atención primaria de salud figuran. (22,24)

1. La participación de la comunidad
2. la tecnología apropiada
3. La acción multisectorial

D. PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD:

Es el estudio que efectúa la comunidad de sus valores y sus necesidades en materia de salud, actuando sobre la información que da la comunidad sobre sus necesidades y dificultades, tomando las decisiones por orden de prioridad es el cual se complementa con el apoyo de los organismos centrales. (12,21)

Sin embargo, no es posible considerar la participación comunitaria fuera del contexto político, por lo tanto, los gobiernos deben legislar una política que apoye los programas de participación, pero con una adecuada asignación de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros.

1. INTEGRACION DE UNA COMUNIDAD:

La integración de una comunidad se produce por medio de cuatro instrumentos.

- a) Promotores sociales voluntarios, en las áreas geográficas que deben controlar.
- b) Los equipos de salud y los comités de salud planearán con los promotores sociales voluntarios de su área, las acciones a realizar de cada programa sustantivo de salud mes con mes. (2,25)
- c) Otras organizaciones sociales de carácter estatal, municipal y aun local, tanto del sector público como del privado.
- d) Independientemente de la estrategia general del programa nacional de organización participativa de la comunidad en salud, que contempla la integración y funcionamiento de los subcomités de salud, dependientes de los comités de planeación para el desarrollo estatal.

2. CARACTERISTICAS DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA:

- a) Activa: Cuando la población interviene en sus diferentes etapas.
- b) Conciente: Cuando se ha enterado a fondo de los problemas, y los traduce en necesidades sentidas y trabaja para solucionarlos, con mayor efectividad.
- c) Deliberada: No hay ninguna fuerza exterior que la haga actuar. Es la voluntad de cada uno y del grupo lo que les hace participar.
- d) Organizada: Cuando percibe la necesidad de aunar esfuerzos para lograr el objetivo común. (2,4,6,-10,29)
- e) Responsable: Cuando se compromete y decide proceder con pleno conocimiento de sus efectos y obligaciones.
- f) Sostenida: Cuando actúa en forma conjunta y permanente para resolver los diferentes problemas de su comunidad.

E. PLAN NACIONAL DE SALUD:

Dentro de las políticas propuestas para el año 1992, existe el de extensión de la cobertura de servicios de salud cuyo objetivo principal es la de llevar acciones de salud a los grupos poblacionales más desprotegidos, la racionalización de los recursos disponibles, la atención del alto riesgo y la coordinación intersectorial, son entre otros factores, fundamentales para el cumplimiento de esta política.

Para el cumplimiento de estas políticas, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha seguido las siguientes estrategias. (5,7,11,13)

1. Atención Primaria de Salud
2. Atención médica integral con énfasis en el area rural
3. Fortalecimiento de los programas de educación sanitaria.
4. Desarrollo del recurso humano

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundada y socialmente aceptable, puestas al alcance de todos los individuos y familias de estas comunidades mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. (14)

La atención primaria de salud se orienta hacia los problemas sanitarios, de la comunidad y presta los servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y fomento de la salud. Con el propósito de alcanzar objetivos sociales tales como el mejoramiento de la calidad de vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos, a través de la participación comunitaria, que es un elemento esencial

de la atención primaria de salud. (16,19,26)

F. METODO DE AGUDELO:

Carlos A. Agudelo propone un método para evaluar la participación comunitaria en salud mediante un sistema de puntuación que permite establecer los grados de participación en tres campos a saber. (1)

1. LA AMPLITUD: Está determinada por el número de instrumentos presentes y actuales. Cada uno de ellos se basa en una combinación específica de los factores de organización, acción y autonomía, adjudicándosele un valor. (1)

La suma de los instrumentos, y los puntos que representan, mide la amplitud de la participación comunitaria. A mayor número de instrumentos, mayor el grado de amplitud.

2. LA TOTALIDAD DE LA PARTICIPACION: Se evalúa examinando la integración de cada uno de los instrumentos comunitarios al proceso administrativo de la salud, específicamente en la planificación, la ejecución, el control y la evaluación. La totalidad de la participación puede tener diferentes grados y son muchas las formas en que cada instrumento se integra o desarrolla actividades. (Ver cuadros A y B de este apartado) (1)

Siempre es necesario valorar conjuntamente la amplitud y la totalidad para estimar el alcance real de la participación comunitaria. Conviene insistir en que la amplitud mide los instrumentos que ha creado la comunidad y por tanto, refleja la respuesta global de esta ante los problemas de salud, mientras que la totalidad califica un instrumento en actividades de salud. Puede darse una amplitud alta acompañada de una totalidad baja para cada instrumento o, viceversa, una elevada totalidad del

instrumento promotor de salud puede corresponder a una amplitud mínima por falta de otros instrumentos. (1)

3. TIPO DE GESTION: Establece la forma en que la comunidad por medio de sus instrumentos, administra los recursos y las actividades de salud, a saber entre otros:

- a) Autogestión: Cuando la comunidad administra los recursos y las actividades. La toma de decisiones se produce a nivel de los instrumentos comunitarios, por lo menos en los aspectos claves. Supone una gran amplitud y totalidad de participación. (1)
- b) Coadministración: Cuando la comunidad comparte la administración con una institución de salud pública o privada. Se colabora en la toma de decisiones y por lo general, la institución de salud establece las políticas y consulta a la comunidad sobre su aplicación. Puede basarse en grados bajo o altos de amplitud y totalidad.
- c) Recepción Pasiva de Servicios: Cuando la comunidad no toma decisiones relacionadas con el servicio de salud. Se basa en grados muy bajos de amplitud y totalidad, o en la carencia de estos. Los dos tipos de gestión más adecuados son la autogestión y la coadministración. (1)
- d) Financiamiento: El financiamiento comunitario de un programa o servicios de salud suele corresponder a una de las formas siguientes: Aporte monetario, la labor comunitaria y aportes materiales. Los métodos de financiamiento comunitario dependen más de los criterios generales de diseño y aplicación de un programa que la amplitud o totalidad de la participación. (1)

Para la evaluación es necesario establecer las ventajas y alcance de las formas de financiamiento mencionadas. En consecuencia, la valoración de la financiación comunitaria debe comprender la forma concreta que se utiliza y sus características, conjuntamente con las actividades a las que se aplica y, de ser posible, el movimiento monetario que produce. (1,4,8)

G. DESCRIPCION DE LA AREA DE TRABAJO:

1. BARBERENA:

- a. Historia: El municipio fué creado por Acuerdo gubernativo del 20-12 de 1979, habiéndose conocido el poblado antes como corral de piedra.
- b. Costumbres y Tradiciones: La feria titular celebrada del 1 al 6 de enero según datos del Censo General de población 1950. El municipio tenía 15,519 habitantes en la cabecera 2,104 (2,056 ladinos y 48 indígenas). Las religiones que predominan son la católica y evangelica.
- c. Geografía y Ecología: La comunidad de Barberena, pertenece al Departamento de Santa Rosa, se localiza a 54 kilometros de la Capital y a 9 kilometros de la Cabecera Departamental Cuilapa, sobre la carretera C. Americana CA.1 que conduce a San Cristobal Frontera. Con altura sobre el nivel del mar 1,200 mts. Superficie 294 K². El Banco de marca establecido por la Dirección General de Caminos, frente a la gasolinera y el cementerio de la cabecera está a 1199.90 sobre el nivel del mar, latitud 14°,18,24, longitud 90°,21,36. Los límites geográficos del municipio son los siguientes:

- Al norte: Con Santa Cruz Naranjo. (s.r.)
y Fraijanes.
- Al sur: Con Pueblo Nuevo Viñas.
- Al este: Con Nueva Santa Rosa y Cuilapa.
- Al oeste: Con Pueblo Nuevo Viñas y Villa Canales.

Barberena: Cuenta con la cabecera, más ocho aldeas y dos caseríos, las cuales son las siguientes, Mal País con los caseríos los Cancitos y Los Pocitos, Las Astas, Los Bijagues, Quebracho, Usumasate, El Junquillo, El Colorado y El Pino.

- d. Organización Político Social: La administración de la comunidad está a cargo del consejo municipal, siendo el Alcalde su máxima autoridad.
- e. Producción Agrícola: La riqueza principal consiste en sus fincas productoras de buen café, siendo esencialmente agrícola, cosechan gran cantidad de maíz y frijol.
- f. Saneamiento Ambiental: Casi un 80% de la población posee drenajes y letrinas, así como agua potable.
- g. Educación: La comunidad cuenta con 4 escuelas, una de párvulos, cantonal, urbana, básicos así como una escuela nocturna.
- h. Salud: Cuenta con un centro de Salud: Clínica del I.G.S.S. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Con su recurso humano específico. Existen además varias clínicas médicas, odontológicas y farmacias. Es importante también mencionar, la medicina tradicional, que lo realiza personal empírico.
- i. Demografía: Según censo realizado por jefatura de área, población estimada para el año de 1992 30,086 y para el año 1993, 30,584.
- j. Sitio Arqueológico: Utzumazate.

- k. Parajes: La Forrestal, Fray Bartolome de las Casas (antes cerinal), Los Llanitos, La Colellana, El Pilar, Los Suquivayes.

VI. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

A. TIPO DE ESTUDIO:

Tipo prospectivo, operativo y descriptivo.

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Se tomó como parte del estudio, a los recursos humanos "Instrumentos Comunitarios" (persona en forma individual o en grupo perteneciente a la comunidad que participan en salud) y los grupos comunitarios organizados que no participan en salud.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se tomará el universo de los instrumentos comunitarios integrados al Programa de Salud. Y los instrumentos comunitarios organizados que no participan en salud.

D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO DE INCLUSION:

Se incluyen en la investigación a los integrantes de los diferentes comités, promotores sociales y voluntarios.

DE EXCLUSION: Se excluyen los centros y entidades con financiamiento internacional.

F. VARIABLES A INVESTIGAR:

Por ser un estudio de tipo descriptivo las variables son generales sin división de dependientes e independientes.

F. RECURSOS:**1. MATERIALES:****a. Económicos:**

- Reproducción de bibliografía Q. 40.00
- Material de escritorio Q. 60.00
- Reproducción de encuestas Q. 40.00
- Combustible Q.1000.00
- Impresión de Tesis Q.900.00

b. Físicos:

- BIBLIOTECAS: Facultad de Ciencias Médicas, Oficina Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.
- Libros de Consulta
- Boleta -Encuesta de recolección de datos.

2. HUMANOS:

- Jefe de Enfermería de Centro de Salud.
- Voluntarios de Salud
- Personal de Biblioteca Central U.S.A.C
- Personal de Biblioteca, Facultad de Ciencias Médicas.
- Personal de Biblioteca, Organización Panamericana de la Salud.
- Personal de Biblioteca, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

G. VARIABLES A ESTUDIAR:

1. Participación Comunitaria
2. Hombre Sujeto.

3. Hombre Objeto.
4. Promotor de Salud, Comité de Salud, Otras Organizaciones y Comunidad.

La medición de las variables se realizó a través de encuestas y entrevistas personales, a los miembros de las comunidades objeto de estudio, obteniéndose de esta forma los objetivos propuestos en el presente trabajo. Las variables que fueron tomadas son las siguientes:

VARIABLES	CONCEPTO	MEDICION
- Participación comunitaria	Son acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud prevenir las enfermedades y detener su avance.	Se realizó por el método de Agudelo a través de encuestas. (Ver anexos)
- Hombre Sujeto	Es la participación de la comunidad en la dirección y formulación de políticas de salud.	La medición se realizó por entrevista personal y encuesta. (Ver anexo)
- Hombre Objeto	Está dada por la forma en que asume la participación de la comunidad en la producción, conocimientos y actividades de salud.	También se realizó por entrevista y cuestionario. (Ver anexos)
- Sexo	Diferencia orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Se midió en base a cuestionario. Según el sexo.
- Promotor de Salud, Comité de Salud, otras Organizaciones y comunidad.	Personas que pertenecen a la comunidad y que trabajan para el mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades.	Se midió su participación por el método de Agudelo. A través de la encuesta. (Ver anexo)

CUADRO A
ETAPAS Y ACTIVIDADES

ETAPAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO	ACTIVIDAD		PROTOTIPOS
	No.	TIPO	
Planificación	1	Diagnóstico	Encuestas y estudios de campo comunitarios para <i>identificación</i> de problemas de Salud.
	2	Objetivos y Prioridades.	Discusión sobre objetivos y prioridades.
	3	Programación	Propuestas y discusión sobre actividades y acciones colectivas.
Ejecución	4	Administración	Administración de huertos escolares y comunitarios.
	5	Actividades Técnicas.	Vacunación, visitas domiciliarias, detección de grupos de riesgo.
	6	Educación	Actividades de difusión sesiones educativas.
	7	Utilización de servicios de salud.	Utilización de servicios de salud.
Control	8	Supervisión.	Análisis de cantidad, calidad y oportunidad de los servicios de salud.
Evaluación	9	Estudio de resultados.	Reunión con grupos de trabajo para presentación de resultados.

FUENTE: (1) Se asignan valores de ponderación a cada una de las actividades según sean realizadas por cada uno de los instrumentos de la comunidad presentes y actuantes.

ACTIVIDAD DE PLANIFICACION:

Ejecutadas por Promotores, Comités de Salud Otras Organizaciones Comunitarias y la comunidad colectivamente. Tiene un valor de ponderación. (1)

ACTIVIDADES DE EJECUCION:

La No. 4 realizada por Comités de Salud, vale 1.

La No. 5 realizada por el promotor de Salud tiene un valor de 2; si es Comités de Salud vale 1, Si es Otras Organizaciones Comunitarias, vale 3; si es la Comunidad Colectivamente vale 3.

La No. 6 si es Promotor de Salud vale 1; si es Comité de Salud, vale 2; si es Otras Organizaciones Comunitarias vale 2.

La No. 7 La comunidad Colectivamente vale 3.

ACTIVIDADES DE SUPERVISION:

Si son realizadas por promotores de salud, Comités de Salud y Otras Organizaciones Comunitarias, vale 1.

ACTIVIDADES DE EVALUACION:

Si son realizadas por promotor de Salud, Comités de Salud y Otras Organizaciones Comunitarias vale 1.

Si son realizadas por la Comunidad Colectivamente vale 2.

Estos valores de ponderación, se multiplican por el factor 5 para convertirlos en puntaje.

Con los resultados obtenidos se elabora un cuadro en el cual se expresa simultáneamente, el puntaje obtenido para la

amplitud y la totalidad de la participación comunitaria. (1)

CUADRO B**CUADRO DE MEDICION**

Grado de Participación según el Puntaje Total.

	PARTICIPACION	
	AMPLITUD	TOTALIDAD
ALTO	20-30	25 ó más
INTERMEDIO	10-15	20
BAJO	5	15 ó más

FUENTE: (1)

VII. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación se realizó en la población de estudio y aldeas correspondientes. Es pues una investigación que no afectó a seres humanos por lo que se puede garantizar que en algún momento se hizo daño físico, social mucho menos invasión a la vida privada de los integrantes, de los diferentes, comités, promotores sociales y voluntarios, por encontrarse aspectos negativos en la misma, podrían enterarse y cabría la posibilidad de causar daño psicológico a estas personas.

PLAN DE RECOLECCION DE DATOS:

Como instrumento de medición de las variables se utilizaron 2 cuestionarios para recabar la información (anexo No. 1 y anexo No. 2).

(1) INSTRUMENTO

Siendo el No. 1 para todos los Instrumentos Comunitarios integrados al Programa de Salud Comunitaria.

El No. 2 para los integrantes de los grupos Comunitarios Organizados que no participan en salud, de este se obtuvo el número de voluntarios de salud detectados. Ambos cuestionarios fueron llenados por el investigador en forma de entrevista.

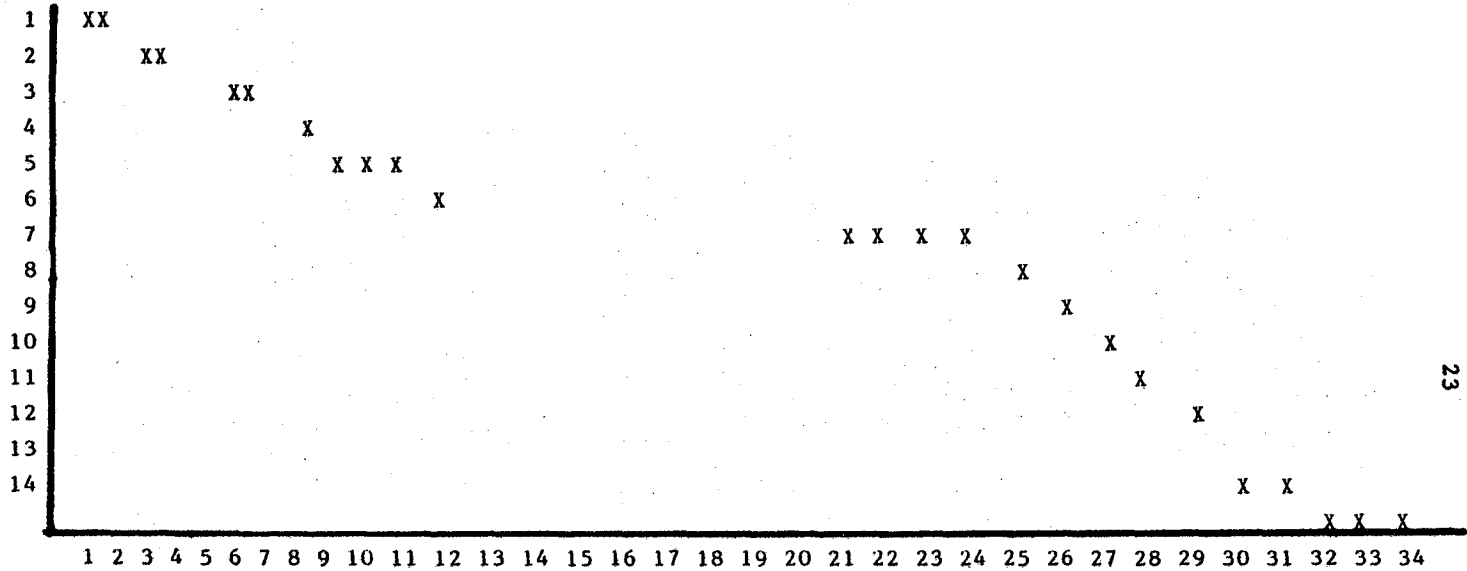
Estos cuestionarios son instrumentos previamente estandarizados para este tipo de actividad.

Las variables sobre las cuales se trabajó son:

1. Número de Instrumentos Comunitarios.
2. Integración de cada uno de los instrumentos del proceso administrativo.

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



SEMANAS

ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del Asesor y Revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con Asesor y Revisor.
5. Aprobación del proyecto por la coordinación de Tesis.
6. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información y capacitación de los encuestados.
7. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
8. Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de Conclusiones, Recomendaciones y Resumen.
11. Presentación del Informe Final para correcciones.
12. Aprobación del Informe Final
13. Impresión del Informe Final y trámites administrativos.
14. Examen Público de Defensa de la Tesis

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS MIEMBROS VOLUNTARIOS DE SALUD RECONOCIDOS, CON RESPECTO A LOS VOLUNTARIOS NUEVOS DETECTADOS EN EL MUNICIPIO DE BARBERENA DE SANTA ROSA PERIODO SEPTIEMBRE 1992 - ABRIL 1993.

SEXO	VOLUNTARIOS DE SALUD RECONOCIDOS	%	VOLUNTARIOS DE SALUD DETECTADOS	%
FEMENINO	19	76%	4	67%
MASCULINO	6	24%	2	33%
TOTAL	25	100%	6	100%

FUENTE: Datos obtenidos del estudio realizado de Septiembre 1992 a Abril 1993.

CUADRO No. 2

COMUNICACION CON CENTRO DE SALUD DE LOS VOLUNTARIOS DE
SALUD RECONOCIDOS Y VOLUNTARIOS DE SALUD DETECTADOS EN
EL MUNICIPIO DE BARBERENA, SANTA ROSA PERIODO,
SEPTIEMBRE 1992 - ABRIL 1993.

EXISTE COMUNICACION CENTRO DE SALUD COMUNIDAD	VOLUNTARIOS RECONOCIDOS	%	VOLUNTARIOS DETECTADOS	%
SI	25	100%	-	
NO	-	-	6	100%
TOTAL	25	100%	6	100%

FUENTE: Datos obtenidos del estudio realizado de Septiembre
1992 a Abril 1993.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE LOS VOLUNTARIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO
DE SANTA ROSA SEGUN LA ALDEA EN QUE RESIDEN PERIODO,
SEPTIEMBRE 1992 - ABRIL 1993.

ALDEA	No. DE VOLUNTARIOS	%
BARBERENA	8	32%
MAL PAIS	5	20%
LAS ASTAS	4	16%
LOS BIJAGUES	2	8%
QUEBRACHO	2	8%
USUMASATE	1	4%
EL JUNQUILLO	1	4%
EL COLORADO	1	4%
EL PINO	1	4%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Datos obtenidos del estudio realizado de Septiembre
1992 a Abril 1993.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION SEGUN ALDEA EN QUE RECIDEN LOS VOLUNTARIOS DE SALUD RECONOCIDOS COMPARADOS CON LOS VOLUNTARIOS DE SALUD, DETECTADOS EN EL MUNICIPIO DE BARBERENA, SANTA ROSA, PERIODO SEPTIEMBRE 1992 A ABRIL 1993.

ALDEA	VOLUNTARIOS DE SALUD RECONOCIDOS	%	VOLUNTARIOS DE SALUD DETECTADOS	%
BARBERENA	8	32%	1	17%
MAL PAIS	5	20%	-	
LAS ASTAS	4	16%	-	
LOS BIJAGUES	2	8%	-	
QUEBRACHO	2	8%	2	33%
USUMASATE	1	4%	-	
EL JUNQUILLO	1	4%	2	33%
EL COLORADO	1	4%	-	
EL PINO	1	4%	1	17%
TOTAL	25	100%	6	100%

FUENTE: Datos obtenidos del estudio realizado de Septiembre 1992 a Abril 1993.

CAUDRO No. 5

GRUPOS ORGANIZADOS DENTRO DE LA COMUNIDAD QUE NO PARTICIPAN EN SALUD, EN EL MUNICIPIO DE BARBERENA, SANTA ROSA PERIODO, SEPTIEMBRE 1992 A ABRIL 1993.

TIPO DE DEPENDENCIA	NUMERO DE GRUPOS	NUMERO DE INTEGRANTES
EDUCATIVO	3	50
RELIGIOSO	3	92
SOCIAL	2	41
BENEFICO	2	46
COOPERATIVA	1	22
TOTAL	11	241

FUENTE: Datos obtenidos del estudio realizado de Septiembre 1992 a Abril 1993.

CUADRO No. 6

PROYECTOS DE LOS GRUPOS COMUNITARIOS ORGANIZADOS A PARTICIPAR
EN SALUD. MUNICIPIO DE BARBERENA SANTA ROSA PERIODO
SEPTIEMBRE 1992 A ABRIL 1993.

PREGUNTAS DE CUESTIONARIO	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Creer que es importante un programa de salud en la población.	220	100	0	0	220	100
Creer que sea aceptado un programa de salud en su organización.	86	39	134	61	220	100
Les gustaría participar en un programa de salud.	40	18	180	82	220	100
Dispuestos a prestar sus servicios en forma gratuita y voluntaria.	9	4	211	96	220	100
Tiene tiempo disponible para participar.	14	6	206	94	220	100

FUENTE: Datos obtenidos del estudio realizado de Septiembre 1992 a Abril 1993.

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Luego del estudio realizado, partiendo de los datos obtenidos se evaluó, mediante las técnicas descritas teniéndose la siguiente información.

CUADRO No. 1:

En este cuadro se observa que el sexo que mas predomina en los voluntarios de salud, reconocidos es el femenino con un total de 19 voluntarios, correspondiendole un 76% del total, luego el sexo Masculino con 6 voluntarios y un 24%.

Lo que indica que la población femenina es la más participativa en la toma de acciones y decisiones dentro de la comunidad. Esta situación se debe en parte en que las mujeres al disponer más de tiempo, por ser amas de casa, esten más anuentes a participar, no así el sexo masculino que al tener un horario de trabajo establecido le es difícil participar como las condiciones lo requieren.

CUADRO No. 2:

El cuadro dos muestra en el estudio que el 100% de los voluntarios de salud reconocidos tienen comunicación constante con el Centro de Salud y el total de voluntarios detectados (100%) no la tienen.

La razón por la que los voluntarios de salud reconocidos mantienen abierta comunicación con el centro de salud, es porque continuamente reciben adiestramiento y capacitación, constante por parte del centro, mientras que los segundos indicaron no saber nada sobre la existencia de programas de capacitación, por lo que no poseen actividades motivacionales.

CUADRO No. 3:

Se observa que el lugar donde más voluntarios residen es donde se encuentra el Centro de Salud, o sea Barberena teniendo en total de 32% de la población, le sigue en orden las Aldeas Mal Pais con un 20%, luego los Astas con el 16%. La participación comunitaria en salud en estas aldeas es secundaria, ya que son las aldeas con mayor cantidad de habitantes.

CUADRO NO. 4:

En este cuadro se observa que las aldeas donde más voluntarios de Salud detectados se encontraron fueron el Quebrado y Junquillo con un 33%. Para ambas aldeas. Esta situación puede aprovecharse para beneficio de la población, ya que los voluntarios detectados residen en áreas donde hay también voluntarios de salud reconocidos, donde estos pueden localizarlos y continuar la incentivación que se les proporcionó al ser detectados.

CUADRO No. 5:

De los grupos detectados que son un total de 11, el que cuenta con un número mayor de integrantes es el religioso siguiéndole el educativo y luego el Benéfico.

Grupos que bien informados y organizados se les puede incentivar a participar en las actividades de salud dentro de la comunidad.

CUADRO No. 6:

En este cuadro se denota que el 100% de los integrantes del grupo comunitario que no participan en actividades de salud, consideran prioritario elaborar un programa de salud, dentro de la comunidad, pero menos de la mitad 39% aceptaría un programa de salud y un número mucho menos aceptaría ser voluntario de

salud.

Esto es consecuencia de la falta de información a estos sectores sobre la utilidad y beneficios de un programa de salud, que ayude a toda una población en general.

X. CONCLUSIONES

1. El grado de participación comunitaria en salud registrado para el Municipio de Barberena y Aldeas, Mal Pais, Las Astas, Los Bijagues, Quebracho, Usumasate, El Junquillo, El Colorado y El Pino del Departamento de Santa Rosa, Guatemala utilizando el Método de Agudelo fué BAJO.
2. La Amplitud de participación comunitaria en salud de el Municipio de Barberena y Aldeas fué BAJA, registrándose sólo a los Voluntarios de Salud reconocidos como únicos instrumentos de salud.
3. Debido a que los instrumentos comunitarios participan en la planificación de las actividades a realizar en el Municipio de Barberena y Aldeas, cuentan con un tipo de Gestión de Coadministración; y su financiamiento de labor comunitaria.
4. El número de posibles Instrumentos Comunitarios que desean integrarse al Programa de Salud Comunitaria es bajo en relación al número existente.
5. El grado de participación comunitaria que se a logrado en el Municipio de Barberena y Aldeas, se ve limitado debido a la conceptualización que en este se posee sobre Participación Comunitaria.

XI. RECOMENDACIONES

1. Que se fomente los programas de participación comunitaria en los niveles estatal, judicial y operativo, ya que el cometido es defender la política de educación Sanitaria, dando apoyo a todas las actividades técnicas en que participan la Organización y sus estados miembros, fomentar las iniciativas oportunas en la escala comunitaria. El cumplimiento de esos cometidos requerirá la participación de los medios de información y una gran comunicación interpersonal.
2. Que se estructure y organicen los comités de salud de dichas comunidades, y se convoquen promotores voluntarios a razón de uno por cada 10 familias para que auxilien al comité en sus funciones. Esta responsabilidad recaerá, según sea el caso, médicos, enfermeras, trabajadores Sociales, que laboren en los centros de salud o bien con los auxiliares de salud, donde los anteriores elementos no existan.
3. Cuando la comunidad se capacite y acepte la relevancia de la participación comunitaria, se podrá impartir pláticas educativas en materia de salud a los integrantes de los comités, a los promotores sociales voluntarios y a la propia comunidad.
4. Incorporando a todos los instrumentos de salud y la comunidad a las etapas de administración, planificación, ejecución, control y evaluación en salud, fomentando de esta forma la coadministración y la autogestión.

XII. RESUMEN

El presente trabajo se propuso determinar el grado de participación comunitaria en el Municipio de Barberena y las Aldeas, Mal Pais, La Astas, Los Bijagues, Quebracho, Usumasate, El Junquillo, El Colorado y El Pino del Departamento de Santa Rosa Guatemala, utilizando el Método de Agudelo, ubicar el concepto de participación comunitaria del personal formal e institucional de salud que tiene bajo su responsabilidad el Municipio.

La participación Comunitaria como parte fundamental del desarrollo, no es más que el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a salud y bienestar propias y de la colectividad, todo esto se ve limitado en el Municipio de Barberena y Aldeas. Se constató que NO existe participación comunitaria en salud en las comunidades investigadas, los grados de participación detectados están en grado BAJO. En el aspecto Amplitud, el líder y el comité tienen grado BAJO de participación.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Agudelo, C.A. Participación comunitaria en salud, conceptos y criterios de valoración. Bol Of Sanit Panam 1983 Sept; 95 (3) 205-215p.
2. Albarran S., Miguel. Educación no formal participativa. México CEDeFT, 1986. 29o. (Documento No. 19 de CEDeFT).
3. Boland, R. y M.E. Young. La estrategia, el costo y el progreso de la atención primaria de salud. Bol Of Sanit.
4. Castillo, E. La participación comunitaria en acciones de salud: Utilización del método propuesto por Carlos Agudelo, Sumpango, Sacatepéquez, Febrero-Junio 1989. Tesis (Médico y Cirujano) -Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1990 62p.
5. De Schutter, A. y Yopo, Boris. Investigación participativa en la educación. Cuernavaca. CEDeFT, 1986. 33p. (Documento No. 17 de CEDeFT).
6. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS- La participación como actividad práctica del hombre. S.P. (Mimeografiado).
7. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Fase III. Situación de Cobertura, niveles de atención y atención primaria. 1985 Octubre 20p. (Mimeografiado).
8. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS- La Investigación y El Método Científico.

Documento reproducido para fines docentes. (Mimeografiado).

9. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. OPGA Unidad de Documentación. Normas y Ejemplos para la preparación de Referencias Bibliograficas. 1985.
10. Guzman, J. Participación comunitaria en salud, grado de participación comunitaria en salud en la aldea el Milagro Municipio de Masagua, Departamento de Escuintla. Estudio prospectivo-descriptivo período septiembre 1988 a diciembre 1990. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1981.
11. Horwitz, A. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington: OPS. 1985. 505p. (Vol. 98, No. 5)
12. Hevia, R. Participación de la comunidad en la atención primaria de salud. Salud Pública. México. 1985 Septiembre Octubre. 27 (5) 402-409p.
13. Ibarra, N. Informe final sobre la asesoría en la educación para la salud, brindada al Ministerio de Salud Pública. Guatemala. UNFPA. 1985. SP. (Mimeografiado).
14. Jaen, M. y T. Quezada. Educación Médica y Salud. Washington: OPS. 1986. 101p. (Vol. 20 No. 2).
15. Jaramillo, J. Atención Primaria de Salud en Zonas Urbanas Marginales, El modelo de Costa Rica. Bol Of Sanit Panam. 1984 Septiembre. 97 (3) 1989-198p.
16. Jara H. Oscar. La investigación participativa; Una dimensión integrante del proceso de educación popular; ALFORJA. 1985 30p.

17. Kadt. D. E. Participación de la comunidad para la salud. UNICEF. 1974 53-68p. (Mimeografiado).
18. Kroeger, A. Atención Primaria de Salud en Latinoamerica. Guatemala: Documento reproducido con fines docentes. Fac. Medicina USAC. 1985.
19. Magnus. M. Grado de adaptación de programas de educación sanitaria de la comunidad en América Latina y el Caribe. Bol Of Sanit Panam. 1986 Octubre . 100 (5) 476-485p.
20. Marroquin. C.O. y R. Alvarez. Modulo de Educación y Participación Comunitaria. Guatemala: INCAP. 1987.
21. Moreno. Q.A. La Planificación Participativa en el Desarrollo de Proyectos con la Comunidad: Guatemala: Documento con perfiles y fines docentes. Fac. de Medicina USAC. 1990.
22. Oakley. P. Intervención de la Comunidad en el Desarrollo: Examen de los aspectos esenciales. Ginebra: OPS. 1990. 69p.
23. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en Salud; Informe sobre la conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. Ginebra; OMS. UNICEF. 1978 91p.
24. Organización Mundial de la Salud. Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Documento del consejo ejecutivo de la OMS Ginebra. 1978. 26p. (Serie salud para todos No. 2).
25. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción para instrumentación de las estrategias regionales. Salud para

todos en el año 2000. Washington 1982. 52-54p. (Documento oficial No. 179).

26. Organización Mundial de la Salud. Sistemas de Salud y Participación popular en Centro América. Informe final del VII seminario de programa de Centro Americano de Ciencias de la Salud. Costa Rica. 1980. 13-21p. (Publicación científica no. 144).
27. Organización Panamericana de la Salud. Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Resumen de la situación en al región de las Américas. Washington. 1978. 69p. (Documento oficial No. 159).
28. Organización Panamericana de la Salud. Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Informe final de la III reunión especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington. 1977. 6-20p. (Documento Oficial No. 156).
29. Organización Panamericana de la Salud. Programa de adiestramiento en salud comunitaria de Centro América y Panamá. Ejemplos prácticos sobre adiestramiento. Washington. 1981. s.p. (Mimeografiado).

XIV. ANEXO No. 1

CUESTIONARIO No. 1

A. INSTRUMENTOS COMUNITARIOS

Nombre _____ Dependencia _____
 Dirección _____

Primera Serie:

Util para clasificar los Instrumentos Comunitarios y presentes y actuantes de los grupos comunitarios.

1. Usted participa en los grupos comunitarios como:

a. Promotor de Salud	c. Lider Comunal
b. Voluntario de Salud	d. Personal Administrativo

2. De las diferentes organizaciones que existen en su comunidad, usted a cual pertenece.

a. Comité de Salud	c. Otras Organizaciones
b. Comunidad Colectivamente	d. Programas Centro de Salud

Segunda Serie:

Se examina la integración de los instrumentos al proceso administrativo de salud.

Usted Participa en:

1. Asambleas para informar de las necesidades que la comunidad tiene, e identificar a sus líderes naturales.
 SI _____ NO _____

2. Difundir mensajes y llevar a cabo pláticas sobre temas relacionados con la salud, apoyándose con material didáctico de fácil elaboración y manejo.
 SI _____ NO _____

3. Reuniones de trabajo periódicas donde participen los integrantes del comité de Salud y los miembros de los equipos de salud.
 SI _____ NO _____

4. Asignar a los promotores voluntarios y Comités de Salud, tareas específicas de los programas de salud.
 SI _____ NO _____

5. En difundir y elaborar unidades didácticas de programas de salud, que sean aplicadas por el magisterio en las escue-

las de educación preescolar, primarias y secundarias.

SI _____ NO _____

6. Vacunación, TRO, Crecimiento y Desarrollo, Educación para la salud, fomento de la participación, visitas domiciliarias, detección de grupos de riesgo y acciones colectivas.

SI _____ NO _____

7. Utilización de los servicios de salud.

SI _____ NO _____

8. Análisis de la cantidad, calidad y oportunidad de los servicios de salud.

SI _____ NO _____

9. Reuniones con representantes de la comunidad grupos de trabajo o asambleas para presentación de resultados.

SI _____ NO _____

Tercera Serie:

Determinar el tipo de Gestión y tipo de financiamiento:

1. La comunidad comparte el presupuesto para las obras de saneamiento básico y las alternativas para la obtención de los recursos materiales, técnicos y financieros necesarios.

SI _____ NO _____

2. Comparte la comunidad en acciones de mantenimiento de la unidad, considerándola como un elemento propio.

SI _____ NO _____

3. La comunidad no toma decisiones relacionadas con el servicio de salud y se basa en la carencia absoluta de participación.

SI _____ NO _____

4. El financiamiento comunitario de su servicio de salud suele corresponder a:

ANEXO No. 2

CUESTIONARIO No. 2.

A GRUPOS COMUNITARIOS ORGANIZADOS QUE DEBEN PARTICIPAR EN SALUD.

Nombre _____ Dependencia _____

Dirección _____

Primera Serie:

Determinar el número de integrantes de los grupos comunitarios.

1. Número _____

Segunda Serie:

Tipo de Dependencia.

Sindical	Educativa	Religiosa
Comercial	Militar	Social
Cooperativa	Política	Benéfica
Otro		

Tercera Serie:

Conocer las proyecciones de participación en salud.

1. Cree usted que es importante la integración de comités de salud.

SI _____ NO _____

2. Cree usted que es importante un programa de salud para la población.

SI _____ NO _____

3. Le gustaría participar en la integración de Comités de Salud.

SI _____ NO _____

4. Está dispuesto a prestar sus servicios en forma gratuita y voluntaria.

SI _____ NO _____

5. Tiene tiempo disponible para participar.

SI _____ NO _____