



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Percepciones de los actores sociales sobre la relación
del diseño del plan local de salud y la participación
comunitaria en la comunidad de Bellavista – Callao,
2020**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Medicina

AUTOR

Ronald Espíritu AYALA MENDÍVIL

ASESOR

Dr. Miguel Ángel VERA FLORES

Lima, Perú

2022



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Ayala R. Percepciones de los actores sociales sobre la relación del diseño del plan local de salud y la participación comunitaria en la comunidad de Bellavista – Callao, 2020 [Tesis de doctorado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2022.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Ronald Espiritu Ayala Mendivil
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09861941
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-9471-7162
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Miguel Ángel Vera Flores
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07921371
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-8970-751X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Pedro Jesús Mendoza Arana
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08284946
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Marcos Julio Saavedra Muñoz
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08475050
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Óscar Fausto Munares García
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07493051
Datos de investigación	
Línea de investigación	B.1.2.2. Gestión en establecimientos y servicios de salud
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento

Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Centro de Salud “Perú Korea Bellavista” País: Perú Departamento: Lima Provincia: Callao Distrito: Bellavista Urbanización: Ciudad del Pescador Calle: 49 Latitud: -12.061819331545138 Longitud: -77.1068548096791
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Febrero 2020 – julio 2020
URL de disciplinas OCDE	Ciencias del cuidado de la salud y servicios servicios https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01 Políticas de salud, Servicios de salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.02 Salud pública, Salud ambiental https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA

FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado

SECCION DOCTORADO



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

En la ciudad de Lima, a los nueve días, del mes de marzo del año dos mil veintidós, siendo las 5:00 pm, ante el Jurado de Sustentación, bajo la Presidencia del **Dr. PEDRO JESÚS MENDOZA ARANA**, y los Miembros del mismo:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------|
| • Dr. PEDRO JESÚS MENDOZA ARANA | PRESIDENTE |
| • Dr. MARCOS JULIO SAAVEDRA MUÑOZ | MIEMBRO |
| • Dr. OSCAR FAUSTO MUNARES GARCÍA | MIEMBRO |
| • Dr. MIGUEL ANGEL VERA FLORES | ASESOR |

El postulante al grado de Doctor, es MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA, don: **RONALD ESPÍRITU AYALA MENDÍVIL**, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada: "PERCEPCIONES DE LOS ACTORES SOCIALES SOBRE LA RELACIÓN DEL DISEÑO DEL PLAN LOCAL DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA COMUNIDAD DE BELLAVISTA – CALLAO, 2020", para optar el grado Académico de Doctor en Medicina.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, la cual obtuvo la siguiente calificación: "**A**" **EXCELENTE 19 (DIECINUEVE)** a continuación el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina, proponga que se le otorgue al Magister: **RONALD ESPÍRITU AYALA MENDÍVIL**, el Grado Académico de **DOCTOR EN MEDICINA**.

Se expide la presente acta en digital y siendo la 18:40 hrs. se da por concluido el acto académico de sustentación.

DR. PEDRO JESÚS MENDOZA ARANA
PRESIDENTE DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

DR. MARCOS JULIO SAAVEDRA MUÑOZ
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

DR. OSCAR FAUSTO MUNARES GARCÍA
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

DR. MIGUEL ANGEL VERA FLORES
ASESOR DE LA TESIS

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR

**Dr. PEDRO JESÚS MENDOZA ARANA
PRESIDENTE**

**Dr. MARCOS JULIO SAAVEDRA MUÑOZ
MIEMBRO**

**Dr. ÓSCAR FAUSTO MUNARES GARCÍA
MIEMBRO**

**Dr. MIGUEL ANGEL VERA FLORES
ASESOR**

DEDICATORIA

A los dos amores de mi vida, mis amados Hijos Gonzalo Ricardo y Alvarito Rodrigo, quienes en su desarrollo y crecimiento prolongo mi vida y mi existencia para hacerlos Hombres de bien para nuestra Sociedad. Asimismo, a mi Amada Jenifer, quien es mi compañera de vida.

A mis Amados Padres Gonzalo y Ofelia, que con su aliento e incondicional apoyo, forjaron en mí a un Hombre de bien.

A mis Hermanos, por su ánimo y afecto total.

A mis Abuelitos Maura, Víctor, Ananías y Espíritu que desde el cielo nos cuidan y protegen nuestro camino.

AGRADECIMIENTO

Al Prof. Dr. Miguel Angel Vera Flores, por su amistad, apoyo y asesoría permanente, quien supo conducir mis esfuerzos por el camino correcto.

A los Actores sociales y Agentes comunitarios de Salud de la Comunidad de Bellavista y Personal de Salud del C.S. “Perú Korea Bellavista” - Callao, por su colaboración y apoyo constante para la ejecución de la presente investigación.

A las Organizaciones Sociales de Base de la comunidad de Bellavista, por su sinceridad, apertura y apoyo en la ejecución de las entrevistas de salud.

INDICE

	Págs.
Portada	i
Miembros del Jurado Examinador	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
Índice de figuras	vii
Resumen	x
Abstract	xi
Capítulo I: INTRODUCCIÓN	1
Capítulo II: MARCO TEÓRICO	5
Capítulo III: METODOLOGÍA	44
Capítulo IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	50
CONCLUSIONES	120
RECOMENDACIONES	122
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
ANEXOS	136

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Características principales de las personas entrevistadas.....	46
Cuadro 2. Principales categorías y sub-categorías del estudio.....	47

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: “Ciclo de la Planificación Sanitaria”	13
Figura 2: “Conceptos de Participación en Salud”, acorde al tipo de actor social .	26
Figura 3: “Escalera de la Participación”	29
Figura 4: Listado de Factores Facilitadores y limitantes de la Participación Social en Salud.....	32
Figura 5: Análisis interpretativo de la definición del Plan de Salud Local, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao	53
Figura 6: Análisis interpretativo de la utilidad del diseño del Plan de salud local en el cumplimiento de metas, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao.....	58
Figura 7: Análisis interpretativo de la relación de la Participación en la elaboración del Plan de salud local, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao.....	60
Figura 8: Análisis interpretativo de la finalidad del diseño del Plan de salud local en relación al compromiso con la participación comunitaria, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao.....	63
Figura 9: Análisis interpretativo del abordaje de problemas sociales en el diseño de un Plan de salud local, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao.....	64

	Pág.
Figura 10: Análisis interpretativo de la manera en que los agentes comunitarios deben participar en salud, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao.....	66
Figura 11: Análisis interpretativo de la definición de la Participación Comunitaria y sus relaciones, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao.....	67
Figura 12: Análisis interpretativo del compromiso con la participación comunitaria en salud, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao.....	69
Figura 13: Análisis interpretativo del Empoderamiento en Salud, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao.....	71
Figura 14: Análisis interpretativo de las relaciones del Trabajo intersectorial, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao.....	73
Figura 15: Análisis interpretativo de la manera en que la comunidad debe participar en salud, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao...	76
Figura 16: Análisis interpretativo de la manera de identificar problemas de salud en la comunidad, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao.....	78
Figura 17: Análisis interpretativo de la forma de participación en el diseño de un Plan de salud local, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao	79
Figura 18: Análisis interpretativo del rol del agente comunitario en la participación comunitaria, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao	82

	Pág.
Figura 19: Análisis interpretativo de las relaciones de la motivación por el trabajo comunitario, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao.	87
Figura 20: Análisis interpretativo de los beneficios del diseño del Plan de salud local y sus relaciones, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao	94
Figura 21: Análisis interpretativo de los factores facilitadores del diseño del Plan de salud local, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao..	96
Figura 22: Análisis interpretativo de los factores que limitan el diseño del Plan de salud local, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao.....	99
Figura 23: Mapa mental global de las interrelaciones entre categorías con las sub-categorías estudiadas, sobre el Plan de Salud Local relacionado a la Participación comunitaria, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao.....	104

RESUMEN

Objetivo: Explorar las percepciones de los actores sociales de la comunidad de Bellavista sobre la relación del diseño del Plan Local de Salud y la participación comunitaria en la comunidad de Bellavista – Callao, entre los meses de Febrero a Julio del 2020.

Metodología: Investigación cualitativa de diseño fenomenológico. Se realizaron 08 entrevistas a profundidad a Actores sociales activos de la comunidad de Bellavista, previo consentimiento informado. Se procesó la información mediante el programa Atlas Ti v.09, se procedió a transcribir las grabaciones y se trabajaron 05 categorías, con subcategorías y códigos, analizando la información mediante la técnica propia de estudios cualitativos.

Resultados: Se identificaron 05 categorías con sub-categorías donde las entrevistadas refirieron diversas percepciones en la elaboración del Plan Local de Salud, sobre participación comunitaria, sobre el rol de los Actores sociales, sobre su relación con el establecimiento de salud y sobre el estado de salud individual, familiar y comunitario. Se interpretaron las relaciones existentes entre las diversas categorías, subcategorías y códigos identificados.

Conclusiones: El tipo de Participación de la comunidad evidenciada es Pasiva o Pseudo-participación. Existen varias opiniones que remarcan la injerencia político partidaria en temas de salud. La Participación Comunitaria permite la solución de los problemas comunes, por medio de la intervención de los actores sociales, a los cuales se les reconoce su labor con motivación, vocación de servicio y empatía. Es necesario fortalecer el vínculo entre el establecimiento de salud con la labor de los actores sociales de la comunidad.

Palabras clave: Plan local de salud, Participación comunitaria, Actor social.

ABSTRACT

Objective: To explore the perceptions of the Bellavista community' social actors on the relationship of the design of the Local Health Plan and community participation at Bellavista community – Callao, since February to July 2020.

Methodology: It was a Qualitative research and phenomenological design. 08 in-depth interviews were conducted with active social actors from the Bellavista community, with prior informed consent. The information was processed using the Atlas Ti v.09 program, the recordings were transcribed and 05 categories were worked with, with subcategories and codes, analyzing the information using the technique of qualitative studies.

Results: Five categories were identified with sub-categories where the interviewees reported different perceptions in the preparation of the Local Health Plan, on community participation, on the role of social actors, on their relationship with the health establishment and on individual health status, family and community. The relationships between the various categories, subcategories and codes identified were interpreted.

Conclusions: The type of Community Participation evidenced is Passive or Pseudo-participation. There are several opinions that highlight political party interference in health issues. Community Participation allows the solution of common problems, through the intervention of social actors, whose work is recognized with motivation, service vocation and empathy. It is necessary to strengthen the link between the health establishment and the work of the community's social actors.

Keywords: Local health plan, Community participation, Social actor.

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN

1.1) Situación problemática:

Son ampliamente conocidos los conceptos referidos a la “Planificación” refiriéndolo como el arte de emitir una reflexión antes que el hecho de actuar (Harnecker y Bartolomé, 2015; Li, 2005) la cual permita la elaboración de propuestas colectivas con la tendencia a ejecutar la toma de medidas y acciones que determinen la resolutiveidad de múltiples problemas que sean identificados por los Gestores. Este proceso de reflexión conduce a la definición de los que se denomina como “planificación local de los servicios de salud” que responde a la necesidad de brindar una respuesta a las reales necesidades sanitarias en una comunidad, la cual en gran medida inicia de la identificación de las necesidades desde la perspectiva de la oferta de servicios sanitarios, la cual se refuerza como uno de los sub procesos del clásico “Proceso Administrativo” aplicado a la Administración de servicios de Salud, y que dichos servicios están adscritos a la realidad de una localidad respectiva (Sandoval, Sanhueza y Williner, 2015; MINSA – DIRESA Cajamarca - APRISABAC, 2016), resaltándose que diversos investigadores postulan que todo los flujos de cambios que se busquen hacer en el nivel local y comunitario debe ser por medio de la participación de sus representantes con la debida acreditación comunitaria (Anigstein, 2004; Kestelman et al, 2017; Gómez et al, 2012; Molleda, 2001). Por lo anteriormente descrito, y siendo necesaria consolidar los aportes mediante un trabajo en mancomunidad en pro del bienestar poblacional, emerge la figura de los “Actores Sociales”, como ejes articuladores que representan a la población, con características particulares de representatividad, liderazgo, que son ampliamente descritas en múltiples investigaciones, siendo su participación en alguna de las partes de la Planificación local (Amo y Rodríguez, 2010; Cassetti, López y Paredes, 2018; Oyola, 2015; Pardo, Gil y Arenas, 2018; Speroni

et al, 2016; Páucar y Jurado, 2016), con cierto nivel de representatividad que les brinda la población, y permitiéndoles ejercer su labor de coordinación con los diversos sectores y de soporte comunitario, manteniendo un vínculo muy próximo con los establecimientos de servicios de salud (MINSA; 2014). Dicha labor se pone en realce en todos los campos que se vinculen con el desarrollo comunitario global y no solamente en la labor de apoyo a las necesidades de salud (Guerra, 2014).

Es ampliamente conocido que la participación viva de los Actores comunitarios se ponga de manifiesto al constituirse en verdaderos ejes vinculantes y articuladores con las instancias comunitarias, las cuales la ejercen por medio de alguna de las organizaciones sociales de base a la cual pertenecen, siendo su aporte de vital importancia para conducir la respuesta ante la problemática poblacional, contribuyendo de esta forma al desarrollo comunal (Córdova et al, 1998; Díaz, 2014; Guerra, 2014).

Es por estos motivos, que su participación a pesar de constituirse en verdaderos facilitadores del desarrollo local, por diversas circunstancias dicha labor no ha sido bien valorada, resquebrajándose en muchas ocasiones su interrelación con algunos establecimientos de servicios de atención primaria de la salud, por lo que resulta necesario interpretar y analizar las percepciones, sus opiniones, interpretaciones e ideas que poseen de su propia labor en la ejecución de actividades de un Plan de Salud Local.

En esa óptica, por la diversidad de características y realidades en cada comunidad que se ve afectada por diversos factores internos y externos, es que se realiza el análisis e interpretación de la realidad de una comunidad, en las que participan los Actores Sociales y las Organizaciones de base, ubicada en el distrito de Bellavista, de la Provincia Constitucional del Callao, en la que existentes ciertas limitantes que dificultan su labor en beneficio comunitario, siendo este el motivo principal de la ejecución del presente estudio y que permita

profundizar en este tema, la cual aún no ha sido suficientemente desarrollada, sin estudios anteriores que nos orienten en las categorías a tratar en este problema.

1.2) Formulación del problema:

¿Qué percepciones poseen los agentes comunitarios acerca de la relación entre el diseño del Plan de Salud Local y la participación comunitaria, en la comunidad del distrito de Bellavista, en la Provincia Constitucional del Callao, durante el período de Febrero a Julio del 2020?

1.3) Justificación de la investigación:

1.3.1) Justificación Teórica:

Los hallazgos de este estudio contribuirán a la comprensión de las relaciones que los agentes comunitarios deben mantener a través del trabajo interdisciplinario y con los establecimientos de servicios de salud locales, sin separarse ni subordinarse unos a otros. Con este aporte se podrá comprender e interpretar qué otros factores facilitadores y limitantes se tienen en consideración en la comunidad de Bellavista – Callao y que permite promover políticas públicas tendientes a fortalecer la labor comunitaria y que esta sirve como un eje integrador que conlleve al desarrollo local.

1.3.2) Justificación Práctica:

La presente investigación es importante por cuanto la planificación local participativa en salud está plenamente reconocida como un elemento fundamental para el logro de los objetivos comunales, pero que esta debe estar relacionada con otros factores que permitan el adecuado empoderamiento de la población con miras a solucionar la problemática de salud existente en la comunidad, a fin de evaluar no sólo el proceso salud-

enfermedad, sino también las condiciones de vida y la capacidad de la respuesta de la sociedad frente a los problemas de salud en la comunidad de Bellavista, que es jurisdicción del C.S. “Perú-Korea Bellavista” en la Provincia Constitucional del Callao.

1.4) Objetivos de la investigación:

1.4.1) OBJETIVO GENERAL:

- Explorar qué percepciones poseen los agentes comunitarios acerca de la relación entre el diseño del Plan de Salud Local y la participación comunitaria, en el distrito de Bellavista, en la Provincia Constitucional del Callao, durante el período de Febrero a Julio del 2020.

1.4.2) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Explorar las diversas percepciones acerca del diseño del Plan de Salud Local, desde la perspectiva de los agentes comunitarios incluidos en este estudio.
- Explorar las diversas percepciones acerca de la Participación comunitaria en Salud, desde la perspectiva de los agentes comunitarios incluidos en este estudio.
- Explorar las diversas percepciones acerca de la labor realizada por los Actores Sociales, desde la perspectiva de los agentes comunitarios incluidos en este estudio.
- Explorar las diversas percepciones acerca de su relación con el establecimiento de servicio de salud, desde la perspectiva de los agentes comunitarios incluidos en este estudio.
- Explorar las diversas percepciones acerca del Perfil de Salud familiar y comunitario, desde la perspectiva de los agentes comunitarios incluidos en este estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1) Antecedentes del problema:

2.1.1) Antecedentes Internacionales:

Speroni et al (2016) ejecutaron una investigación denominada “Percepciones de los agentes comunitarios de salud - contribuciones a la gestión en salud”, en la ciudad de Santa María, en Brasil, en el que interpretaron las diferentes percepciones, así como las motivaciones de los agentes comunitarios de la salud en las intervenciones realizadas en el municipio de Santa María. Fue una Investigación cualitativa de tipo exploratorio, entrevistándose a 33 agentes comunales que laboran en la Estrategia de Salud Familiar, se aplicó una entrevista semi-estructurada y se ejecutó análisis temático. Se obtuvieron 03 categorías principales: La perspectiva laboral de los agentes comunales y su interrelación con su comunidad, sus percepciones en relación al trabajo interdisciplinario y su relación con la administración en salud, y las desmotivaciones-motivaciones en su proceso laboral. Los agentes comunales comprenden su labor pero se desmotivan por el poco reconocimiento a la labor ejecutada. Se concluyó que existe una fuerte influencia sobre los niveles de insatisfacción y desmotivación laboral producto de una continua falta de apoyo del municipio en el que laboran.

Hernández, Bueno, Cantillo y cols. (2015) ejecutaron el estudio intitulado “Percepciones, conocimientos y actitudes de diferentes organizaciones basadas en la fe frente a su participación en la formulación del Plan de Salud Territorial del distrito de Barranquilla (Colombia), 2015”, en la ciudad de Barranquilla, en Colombia, se ejecutó una Investigación de tipo cualitativa, aplicándose 07 focus groups en comunidades religiosas basadas en la Fe, realizándose un proceso de reflexión sobre su incorporación en diversas mesas de concertación, tendientes a desarrollar actividades de promoción, prevención, planeamiento, implementación y

sostenibilidad de propuestas basadas en la mejora de las condiciones de Salud Pública en la Ciudad de Barranquilla

López (2011) ejecutó la investigación titulada “Percepciones y dificultades de participación comunitaria en salud de actores sociales en Carapari - Tarija Junio 2011”, en la ciudad de Tarija, en Bolivia, realizando una investigación cualitativa y cuantitativa, con la aplicación de entrevistas semi-estructuradas y entrevistas abiertas a personal sanitario y representantes de organizaciones comunales. Sus principales resultados fueron: El alto nivel de desconocimiento de la política de salud (73%), percibiendo su participación como “uso de servicios de salud”, y siendo un obstáculo “la falta de información y capacitación”. Concluyeron que no existe relación entre sus percepciones sobre la participación comunal y los contenidos y ejecución de las políticas sanitarias en Bolivia.

Méndez y Vanegas (2010) ejecutaron la investigación intitulada “La participación social en salud: el desafío de Chile”, siendo un artículo de reflexiones sobre las definiciones de la participación comunitaria y social, en la que la población debe participar en su propio proceso de identificación de la problemática, planteamiento de soluciones y ejecución de las mismas, variando dichos conceptos en relación a un balance entre proveedores (personal de salud) y los consumidores de servicios de salud (usuarios) a quienes se busca satisfacer. Este concepto es discrepante con la participación social en el sentido de ser un estímulo a la autonomía local y su participación interactiva en los servicios de salud, estando orientadas a su inclusión en las políticas de salud, por lo que resaltan su efecto “democratizador” y el rol necesario para garantizar éxitos de su influencia en los programas de salud en la sociedad. Así también considera a la participación social como “una forma de manipulación tanto política como social”.

Delgado y Vázquez (2009) ejecutaron un trabajo de investigación intitolado “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”, en la cual se analiza la percepción de usuarios y líderes de dichos países sobre la posibilidad de cambiar los servicios de salud. Estudio cualitativo, de tipo exploratorio y descriptivo realizado a través de focus groups y mediante la aplicación de entrevistas individuales con usuarios y reguladores en los países de Colombia y Brasil. Los resultados muestran que tanto usuarios como gestores se consideran capaces, mediante factores internos, de realizar los cambios necesarios para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud, por factores externos, además de compartir espacio en el establecimiento. La incompetencia se asocia con el cumplimiento y el miedo a la venganza, solamente en Colombia. Una población con una alta capacidad de realización percibida se presenta como un potencial que necesita ser fortalecido, al mismo momento que se mejora la participación democrática en las diversas instituciones, para una política más efectiva.

Miranda (2008) hizo una investigación intitulada “Actores sociales, su papel en el campo de la salud” en Colombia, en la cual realiza comentarios donde menciona que la participación social siempre está en evolución y que como todo proceso social cambia, y el grado de desarrollo depende más o menos del contexto social en el que se desarrolla. Han surgido ciertos obstáculos a la participación pública que requieren ser investigados y evaluados para eliminarlos como fuente de objeción a la adjudicación. Tener en cuenta la importancia de los grupos sociales que objetivamente están interesados en hablar sobre los procesos tecnológicos relevantes para sus comunidades y asegurar que tengan acceso a toda la información necesaria para apoyarlos y que participen activamente en la toma de decisiones locales.

Delgado y Vázquez (2006) hicieron la investigación intitulada “Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia: percepciones de los actores principales”, siendo su objetivo el analizar las barreras y oportunidades percibidas para la participación de las entidades involucradas en la política de participación social de Colombia en el sector salud. Se trata de un estudio exploratorio y cualitativo realizado en las

ciudades de Tuluá y Palmira por grupos focales de 260 usuarios y líderes, realizando entrevistas personales parcialmente estructuradas con profesionales asistenciales y decisores políticos. Se realizó análisis de contenido, creación de catálogos combinados y segmentación de datos de informantes y entidades. Las principales barreras para la participación fueron: La falta de conocimiento, la apatía y el temor notorio a las represalias, la falta de claridad, de apertura y la capacidad de respuesta institucional limitadas al proceso de participación y puntos de vista de los formuladores de políticas. La mayoría de los profesionales de la salud consideran ciertas barreras al conocimiento y las actitudes de los usuarios, y solamente algunas barreras institucionales tales como el comportamiento del personal, la capacidad institucional limitada o los recursos que facilitan el trabajo en la comunidad. Las oportunidades de participación se describen de acuerdo con los escenarios esperados y probables. Una oportunidad valiosa resulta la elevada capacidad percibida por los diversos usuarios para la obtención de cambios por medio de su activa participación. Se concluye que las percepciones de usuarios y líderes sobre las barreras y oportunidades parecen indicar que son actores críticos de su realidad y se constituyen en importante potencial para configurarse en interlocutores clave con las instituciones y el Estado. Una actitud semejante por parte de instituciones sería necesaria para construir una auténtica y duradera cultura participativa.

2.1.2) Antecedentes Nacionales:

Quispe (2017) hizo la investigación intitulada “Participación articulada de actores sociales como determinante de la calidad del servicio en salud del sector público en la Región Huancavelica”, en la ciudad de Huancavelica, en Perú, tuvo como objetivo el determinar qué tan claramente la participación social afecta la calidad de los servicios de salud en el sector público en la región de Huancavelica. Este es un importante proyecto transversal, explicativo y no experimental con una población de 112 empleados y 152,186 usuarios externos, con una muestra de 112 empleados y 384 pacientes en 56 establecimientos de salud, habiéndoles aplicado encuestas a empleados y entrevistas a usuarios externos. Los

resultados mostraron que el 57% de los trabajadores refirieron la participación obvia de los agentes comunitarios, mientras que el 61% de usuarios catalogaron como regular a la calidad de la atención, afirmando que la participación pública de la composición social afecta significativamente la calidad de los servicios de salud, hipótesis que fue confirmada debida a la alta linealidad de la relación entre la participación pública de los actores sociales y la calidad de los servicios de salud.

MINSA – Dirección Regional de Salud Cajamarca, APRISABAC (2016) llevaron a cabo una investigación titulada “Planificación local concertada para el desarrollo. Desarrollo comunitario, Serie 2” en la ciudad de Cajamarca, en Perú, en la que se reflexiona que la información de diagnóstico comunitario se proporciona de manera estructurada basada en un proceso de planificación participativa, priorizada y categorizada según tipo de problema, el plan comunitario contiene proyectos propuestos por la comunidad y los acuerdos que se realizan para los proyectos, los cuales se negocian entre las diversas instituciones locales y la población. Se encuentra que el eje de la planificación del desarrollo local es la articulación de actores y los temas comunitarios.

Valenzuela y cols. (2015) ejecutaron la investigación titulada “Percepción del usuario sobre los servicios de salud de la Comunidad de Chopcca, Huancavelica, desde una mirada Intercultural (resultado preliminar)”, en la ciudad de Huancavelica, en Perú. Su objetivo fue describir qué percepciones poseían los usuarios externos de los establecimientos de salud pública en Chopcca, Huancavelica, desde una perspectiva transcultural. Se trata de un estudio mixto cualitativo y cuantitativo, la cual describe y contrasta las opiniones de los pacientes, proveedores, agentes tradicionales de atención de salud y observadores externos. Aplicaron 771 cuestionarios con jefes de familia y 30 proveedores de atención médica, empleando paneles de discusión con usuarios y entrevistas a profundidad con agentes de la salud tradicionales, así como observadores externos. Se ha obtenido que el 44% de los encuestados “nunca” participaron en alguna de las actividades de programación y priorización sanitarias locales; el

85% opinó que el personal de salud les pone una “multa” cuando usan el parto domiciliario; mientras que el 77,2% indican que el personal de salud les da ciertas condiciones para su atención supeditando su intervención en varios programas sociales, tales como “Juntos”, “Pensión 65”, entre otros. Además, el 36,3% del personal de salud indica que se sancionan los partos domiciliarios no atendidos por personal sanitario; condicionándose la atención de su salud a su inclusión en los programas “Juntos”, “Pensión 65” entre otros. Se concluyó que los encuestados rara vez participaban en el proceso de planificación y priorización de las actividades sanitarias a nivel local, y la participación en programas comunitarios también presentaba problemas de salud. En el caso de partos domiciliarios, se mencionan penalidades o multas para el usuario.

Ayala (2010) ejecutó la investigación intitulada “Perfil de salud y elementos de la planificación local participativa en una comunidad urbano-marginal”, en la ciudad de Lima, en Perú. Tuvo como objetivo: Determinar el perfil de salud de los habitantes y sus familias en el AA.HH. “Puerto Nuevo” del Callao, así como su relación con la planificación local participativa, durante los años 2007 a 2008. Fue una Investigación mixta, cuantitativa - cualitativa, y de tipo aplicada, concluyendo con el proceso de triangulación de tres etapas: La primera fue cuantitativa, se aplicaron 600 encuestas domiciliarias; la segunda fue Exploratoria, usándose una entrevista a profundidad en personal de salud que labora en el C.S. “Puerto Nuevo” y la tercera fue la Triangulación de las etapas anteriores. Se hallaron algunos factores que dependían del entorno, lo que hace que el perfil sea muy vulnerable. Si bien el personal de salud tiene las ideas claras del uso del Plan de Salud local, se citan algunas opiniones negativas respecto de su diseño y posterior ejecución. Concluyendo que no hay relación entre el perfil de salud de la comunidad ya la planificación local en el C.S. “Puerto Nuevo”. Además, no consideran el análisis de la situación de salud real de la comunidad, pues toma en cuenta la producción que se registra de manera diaria en las hojas del sistema HIS-MIS.

2.2) Bases teóricas:

2.2.1) Definición del PLAN LOCAL DE SALUD:

El término “Planificar” o “Planear” posee diversas definiciones, siendo conceptualizadas como actividades involucradas en la preparación de la solicitud, implementación y elaboración de un plan de acción para abordar los temas previamente identificados con el fin de intervenir oportunamente en algunos o todos los problemas o para mantener las condiciones favorables que existen (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay; 2012).

De acuerdo a Li (2005), la planificación permite ayudar a lograr resultados a corto y largo plazo, por lo que es proactiva, posee efecto visionario, es creativa e inclusiva, y permite aprovechar de manera óptima los recursos limitados para alcanzar metas, asegurando el futuro de la organización y teniendo mejores alternativas, así como identificar posibles problemas y riesgos para encontrar formas efectivas de enfrentarlos. La base de la Planificación se centra en los problemas que sean identificados, es decir, situaciones percibidas por los actores como negativas, pero también se basa en elementos aspiracionales, no necesariamente en elementos negativos (Mendoza y Robles, 2009).

Acorde a lo indicado por Harnecker y Bartolomé (2015), el término Planificar significa “reflexionar antes de actuar”, mientras que el término Improvisar se refiere a la toma de decisiones sin haber reflexionado lo suficiente sobre las posibles consecuencias de los actos. En adición a ello, conceptualiza a la “Planificación” como *“un instrumento y no un objetivo”*, puesto que como herramienta debe ser capaz de alcanzar los objetivos trazados por los actores sociales involucrados. Si las tareas e iniciativas se realizan con el objetivo de involucrar la plena participación de los diferentes sectores sociales de la comunidad, ello es denominado *“Planificación participativa”*. Como es comprensible, dado que este proceso genera múltiples tareas, se deben aplicar estrategias prioritarias basadas en problemas que la comunidad y los actores

sociales puedan resolver. La planificación como proceso debe permitir la formulación de propuestas colectivas a fin de implementar medidas y acciones apropiadas para las comunidades y los actores en todos los niveles, con un enfoque particular en el nivel comunitario local. (Sandoval, Sanhueza y Williner; 2015).

Además, la práctica de la planificación implica un proceso mediante el cual se calculan ciertas situaciones y se predice lo que podría suceder y se requieren cambios dentro de un período de tiempo determinado (MINSA – Dirección Regional de Salud Cajamarca, APRISABAC; 2016).

En ese mismo camino, Kestelman et al (2017) conceptualizan el término Planificar como *“identificar problemas (actuales y futuros), fijar prioridades de intervención para implementar soluciones, determinar si éstas están dentro de la capacidad de acción de quien planifica, identificar los factores que determinan el estado de cosas consideradas insatisfactorias, establecer los cursos de acción posibles, determinar responsabilidades de la ejecución de las soluciones propuestas y definir los procedimientos de evaluación (anteriores y posteriores) que permitan monitorear si el curso de acción seguido es el adecuado para el fin perseguido y si los resultados están dentro de lo esperado”*.

Como se aprecia en la figura 1, se muestra el *“Ciclo de la Planificación Sanitaria”*, en la cual se incluyen aspectos que van desde la identificación de necesidades y de los problemas, así como la priorización de metas, objetivos, estrategias y actividades, considerando las formas de comunicación masiva, la movilización de los recursos, la evaluación de las medidas ejecutadas y la reevaluación de las necesidades que estaban previstas:

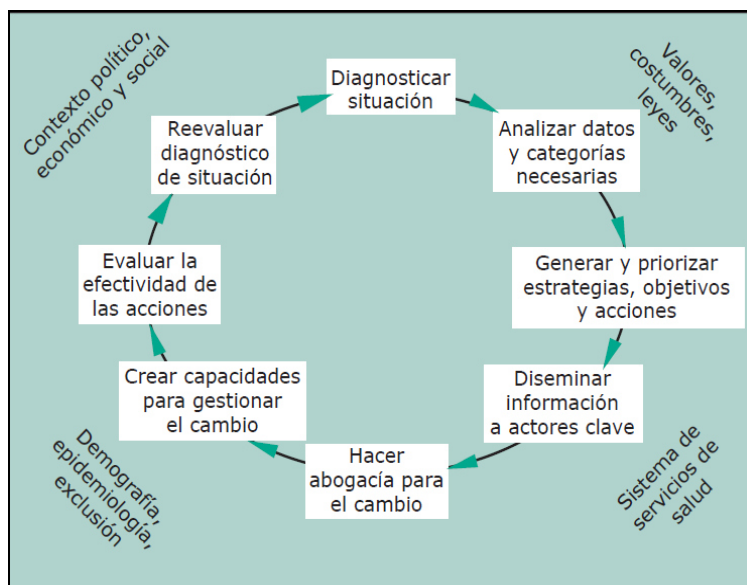


Figura 1: “Ciclo de la Planificación Sanitaria”

Fuente: OPS, OMS (1999). “Planificación local participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe”.

De acuerdo con Anigstein (2004), el término de Planificación local participativa se define como un método de trabajo con una secuencia lógica a fin de lograr la identificación de problemas y analizar sus causas, priorizar problemas, seleccionar alternativas de solución, asignar responsabilidades, controlar y evaluar resultados con base en la participación comunitaria y sobre la diversidad de actores locales para regular las decisiones adoptadas, las preferencias, los enfoques y sus percepciones de expectativas y necesidades sentidas.

Además de ello, Kestelman et al (2017) afirman sobre el concepto de la Planificación Local como “*un instrumento para conseguir equidad y justicia en salud es necesario reflexionar sobre el ámbito en donde se debe realizar dicha planificación para que no sea un ejercicio aislado ejecutado por el equipo de salud o por algunos de sus integrantes sino por el contrario, que se transforme en una herramienta fundamental para otorgarle al sector salud un rol primordial en el fortalecimiento de la participación comunitaria y la intersectorialidad*”.

Un concepto similar ha sido desarrollado por Garrido (2002), el que enfatiza como eje fundamental a la planificación participativa enraizada en la información, facilitación, participación y dinamización de la preocupación expresada y que debe ser considerada para asegurar la participación de todos los grupos sociales. Por otro lado, se debe tener en cuenta la observancia de hábitos y costumbres, deben utilizar la convivencia y técnicas que involucren la participación de los diferentes segmentos de la sociedad en un intento por llegar a su plena integración, siendo útil en este menester, la técnica denominada “investigación-acción-participativa”. En ese sentido, Gómez et al (2012) sustenta la factibilidad de la planificación participativa local basados en los componentes de tipo técnico, en conjunto con componentes políticos y pedagógicos, preservando un proceso que sea participativo y necesario para su oportuna consolidación. A fin de asegurar este proceso, Gómez et al (2012) clasificaron a ciertos factores como sinérgicos para hacer posible el proceso descrito, siendo dichos factores los siguientes:

- Fortalecer la propia identidad local y social y la de la sociedad involucrada.
- Crear unidades de políticas comunitarias competentes y seguir lineamientos para procesos de implementación apropiados.
- Construcción de un puente bidireccional de ida y venida entre los agentes comunitarios involucrados en este proceso.
- Plantear soluciones a los conflictos o situaciones potenciales que puedan obstaculizar las interrelaciones entre las partes involucradas.
- Lograr la inclusión comunitaria, asegurando que su participación sea un derecho primordial de sus propias comunidades.

Basado en las contribuciones de Heredia et al. (2011) se define a la “*Planificación estratégica situacional*” como la forma de hacer frente a los procesos sociales y sus complejidades, a partir del análisis de los problemas que requieran una respuesta interdisciplinaria, enfatizando que su objetivo principal es lograr la transformación de las variables que ocurren por los diferentes programas sociales. y proyectos que contribuyan a mejorar la

calidad de vida de la población. En ese mismo sentido, Matus (1987) indica que el planificador posee un campo visual que le permite articular adecuadamente el contexto situacional que lo rodea en tiempo y espacio, en diferentes ámbitos de la realidad, y con variadas perspectivas de análisis, que permite aplicar los siguientes postulados: Debe mediar entre el contexto actual y el contexto a futuro, además que se requiere prever cuando no es posible predecir una situación, además se requiere contar con destreza y capacidades para afrontar las situaciones nuevas que se experimenten, por lo que se requiere una intermediación entre el pasado y el futuro, así como del conocimiento dirigido a la acción, y deben encaminarse los esfuerzos parciales que realice cada actor social que interactúe este proceso.

Asimismo, Rovere (2006) refiere que *“la revisión del proceso de planificación es una actividad que requiere un esfuerzo de adecuación; no se trata solo de revisar por rutina, sino de que los cálculos de planificación tengan la capacidad de presidir la acción”*. Por ello la Planificación estratégica posee un componente recursivo, al procurar mantener actualizado el análisis del entorno e intorno que resulta siempre cambiante, de ahí que proviene su carácter dinámico. Además de ello, el correcto diseño del Plan Estratégico Situacional junto con el Diagnóstico o Análisis de la Situación de Salud local (ASIS) resulta una herramienta fundamental para el fortalecimiento de la salud local y la aplicación de los procedimientos operativos y normativos adecuados mediante la investigación-acción con la colaboración de autoridades y organizaciones sociales, procurando identificar y sugerir posibles alternativas a los problemas existentes en la comunidad.

Por su parte, el Ministerio de Salud del Ecuador (2013), publicó un informe titulado *“Instructivo para la elaboración del Análisis Situacional Integral de Salud. Diagnóstico Situacional. Metodología de trabajo”*, en la que la identificación con claridad de los problemas de la comunidad desde la perspectiva de los actores sociales involucrados, resulta en un componente clave. Por ello, dicho documento se transforma en una *“hoja de ruta”* que orienta hacia las respuestas y plasma soluciones ante los diversos problemas

que los agentes comunitarios identifican, afectando la calidad de vida de la población.

Desde otra perspectiva, Copa y Delgadillo (2015) describen que el proceso de planificación local en salud conduce hacia la identificación de los problemas y los determinantes de la salud, rescatando las percepciones y necesidades de un determinado grupo de usuarios. El personal del establecimiento de salud identifica y orienta para priorizar acciones que son dirigido a ayudar a la mayoría de las poblaciones en riesgo de sufrir enfermedades o la muerte, donde necesitan más atención, identificando amenazas en todos los niveles de impacto socioeconómico, impacto demográfico, impacto epidemiológico e impacto institucional para el desarrollo comunitario, capacitando a las comunidades, gobiernos locales y personal de Salud. De esta forma, es necesario mostrar el proceso de inducción de las personas y autoridades locales a participar en el proceso de reflexión para tomar las mejores decisiones en beneficio de la comunidad, para ejecutar actividades realizadas a través del compromiso colectivo. Por su parte, Hails (2014) propone una guía práctica a fin de implementar planes de acción con actores comunitarios, la cual incluye:

- Explicar el contexto del plan de acción: Esto incluye ampliar las preguntas sobre el contexto local para prepararse para la fase de aplicación de las reuniones.
- Planificar talleres entre las múltiples partes interesadas: incluida la exploración de cambios importantes, mirar hacia el futuro, planificar vías de cambio, lluvia de ideas sobre ideas de intervención y establecimiento de productos garantizados de protección de activos.
- Validar la reflexión a través de grupos focales y/o encuestas a las partes interesadas: Esto incluye la revisión del producto del taller participativo, la integración de aspectos relacionados con el conocimiento, las actitudes y habilidades de los participantes, y el diseño e implementación de encuestas.

- Pasar de la idea a la acción: asignando participantes y grupos de trabajo, asignando funciones y responsabilidades, desarrollando e implementando planes de acción e implementando y reuniendo evidencias de dicho plan.

Otros autores atribuyen ciertas condiciones necesaria para el éxito de la planificación participativa, centralizándose en aumentar la motivación de la población en general y de quienes tienen la mayor responsabilidad en el proceso en todos los niveles, asegurando así la participación activa de las partes involucradas (Harneker y Bartolomé; 2015). La planificación participativa se ha convertido en una valiosa herramienta técnica que facilita la interacción comunitaria y, por lo tanto, es un factor importante para identificar las necesidades y problemas de los grupos de población objetivo (Molleda; 2001).

Por esta razón, la planificación participativa permite elegir racionalmente entre diferentes alternativas posibles para lograr las metas establecidas en un momento dado y asignar los recursos necesarios para lograr los resultados esperados. Asimismo, se busca garantizar este proceso, enfatizar este proceso continuo en el involucramiento de los representantes poblacionales sobre el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de las actividades que brindan las instituciones de la sociedad civil (OPS- OMS, 1999; Velásquez, 2006).

Autores como Amo y Rodríguez (2010) enfatizan lo importante que es la efectiva y real participación de la ciudadanía en el diseño e implementación de los planes integrales, promoviendo la participación activa de los sectores más desfavorables en la resolución de problemas, lo cual constituye una estrategia viable en la búsqueda de la equidad en salud e involucrará a las poblaciones en diferentes etapas de desarrollo, e incluyéndolos en el seguimiento y evaluación apropiados. Asimismo, propusieron etapas diferenciadas de manera clara en el proceso del diseño de un Plan Local de Salud, acorde a los postulados de Amo y Rodríguez (2010) según el

contenido de la “Guía rápida para la elaboración de planes locales de salud”, siendo como sigue a continuación:

- *Fase inicial:* La cual incorpora el proceso de sensibilización de los agentes comunitarios involucrados, así como la preparación previa para las siguientes fases.
- *Perfil local de salud:* Definido como un informe del estado de salud de la comunidad, en la que se analizan los factores determinantes de la salud, se consolidan los problemas identificados, así como las necesidades sentidas, se coordina el uso de los recursos existentes en la localidad, garantizando el análisis global de la situación comunitaria.
- *Priorización de problemas:* Se especifica el orden de los problemas y/o necesidades que serán trabajados, acorde al orden prioritario de importancia.
- *Plan de acción:* Establece los parámetros que deseamos implementar a fin de ejecutarlo dentro de los plazos que se hayan previsto.
- *Aprobación política:* Se somete a proceso de validación por parte de las autoridades y de los agentes comunitarios que participen de este proceso, recomendándose que ejerzan sus funciones por un período entre 4 a 5 años.
- *Implantación:* Es la fase en que se difunde el Plan hacia la población, a fin de ser ejecutada según plazos previstos.
- *Evaluación final:* Reporte de toda la información cualitativa y cuantitativa de todo lo ejecutado, que permita adoptar las decisiones adecuadas para mejorar todo el proceso.

Existen experiencias con la interacción entre los sectores sociales y el desarrollo de planes locales de salud, como lo descrito por Ayala (2010), pues indagó acerca de la posible relación que existe entre estos factores en una comunidad del Callao, en Perú, en la cual a pesar de buscar describir un perfil de salud determinado, no se encontró tal relación porque se observó que el Plan Local de Salud elaborado tiene matices primordialmente de los pacientes

que acuden a diario a atenderse en los establecimientos de salud, es decir, resulta de la población que accede a los servicios y que constituye parte de la demanda de servicios, catalogándose como dicha labor como Asistencialista. En esta experiencia, no se ubicaron evidencias de participación de la comunidad en ninguna etapa o punto en el desarrollo, implementación y evaluación de los planes locales de salud comunitaria. A partir de la participación activa de la comunidad y los actores sociales fundamentales, se pueden diseñar e implementar planes locales de salud para atender las necesidades y problemáticas locales determinadas por los mismos agentes, como se muestra en el enfoque presentado por Lara et al. (2013) sobre la implementación del Plan de Acción Local en Salud en Montoro, España.

Una amplia experiencia en la aplicación del concepto de planificación local a problemas específicos, se muestra en la experiencia de Lucumi et al (2008) al afrontar la lucha contra las enfermedades crónicas en Colombia, así como, Mensa y Samoluk (2010) quienes describen una experiencia exitosa en la comunidad de Villa Torumba en Argentina, en la que sistematizaron, organizaron y plantearon un programa de trabajo en coordinación con la comunidad organizada como factor orientador a través del respeto a la tierra, el trabajo, la justicia, la soberanía alimentaria y la reforma agraria, la salud y la educación, junto con diferentes actores sociales participan coordinadamente para lograr el desarrollo comunitario, respetando íntegramente la cultura campesina. Otras experiencias exitosas en el desarrollo de planes locales de salud y enfoques estratégicos para abordar diferentes problemas de salud se describen en la literatura, tales como la sistematización de experiencias en la lucha contra la malaria en Colombia, Ecuador y Perú, que responda a sus determinantes sociales, siendo una herramienta necesaria para la aplicación de políticas públicas, concatenados con los actores sociales en las comunidades a fin de construir la corresponsabilidad en el abordaje de los problemas de salud (Organización Andina de Salud - Protocolo Hipólito Unanue; 2008).

Desde otro punto de vista, Barrera y Pacheco (2013), definen a la participación como *“el medio para alcanzar metas, logros, proyectos de*

beneficio común, a partir de la cual se inician las relaciones de poder, permitiendo que estas se difundan". Según el estudio de Chingel (2017), en la que muestra que, debido a que se han implementado los Planes de desarrollo local a nivel comunitario, se puede influir en la mejora de la calidad de vida de las personas, con énfasis de los adultos mayores. Asimismo, existen publicaciones como las descritas en FAO-PESA-SGARPA (2007) que enfatizan el papel fundamental de la activa participación de los diferentes grupos de la sociedad, brindando a todos los miembros de la comunidad qué acciones deben realizar y una forma pertinente de hacerlo, pues el objetivo de un enfoque participativo es trabajar con todas las partes interesadas para construir un buen desarrollo comunitario.

Como todo proceso en el que participan activamente los actores locales debe ser evaluado para identificar debilidades y realizar mejoras significativas para alcanzar las metas y objetivos de la comunidad, Chierzi et al. (2017) propusieron una guía metodológica para asegurar el diagnóstico participativo de los actores sociales, mediante la cual se determina el establecimiento de un equipo de evaluación local como parte de la mesa intersectorial de trabajo, el ciclo metodológico del proceso de evaluación en sí (incluida la selección de preguntas de evaluación, definiciones de técnicas y variables), recopilación de datos, diseño de herramientas de recopilación de datos, organización de datos y recopilación de datos (analizar, interpretar) y comunicar y explotar los resultados. En otras publicaciones se proponen unas Guías que contienen pautas muy didácticas para diseñar Planes participativos de Salud locales, citándose como ejemplo a la "*Guía de planificación local participativa*", así como la Guía "*Proyectos locales participativos. Guía para el diseño, ejecución y evaluación*" y la "*Guía de evaluación participativa de proyectos locales en ciudades, municipios y comunidades saludables*", publicadas en Argentina, por el Ministerio de Salud de Argentina (2017). En estas se centran en los pasos del diagnóstico participativo, en la formulación, ejecución y evaluación de los Planes locales, con especial interés en la participación comunitaria, como un medio para alcanzar el éxito de este proceso. En los estudios de Miranda y Mendoza (2006), se indica que la Planificación participativa de la comunidad concentra los esfuerzos de los

actores comunitarios, llevándoles al desarrollo de la comunidad, pero para ello debe basarse en una pertinente identificación de problemas comunitarios.

Bajo esa misma perspectiva, Duque (2019) identificó ciertos vacíos que impedían o limitaban una adecuada planeación participativa dentro de los que se destaca: La participación en simultáneo a nivel local y distrital teniendo cada uno una orientación no convergente, además de las condiciones que ponen los participantes de este proceso que supeditan su inclusión, además de la forma de ejecución de su proceso participativo.

2.2.2) Definición de PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD:

Diversos autores han buscado aproximarse a una definición certera del término *“Participación”*. Por ejemplo, Gómez et al (2012) la definen como *“el conjunto de acciones que se despliegan en un contexto territorial determinado, para ejercer cambios esenciales respecto a las condiciones que a este lo caracterizan”*. Por su lado, Casseti, López y Paredes (2018) definen la *“Participación comunitaria”* como *“el proceso mediante el cual diferentes actores sociales de la comunidad se relacionan de manera directa o indirecta en alguna de las fases del proceso, mediante el uso de diversos métodos tanto de consulta, empoderamiento o colaboración”*.

Delgado et al (2005) atribuyen este término a un proceso permanente, totalmente dinámico y cambiante, acorde al contexto socio-político que lo rodea, y acorde a su visión, posee un sentido, tanto como un fin o como un medio, a fin de proceder a la obtención de metas.

De acuerdo a Pardo, Gil y Arenas (2018), la **“Participación comunitaria”** es *“la participación colectiva, dinámica de la población específica en una zona geográfica, en la que se determinan las necesidades y soluciones para satisfacerlas”*.

Asimismo, Valenzuela et al (2015) definen el concepto de **“Participación comunitaria en salud”**, de acuerdo a lo estipulado por OPS (Alma Ata-1978),

como *“El proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad, y mejora la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite a ser agentes de su propio desarrollo”*.

De la misma manera, Anigstein (2004) indica que la **“Participación comunitaria”** resulta ser *“el proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, creando en ellos un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y de su comunidad, así como la capacidad de actuar conciente y constructivamente en el desarrollo”*.

El Ministerio de Salud de Argentina (2017), en su Guía de Planificación local participativa), define a la **“Participación comunitaria”** como *“un proceso que incorpora los valores y costumbres de un pueblo y/o comunidad, promoviendo la formación de ciudadanos y sujetos activos, solidarios, responsables y con el protagonismo necesario para lograr la transformación social”*. Idealmente, todos los habitantes en una comunidad deberían tener la libertad de ejercer su derecho a participar, pero a menudo no es así, ya que los más vulnerables o afectados suelen mostrar la mayor preocupación por este proceso.

Otro importante aporte se planteó en la *“Guía de evaluación participativa de proyectos locales en ciudades, municipios y comunidades saludables”* que publicó el Ministerio de Salud de Argentina (2017) en el que se enfatiza la participación comunitaria como *“un proceso fundamental que facilita la transformación de modelos de atención que se enfocan en las personas, sus familias y la comunidad circundante, al tiempo que enfatiza a la comunidad en el proceso al detectar la necesidad percibida de la comunidad y plantea desarrollar alternativas que se alineen con el compromiso de los participantes con la salud de la comunidad”*. Experiencias similares se han recogido en publicaciones como una propuesta de una Metodología

Participativas de Evaluación de la Salud para Mejorar el nivel de Participación Comunitaria así como del Empoderamiento a Nivel Local (Sosa et al; 2013).

Adicionalmente a todo lo anterior, la participación se entiende como “*un medio*” cuando los recursos de la comunidad se utilizan para lograr los objetivos del proyecto, es decir, priorizando los resultados y es “*un fin*” a medida que se convierte en un proceso de crecimiento activo que responde a las necesidades prioritarias, así como a las circunstancias cambiantes del medio ambiente (Ministerio de Salud, 2017; Gatti et al, 2017). Asimismo, el Gobierno Vasco (2016), publicó una Guía de orientación metodológica para la resolución de problemas a nivel comunitario, destacándose el compromiso que deben asumir las comunidades en las diferentes fases de análisis, diseño, implementación y evaluación de los planes de salud locales.

De igual manera, el Ministerio de Salud de Chile (2008) destacó el valor de esta capacidad de influir en la toma de decisiones en una publicación sobre participación ciudadana en la atención primaria y otras publicaciones de la respuesta ciudadana sobre reflexiones y herramientas para la acción social en Chile - en cada etapa del proceso de planificación, incluidas las decisiones tomadas cuando se dispone de recursos públicos (Ministerio de Salud de Chile; 2009).

De hecho, se ha encontrado que el momento en que la comunidad debe involucrarse es cuándo más importante resulta para el logro de los objetivos planteados, y la comunidad siempre está dispuesta por involucrarse en cada etapa del conjunto. Las situaciones y los elementos de la situación se vuelven parciales o incompletos, pero esto no se desvía del proceso mismo (MINSA, 20025; MINSA – Dirección Regional de Salud Cajamarca, APRISABAC, 2016; Gobierno Vasco, 2016).

En varias experiencias se articulan los procesos de la Participación comunitaria destinadas para la solución de problemas locales, de acuerdo a lo mostrado por Toledo, Baly, Ceballos, Boelaert y Van der Stuyft (2006), en la

que muestran cómo realizan el abordaje de problemas sanitarios como por ejemplo, la lucha contra el Dengue en una comunidad en Cuba, la cual resulta del análisis del contexto socio-cultural y político comunal, siendo importante participar en el diseño de estrategias locales para el involucramiento de la comunidad para identificar necesidades, generando un compromiso real por el bienestar común.

2.2.2)1. Definición de PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD:

De acuerdo a lo establecido por Jerí (2018), conceptualiza a la *“Participación Social en salud”* como *“un derecho y deber del individuo, establece una serie de mecanismos institucionales para la participación colectiva de los usuarios y el Estado en la protección y promoción de la salud, constituyendo una estrategia de empoderamiento”*. Además, debe ser considerada como el derecho de las personas a tomar decisiones que beneficien a sus comunidades, lo que ha sido muy potenciado por experiencias internacionales como la de España y Francia (Paño, Rébola y Suárez; 2019).

Por otro lado, Méndez y Vanegas (2010) mencionan que el concepto de participación social ha venido cambiando tanto que es visto de manera compleja, pues se han recopilado diferentes visiones para ser incorporadas en las políticas públicas, lo cual supone que ello se debe a los efectos de la democratización en la sociedad, además de ser necesaria dicha participación para asegurar el éxito de los programas de salud, y que se aprecia como una manera de manipulación política y también social.

Acorde a Pardo, Gil y Arenas (2018), es definida como *“el derecho a una significativa participación en la toma de decisiones acerca de la salud, la política y la planificación, la atención y el tratamiento”*. Se entiende como un proceso por medio del cual, los agentes comunitarios demuestran un compromiso individual y/o compromiso colectivo a fin de asumir la responsabilidad de brindar ciertas alternativas de solución a los problemas de salud pública.

Otra de las definiciones relacionada con la participación social establece que se trata de iniciativas sociales mediante las cuales las personas que se ubican en un espacio determinado, se esfuerzan por lograr un fin común a partir de la gestión de las estructuras sociales derivadas del poder (Ministerio de Salud del Ecuador; 2013).

También, la participación se define como el proceso mediante el cual una comunidad resuelve sus propios problemas y, con base en su experiencia, toma decisiones que conduzcan a resultados que sean medibles y deseables para dicha comunidad (MINSA – DIRESA Cajamarca, APRISABAC; 2016).

Desde otra óptica, Hernández et al (2015) en la investigación “Percepciones, conocimientos y actitudes de diferentes organizaciones basadas en la fe frente a su participación en la formulación del Plan de Salud Territorial del distrito de Barranquilla (Colombia), 2015”, realizaron un estudio cualitativo sobre las percepciones del involucramiento de las organizaciones religiosas en la elaboración de un Plan Territorial de Salud, donde se argumentó que este espacio fue importante para generar socialización y el encuentro de organizaciones interreligiosas en torno a un objetivo común de lograr un ambiente saludable, lo cual contribuiría a mejorar la calidad de vida en la feligresía y concluyó que hay un divorcio entre ellos, lo que demuestra una falta general de comprensión de su compromiso con la salud pública. Este es un factor obstáculo, que nuevamente pone en peligro el logro de los objetivos de la comunidad, y aunque algunos grupos religiosos han disfrutado del apoyo de sus adherentes, hay evidencia de que no afecta las decisiones locales en salud pública (Hernández et al, 2015).

Delgado et al (2005) realizaron una investigación de tipo cualitativa para examinar las concepciones de los trabajadores de la salud colombianos, los pobladores y líderes comunitarios, y los tomadores de decisiones públicas, en la cual se demostró que, dependiendo de los actores sociales involucrados, explican de manera diferente sus visiones, opiniones y concepciones sobre el aporte que dan a la salud, esto último se consigna en la siguiente figura 2:

Actor Social	Concepto de participación en salud
Usuarios y líderes	<ul style="list-style-type: none"> - Participación social en salud como dar o aportar ideas y opiniones. - Participación social en salud como colaboración. - Participación social en salud como utilización de los servicios de salud y vinculación al sistema de salud: - Participación social en salud como derecho y - Participación social como capacidad (sólo líderes) - Participación como organización comunitaria
Personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Participación social en salud como actividades con la comunidad (promoción, prevención y ejecución de algunos programas) - Participación en salud como forma de control y seguimiento a los servicios de salud. - Participación social en salud como implicación en procesos institucionales - Participación en salud como estar afiliado al sistema de salud.
Formuladores de políticas	<ul style="list-style-type: none"> - Participación en salud como evaluación y control social de los servicios de salud por parte de los usuarios.

Figura 2: “Conceptos de Participación en Salud”, acorde al tipo de actor social

Fuente: Delgado M et al (2005). “Participación social en salud: Conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa.”

En ese sentido, se destaca que en las Funciones Esenciales de Salud Pública – FESP, en específico en la Función N° 04, la cual trata de la participación comunitaria y el empoderamiento ciudadano en relación con la salud, se profundiza el concepto de promover la participación comunitaria estructurada en diversos proyectos y programas de salud, forjando alianzas intersectoriales lideradas por el sector salud, aprovechando todos estos esfuerzos y los beneficios para la salud de las poblaciones, con el fin de identificar las medidas comunitarias necesarias que refuercen las actividades de promoción de la salud y contribuyan así a mejorar la calidad de vida. Dicha toma de decisiones en los entornos políticos en la salud pública debe realizarse mediante un proceso que sea participativo en todos los niveles, de acuerdo al contexto donde se desarrolle (Carrasco et al, 2008).

En otras investigaciones, se anteponen esfuerzos para motivar la participación ciudadana en el diseño e implementación de las políticas públicas en el campo de la salud pública, por ejemplo, en Argentina y Chile, donde se han desarrollado diferentes espacios de intercambio de puntos de vista de los representantes comunitarios, en relación a la provisión de servicios de salud pública (Falleti y Cunial, 2019; Ministerio de Salud de Chile, 2008).

a) Clasificación de la Participación, según Delgado:

Según Delgado ME (2013), clasifica a la Participación de la siguiente forma:

- *Participación pasiva o pseudo-participación*: Se da cuando las personas actúan debido a que se lo solicita otra persona externa, y no muestran intención de intervenir en la toma de decisiones.
- *Participación impuesta*: Sucede cuando a las personas se les obliga a incorporarse a grupos y de ejecutar labores consideradas como necesarias.
- *Participación provocada o manipulada*: En este caso, la motivación proviene de otros organismos externos que buscan imponer objetivos a realizar.
- *Participación espontánea*: Esta situación se manifiesta cuando las personas forman grupos y no poseen una claridad en la organización, sin propósitos fijos, y solamente satisfacen sus necesidades psicológicas básicas, como la forma de expresarse, de recibir afecto, entre otras.
- *Participación auténtica*: En este caso se da cuando las personas expresan su misma voluntad y motivación de ser parte de grupos, participando en la toma de decisiones locales.

b) Niveles de la Participación, según Gatti:

De acuerdo con Gatti (2017), la Participación se define mediante ciertos niveles plausibles, siendo consignadas de menor a mayor nivel de intensidad, tal como sigue:

- *Participación como oferta/invitación*: En esta escala que es de menor intensidad, sucede cuando las personas se integran a grupos con decisiones ya adoptadas por otros entes superiores, denotando una relación de cierta dependencia sobre ellos.

- *Participación como consulta*: En este caso, las personas que elaboran un plan consultan de manera facultativa o hasta de manera obligatoria para que sean incorporadas dentro de los objetivos ya pre-determinados.
- *Participación por delegación*: En esta situación, prima la delegación de responsabilidades entre los mismos participantes.
- *Participación como influencia – recomendación*: En este caso, se puede influenciar sobre las decisiones adoptadas mediante las propuestas de los miembros integrantes del grupo al que pertenece.
- *Participación como cogestión*: En este caso existen ciertos mecanismos para compartir la toma de las decisiones, denotándose la participación como un aspecto institucionalizado y compartido.
- *Participación como autogestión*: Aquí lo que se promueve es que los participantes puedan adoptar sus propias decisiones siguiendo las pautas globales que hayan sido establecidas con antelación.

c) “Escalera de la Participación”:

Con el propósito de establecer las pautas básicas para llevar adelante la labor comunitaria, Geilfus (2002) propuso una escala útil para la valoración del tipo de participación de las personas que pertenecen a una comunidad, que se correspondan con las acciones establecidas en un plan participativo local, y siendo denominada dicha escala como “*Escalera de la Participación*”, y que se muestra en la siguiente Figura 3:

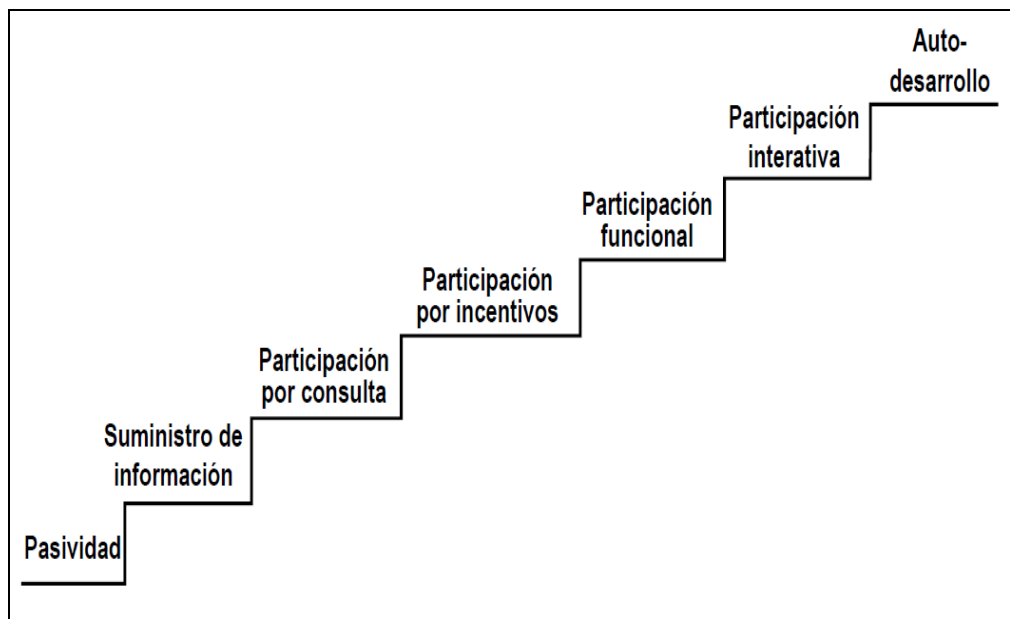


Figura 3: “Escalera de la Participación”

Fuente: Geilfus F (2002). “80 herramientas para el desarrollo participativo: diagnóstico, planificación, monitoreo, evaluación”.

Por lo que se aprecia de la figura anterior, el menor nivel de intensidad corresponde a la “*Pasividad*”, mientras que el de mayor nivel de intensidad corresponde al “*Autodesarrollo*”. A continuación, se describen cada uno de los peldaños de esta escalera:

- *Pasividad*: En este primer peldaño, la participación de las personas se realiza solamente cuando se les informa sin llegar a realizar la toma de decisiones.
- *Suministro de información*: En este peldaño, las personas responden a cuestionarios predeterminados, sin influir sus respuestas sobre la toma de decisiones.
- *Participación por consulta*: En este peldaño, las personas participan solamente cuando se les piden una opinión, sin influir sus respuestas en la toma de decisiones.
- *Participación por incentivos*: En este peldaño, las personas supeditan su respuesta ante algún incentivo o estímulo tanto a nivel material, social, capacitaciones, entre otros, sin influir, en la toma de decisiones.

- *Participación funcional*: En este peldaño, las personas participan a través de grupos de trabajo acorde al nivel de las funciones encomendadas, siendo su participación considerada en la toma de decisiones en el Plan.
- *Participación interativa*: Este peldaño se da cuando cada actor social participa activamente en las fases de elaboración, diseño y ejecución del Plan, aquí sí se les considera sobre la toma de decisiones.
- *Auto-desarrollo*: En este último peldaño, que es el de mayor intensidad, cada actor social toma sus propias determinaciones e incentivos de manera autónoma, sin influencia de otras personas.

Varios autores refieren que en aquellas comunidades donde no se tiene la claridad en la participación de los agentes comunitarios, la tarea de promoverla y/o estimularla va a recaer sobre los miembros del equipo multidisciplinario del establecimiento de salud de la jurisdicción respectiva Gatti (2017). Aquí hay una razón para que el mismo personal de salud brinde el impulso necesario para hacer efectiva esta tarea. Por su lado, Díaz (2014) hace diferencia entre 02 tipos de participación, la “*Participación comunitaria*” referida a las actividades que se realizan para enfrentar los problemas dentro en una comunidad, y la “*Participación ciudadana*”, para esto el nivel de comunicación debe demostrar fortaleza entre la comunidad con las autoridades locales. Estas se sustentan y respaldan sobre la primera.

2.2.2)2. FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD:

Al ser la participación comunitaria un *proceso integral* y a la vez *complejo*, influye sobre los diversos actores sociales y su interacción con diversos intergubernamentales que pueden restringir la participación, teniendo como ejes centrales a la falta de motivación y escaso involucramiento del personal de salud, lo que conlleva a una disminución en la calidad de su participación activa (Carmona y Donaires, 2015). Hallazgos muy parecidos fueron descritos por Gómez et al (2017) y Sanabria (2004) donde resaltan el sentido de la participación como un proceso dinámico, permanente y que involucra a la totalidad de actores sociales, dando muestras claras del compromiso por el

cumplimiento de objetivos, con el fin de aportar en la mejora de las condiciones de salud en cada comunidad (Quijano y Gutiérrez, 2005).

Asimismo, hay muchos factores que finalmente se convierten en el motor de la participación, como por ejemplo la realización de entrevistas educativas con el apoyo de organizaciones religiosas y educativas, ejecutándose mediante el diálogo permanente, lo que permite un mayor acercamiento e interacción entre los representantes de la comunidad y los agentes comunitarios (Carmona y Donaires, 2015).

De acuerdo a la investigación realizada por Valenzuela et al (2009), indica que *“la participación de la comunidad en hechos inherentes a la toma de decisiones en política en salud comunal es prácticamente nula, en las prioridades, los programas y los servicios de atención, explicándose debido a que existen múltiples interpretaciones de la participación, resumidas en dos formas básicas: La Participación como medio (utilización para lograr metas preestablecidas); y como Fin (como proceso, interviniendo en todo el proceso de desarrollo)”*.

Por su parte, Vargas (2006) describió varios factores relacionados con la desconexión entre las organizaciones de salud, el nivel de participación comunitaria y el Sistema de Salud. Así, las actitudes positivas que generen los servicios de salud hacia el diseño de programas locales de salud y su vinculación con los diferentes segmentos de la sociedad promoverán y fortalecerán las relaciones interpersonales horizontales y la confianza que se requiere para viabilizar la toma de decisiones, de manera que permitan construir un nexo de confianza, entre la comunidad y los servicios de salud. (Vargas, 2006).

Según lo indicado por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unánue (2008) en el que sistematizaron una diversidad de experiencias hacia el diseño de Planes de Salud Locales, en varios países de América Latina, incluido nuestro país, con el objetivo de llegar a una solución definitiva ante los problemas sanitarios crecientes, tales como la Malaria, y en las que se

identificaron ciertas limitantes que podrían influir en dicha relación, como por ejemplo: El escaso nivel de coordinación de los agentes comunitarios, la escasa capacidad de respuesta de las organizaciones locales participantes, la proyección de su visión sesgada solamente a 04 años que demostraban las Autoridades Municipales, la reducida capacidad de autoanálisis y autocrítica de los actores participantes, así como los acuerdos incumplidos que debilitan dicha relación, son razones que deben ser evaluadas y modificadas a fin de mejorar el nivel de motivación de cada actor social en pro y bienestar de la población.

Por otro lado, Delgado ME (2013) sistematizó un listado de factores facilitadores, así como de factores limitantes para una óptima participación social en salud, mostrándose compendiado en la figura siguiente:

NIVELES	FACILITADORES	LIMITADORES
CONTEXTO	<ul style="list-style-type: none"> Leyes, políticas y mecanismos que la fomenten Ubicación geográfica (ceranía de las personas) 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de leyes, políticas y mecanismos. La pobreza
INSTITUCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> Información entre actores (espacios empoderadores) Actitudes de cooperación y facilitación de actores institucionales (espacios empoderadores) Coordinación inter-institucional, e intersectorial 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de información entre actores Actitudes de rechazo a la participación por sectores con poder Falta de coordinación inter-institucional Fragmentación de la participación
COMUNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Conciencia crítica y conocimiento orgánico de problemáticas del entorno y consecuencias a la comunidad Conocimiento/información de políticas, estrategias y mecanismos de participación colectiva Percepción de control por parte comunidad (autoeficacia) Compatibilidad cultural Organización horizontal Liderazgos democráticos Resultados e Información oportuna Diálogo y patrón de comunicación Flexibilidad en las tareas Recuperación de la memoria colectiva 	<ul style="list-style-type: none"> Conciencia ingenua y falta de conocimiento de problemáticas del entorno y consecuencias a la comunidad- Falta de Conocimiento/información de políticas, estrategias y mecanismos de participación colectiva Percepción colectiva de poco control ("pobreza de poder") Organización piramidal o poco desarrolladas Liderazgo antidemocrático, personalizado Escasos resultados e insuficiente información Falta de diálogo La corrupción
PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> Conciencia crítica y conocimiento orgánico de problemáticas del entorno y sus consecuencias a nivel individual Conocimiento/información de estrategias de participación Percepción de control (autoeficacia) Actitudes favorables y valores positivos (Disposición a aprender a participar/habilidades) Deseo y motivación Retrolimentación oportuna de sus gestiones Sentimiento de pertenencia Recuperación de la memoria colectiva 	<ul style="list-style-type: none"> Conciencia ingenua y falta de conocimiento de problemáticas del entorno y consecuencias a nivel individual Falta de conocimiento/información de políticas, estrategias y mecanismos de participación Percepción de no control. Desesperanza aprendida Actitudes y valores negativos (Apatía, sumisión, autoestima baja, miedo) Falta de información de resultados Poca cohesión, sentimiento de desarraigo

Figura 4: Listado de Factores Facilitadores y limitantes de la Participación Social en Salud

Fuente: Delgado M (2013). "Evolución del conocimiento del sistema de salud, derechos en salud, de la política de participación y de las experiencias de participación de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: Una comparación entre 2000 y 2010".

En otras publicaciones realizadas por Delgado y Vázquez (2006) mediante estudio cualitativos en Colombia, se identificaron ciertos obstáculos para lograr una verdadera participación social, citándose entre otros: La Falta de conocimiento, el temor y apatía a posibles represalias debido a la participación. Dentro de los factores institucionales se identifican: Las decisiones poco claras y la escasa respuesta institucional. Es de resaltar que una gran proporción de personal de salud reconoce que la principal barrera lo constituye la falta de conocimiento y actitudes negativas de los usuarios, y en menor proporción, los bajos recursos institucionales para optimizar el trabajo comunitario.

Gómez et al (2017) afirman que los ciudadanos pueden y deben contribuir al entorno saludable en el que viven, prestar servicios y tomar decisiones que, en última instancia, benefician a la comunidad. Para promover la mayor participación comunitaria posible, es necesario impulsar la innovación y el uso de nuevas tecnologías de la información y comunicación, enfatizando que la participación activa de la comunidad debe ser eficaz y debe llegar a dar un resultado positivo desde una perspectiva de salud y de la comunidad (López, 2011).

Como se evidencia, entre las principales limitantes de la participación comunitaria en salud, se puede apreciar que dicha participación es puramente accidental, pues resulta ser nula la participación real en la toma de decisiones sobre aspectos relacionados con las políticas de salud, sus prioridades y sus planes. Y en la perspectiva de los trabajadores de la salud, se tienen varias restricciones como la falta de comunicación, capacitación e información, entre otras (López, 2011).

Miranda (2008) extrapola la experiencia que obtuvo en Cuba y pudo identificar ciertos factores que influyen de manera negativa sobre el desarrollo de la Participación social, siendo dichos factores los que se consignan a continuación:

- Voluntad política pobre.

- El paternalismo en las organizaciones.
- Escasos espacios para la participación.
- Escasas capacitaciones hacia los líderes comunitarios.
- Las diversas interpretaciones entorno a la participación comunitaria.
- Insuficientes mecanismos de divulgación de la información.
- La enorme brecha en recursos humanos y financieros.
- La burocracia imperante en las instituciones locales.

2.2.3) Definición de ACTORES SOCIALES:

Kestelman et al (2017) define al Actor Social como aquella persona que posee la capacidad para la toma de decisiones, es decir, todo lo que haga posee significancia social, pues es tomado en consideración por el entorno social que lo rodea.

Por otro lado, Oyola (2015) define al Actor Social como un *“Sujeto individual o colectivo que desde sus intereses detecta la capacidad de intervenir o influir en forma significativa en una población o situación o que cuenta con recursos de poder que lo hace estratégico en procesos de construcción comunitaria”*.

Según Pardo, Gil y Arenas (2018), los actores sociales son definidos como *“aquellas personas, grupos de personas o instituciones que inciden e influyen en el desarrollo de las comunidades a partir de acciones o relaciones colectivas donde se percibe la motivación expectativas fines, representaciones, valores, dentro de una situación determinada”*.

A partir de la capacidad de influenciar a la población, Tapella (2007) define a los Actores Sociales o “Stakeholders” como *“personas, grupos u organizaciones que tienen interés en un proyecto o programa, siendo aquellos que pueden influenciar significativamente (positiva o negativamente una intervención) o son muy importantes para que una situación se manifieste de determinada forma”*.

En ese mismo sentido, Páucar y Jurado (2016) definen al “Actor social” como *“un sujeto colectivo estructurado a partir de una conciencia de identidad propia, portador de valores, poseedor de un cierto número de recursos que le permiten actuar en el seno de una sociedad con vistas a defender los intereses de los miembros que lo componen y/o de los individuos que representa, para dar respuesta a las necesidades identificadas como prioritarias”*.

En una publicación del Ministerio de Salud del Ecuador (2013) referente a una Guía para elaborar el Análisis Situacional de Salud con el Diagnóstico situacional, se define a los **“Actores sociales”** como *“el conjunto de personas o instituciones que tienen un rol definido en el contexto social”*. Por ello, se hace referencia a los grupos que interactúan en una determinada comunidad y que se integran contundentemente.

En esa misma línea, el Ministerio de Salud de Argentina (2017) publicó una Guía metodológica para lograr la evaluación participativa en proyectos locales, en la que se muestra una definición del **“Actor social”** como *“aquél actor (persona, grupo u organización) que tiene capacidad para tomar decisiones con una significación social. Es aquél que es tenido en cuenta, al que se le presta atención y el que además cuenta con algún recurso para ejercer poder. El actor social sí percibe que su participación activa modificará la situación identificada como problema”*.

Se aprecia que los diversos autores resaltan un aspecto clave e importante en la definición de los actores sociales, a saber, pues es su gran capacidad de influencia sobre las personas a las que representan, es decir, es un aspecto fundamental del liderazgo que deben poseer que va a facilitar el proceso de identificar las necesidades y los problemas que se manifiestan en toda la comunidad (Ovando, 2001). En ese mismo sendero, Quispe (2017) puntualiza que los actores sociales puedan tener facilidades para expresar tanto su visión como sus intereses diferenciados, y ello se constituya en un factor facilitador de la articulación entre el desarrollo institucional local y el orden colectivo.

Con estas ventajas, pueden poner en práctica las cualidades de negociación y que pongan en evidencia su incidencia social en la toma de decisiones locales.

En la mayoría de comunidades se reconoce la labor y participación de los Actores sociales locales que están circunscritos a alguna organización social de base, es decir, instituciones locales creadas como una forma de afrontar las enormes dificultades que viven las personas, por lo que se resalta su mayor y contundente participación para lograr del desarrollo local, pues canalizan las demandas poblacionales existentes a través de los esfuerzos de movilización colectiva para lograr sus objetivos, dicho compromiso es dinámico y sustancial y se da en cada comunidad o localidad, barrio, distrito o provincia, jugando un rol importante en la implementación de políticas de desarrollo comunitario (Córdova et al, 1998).

Según lo publicado por Díaz (2014), las “Organizaciones Sociales” se pueden definir como *“sistemas conformados por relaciones sociales, que tienen fines vinculados a sus miembros, y que, por esta razón, son adaptables y están determinados por pautas sociales. Poseen una estructura que está definida de acuerdo a sus objetivos, y por lo tanto, es dinámica, es decir, se va adaptando al medio y la variación de sus fines. Como sistema, son parte de sistemas mayores que las influyen sin que necesariamente las determinen”*. En el sentido estricto de la palabra, en nuestro medio nos referimos a organizaciones debidamente consolidadas a nivel local como los Comedores Populares autogestionarios, los Clubes de madres de familia, los Vasos de leche, los Comités Locales de Salud, así como los Agentes comunitarios de salud y toda aquella organización que brinde servicio y apoyo a la población en general.

También debe considerarse las estrategias que resulten favorables para garantizar el óptimo desempeño de las organizaciones sociales de base, por eso Córdova et al (1996) en su investigación publicada sobre las organizaciones sociales de base en Bolivia, identificó factores favorables tales como: La fuerte articulación del mercado local y Nacional, la fuerte identidad

cultural, el legado histórico de las organizaciones de base, así como el nivel de interrelaciones entre otros actores sociales y políticos de la comunidad.

Una figura que destaca dentro del conjunto de Actores sociales que participan en estos procesos, corresponde a la figura del “**Agente Comunitario de Salud**” (ACS), conocido también como “**Promotor de Salud**”, y según su definición acorde a lo publicado por el Ministerio de Salud del Perú - MINSA (2014) en la “*Guía de Orientaciones para la labor del Agente Comunitario de Salud*”, es una persona escogida y reconocida por la propia comunidad a la cual representa, para realizar actividades diversas de promoción de la salud y prevención de enfermedades prioritarias, representan a la comunidad a través de la participación ciudadana, y desempeñan un papel de coordinación entre los representantes de los organismos locales, el sector salud y las organizaciones comunitarias. A través de sus acciones contribuyen a la promoción de conductas y pautas de vida saludables y estilos de vida adecuados, para lo cual debe trabajar en estrecho nexo con la ciudadanía, la comunidad y las autoridades locales que contribuyen al desarrollo e implementación de los Planes de Salud locales.

La labor de los actores sociales no se concentra solamente en la salud sino que participa activamente en diferentes rubros que resultan ser importantes para facilitar el desarrollo local, y como lo manifiesta Guerra (2014) sobre una experiencia de la participación en el entorno de comunidades educativas en una provincia de Cajamarca, se identificaron algunas limitaciones tales como la percepción de que su compromiso resulta débil, la poca comunicación entre cada participante, la lentitud en el cumplimiento de funciones y en la disposición de los recursos, entre otros.

Se conoce el papel que juegan los Agentes comunitarios en Salud en comunidades como en Brasil, pues lo que Speroni et al (2016) indican es que su rol es fundamental y coinciden con los diversos autores en cuanto a las bondades de su participación orientándose a la pertinente toma de decisiones locales, se potencia su rol transmisor de la situación de salud local dirigido hacia el resto del equipo, motivando e incentivando su involucramiento con

los principales problemas comunes y facilitan la elaboración de propuestas de alternativas de solución. Estas personas se convierten de esta manera en facilitadores del ejercicio de la ciudadanía de otras personas, fortaleciendo a través de lazos de confianza entre los involucrados y de esta manera potencian la planificación de actividades comunitarias. Sin embargo, también se recalca que, en diversas ocasiones, los Agentes comunitarios de salud manifiestan actitudes aisladas y sentimiento de individualidad entre los profesionales de la salud, por lo que perciben la poca responsabilidad colectiva por las soluciones, lo que dificulta o limita el resultado final de las intervenciones. Esa limitante de parte de algunos profesionales de la salud puede estar cimentado en la alta rotación de profesionales de la salud existente en el Sector Salud, motivo por el cual los profesionales no sienten el apego correspondiente por permanecer corto tiempo en una comunidad y limita la continuidad de las acciones previstas.

2.2.4) Definición de PERCEPCIONES:

De acuerdo a Erice (2010), se define a la **“Percepción”** como *“el proceso de entrada en la conciencia de una impresión sensorial, llegada previamente a los centros nerviosos”*. Wundt señaló específicamente la diferencia entre *percepción* y *apercepción*. A menudo, las impresiones sensoriales no se experimentan como cualidades o intensidades individuales, sino como un todo, como un todo conectado. Esta unidad compleja se llama **Percepción**. Son estos factores los que posibilitan la comprensión de los objetos y sus significados, la inclusión del concepto de objetos en un determinado conjunto de objetos, y así su entrada en la experiencia del conocimiento como elementos constitutivos. Por ejemplo, es el contenido de la memoria (consignado mediante representaciones mentales, experiencias vivenciadas) lo que establece la percepción y, por lo tanto, la capacidad de conocer el tipo de objeto percibido (Erice, 2010).

Por otro lado, Picado (2014) lo define como *“un nivel de evaluación de la realidad social que permite comprender cómo los sujetos perciben lo que acontece en su cotidianidad, mediante referentes que se elaboran desde*

sistemas culturales e ideológicos contruidos y re-contruidos por el grupo social”.

De acuerdo a Llanos (2016), define la “Percepción” como *“un proceso de selección y extracción de información relevante del mundo externo a través del cual se forman representaciones mentales, que permiten un estado de claridad y lucidez consciente y generan un mejor desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia”.*

Según Santos et al (2009), la Percepción *“depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se compara los estímulos que el sujeto recibe a través de sus experiencias sensoriales. La manera de clasificar lo percibido es moldeada por circunstancias sociales, como la cultura, el grupo, la clase social a la que se pertenece, y van a influir sobre las formas como es concebida la realidad, las cuales son aprendidas y reproducidas por los sujetos sociales”.*

Uno de los determinantes que resulta clave de la percepción es el reconocimiento de la experiencia cotidiana, pues se pueden evocar conocimientos y experiencias que son adquiridos a través del curso de la vida, a través de los cuales se pueden compararlas y así poder identificarlos y captarlos para la interacción en el entorno (Santos et al, 2009).

Existen otras variables que entran a mediar en estas categorías y permitan que emerjan y se fortalezcan, pues como lo indica León (2014) en su investigación sobre *“la Percepción del quehacer de Enfermería en el desarrollo de un Plan de Salud territorial en Colombia”*, identificando factores que facilitan un óptimo trabajo comunitario, tales como: El estilo de liderazgo, el uso de estrategias de información, educación y comunicación; las categorías del poder de decisión, así como el conocimiento y uso de modelos teóricos en Enfermería (León, 2014). En el trabajo de Vargas (2006) se muestra un ejemplo de la medición de las percepciones relativas a los aspectos correspondientes a la promoción de la salud en el recurso humano sanitario y su interacción con el entorno, como un componente central en el

Modelo de Atención Integral en Salud, en las que indica que la propia comunidad debe asumir una responsabilidad para con su propio desarrollo local y que contribuya a la solución de los problemas identificados.

Según Mayca et al (2009), el abordaje de las percepciones se realizan considerando el objeto del estudio que lo conduce a desarrollarla, mediante la aplicación de la metodología cualitativa ejecutando entrevistas a profundidad a fin de explorar diversas categorías que no pueden ser abordados de manera suficiente mediante los estudios cuantitativos al tener sus propias limitaciones, lográndose abordar los conceptos, los sentimientos, las opiniones los puntos de vista de una manera más profunda en relación a cualquier tema abordado.

Asimismo, Valenzuela et al (2015) en una investigación sobre “Percepciones de los usuarios sobre los servicios de salud en una comunidad andina de Huancavelica – Perú”, mediante la aplicación de encuestas en las que se obtuvo que la mayoría de entrevistados (44%) refirieron no haber participado nunca en alguna parte del proceso de programación o priorización de problemas de salud, lo cual debe llevar a un proceso de reflexión sobre las razones de la escala o nula participación comunitaria.

Otros autores como Delgado y Vásquez (2009) identificaron ciertos factores internos y externos que influyen sobre nuestro Sistema de Salud, entre los que se destacan: La sumatoria de esfuerzos para el logro de metas comunales, así también la existencia de líderes comunitarios pertinentes y adecuados que guíen hacia el cumplimiento de las metas planteadas, obteniendo compromiso con su comunidad, fortaleciendo la capacidad negociativa, la expresión de reclamos en conjunto ante las autoridades, así como la Presión social individual y colectiva. Se identificaron factores externos favorables, tales como los espacios participativos aperturados, y su fortalecimiento mediante procesos de capacitación continua. Asimismo, entre los factores que son percibidos como de bajo o nula influencia de los Actores sociales frente a la oferta de servicios de salud, entre las que se destacan: La Ausencia de un nivel organizativo, Insuficiente apoyo a líderes, de conocimientos, existencia

del conformismo, Escaso nivel de solidaridad y temores ante el afrontamiento de la realidad (Delgado y Vásquez, 2009).

Delgado y Vásquez (2009) atribuyen este proceso cognitivo a una propiedad disposicional en el que las personas vinculan los factores internos como los personales (entre ellos, la habilidad, el nivel de motivación, el esfuerzo, las actitudes), frente a los factores externos, como los ambientales (tales como la dificultad percibida, la oportunidad, la suerte y otras), estableciendo dicha relación que buscan conseguir una meta planteada.

Dicho proceso cognitivo nos permite predecir e interpretar sus resultados conductuales o guiar sus comportamientos relacionados con los objetivos en la vida diaria en función de las evaluaciones de sus factores internos y externos. Estos factores se encuentran muy influenciados por las vivencias, por la experiencia. Por lo tanto, la experiencia de lograr una meta motiva a su comportamiento en similares situaciones, mientras que la percepción de un fracaso persistente, o la falta de alineación entre el comportamiento y el resultado, puede conducir a un empeoramiento de la motivación para el seguimiento posterior. En particular, este es un proceso que depende del contexto histórico, así como del contexto socioeconómico (Delgado y Vásquez, 2009).

2.3) Marco conceptual o Glosario:

- “*Plan local de salud*”: Herramienta esencial para la gestión comunitaria, que permiten que el sector de la salud desempeñe un papel importante en el fortalecimiento de la participación comunitaria y la colaboración intersectorial (Kestelman et al, 2017).
- “*Participación*”: Comportamiento interventor, mediante actividades con el fin de obtener una meta o propósito (Gómez et al, 2012)

- *“Participación Comunitaria”*: Es un proceso por el cual las personas se responsabilizan, identifican necesidades, problemas y proponen soluciones tanto a nivel de salud personal, de su familia y de la comunidad (Valenzuela et al, 2015).
- *“Participación Social”*: Es un derecho y deber de la persona que poseen los habitantes de una localidad, la cual viabiliza el comportamiento hacia la pertinente toma de decisiones, con miras a mejorar su propia comunidad (Jerí, 2018; Pardo, Gil y Arenas, 2018).
- *“Participación ciudadana”*: Proceso mediante el cual la ciudadanía logra tomar decisiones en relación al uso racional y adecuado de los recursos disponibles, las cuales influyen sobre la población (Delgado et al, 2005).
- *“Actor Social o Stakeholder”*: Se define como toda persona o grupo de personas que poseen intereses en común, y que ejercen influencia sobre la comunidad, puesto que poseen representatividad, contribuyendo con su aporte al desarrollo local (Tapella, 2007; Páucar y Jurado, 2016)
- *“Agente comunitario en Salud”*: Es un actor social que está relacionado al Sector Salud, que denota un nivel de actividad muy elevado, siendo proactivo coordinando acciones conjuntas con el establecimiento de salud de su jurisdicción, siendo reconocido por su propia comunidad, contribuyendo a los aspectos de promoción de la salud, a la prevención de enfermedades entre otras (MINSa, 2014).
- *“Organización social de base”*: Es un sistema estructurado y organizado de personas que buscan ejercer una labor en común, estableciendo relaciones sociales que sirvan de nexo con la comunidad y que muestren su aporte al desarrollo comunitario (Córdova et al, 1998; Díaz, 2014)
- *“Percepción”*: Es un proceso cognitivo mediante el cual se capta una impresión mediante nuestros sentidos y se analiza e interpreta en nuestro

Sistema nervioso, en el cual se llega a transformar en representaciones mentales que conduzcan a un adecuado entendimiento del medio que lo rodea (Erice, 2010; Llanos, 2016).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1) Hipótesis:

Debido a que se realiza un estudio de tipo cualitativo, esta investigación no requiere formulación de hipótesis.

3.2) Tipo y Diseño de Investigación:

3.2.1) Tipo de estudio:

Es una Investigación de tipo Cualitativa, por cuanto reúne las características de abordaje desde la lógica interna del sujeto investigado, comprende la realidad que es vista como subjetiva, compleja, heterogénea (Bautista N, 2011). Brinda su énfasis en lo individual y particular (Grimaldo, 2009)

De acuerdo a Martínez (2006), el término **Cualitativo** “*ordinariamente, se usa bajo dos acepciones. Una, como cualidad y otra, más integral y comprensiva, como "control de calidad", donde la calidad representa la naturaleza y esencia completa y total de un producto*”. Al explorar los fenómenos humanos, el investigador debe considerar que lo observado en este proceso poseen múltiples posibles explicaciones y cuentan con diversos significados, llevándolo a mostrar una realidad palpable y tangible, reconstruída por el investigador (Noreña, Alcaraz, Rojas y Rebolledo, 2012).

Debe tenerse en consideración que la metodología cualitativa permite aproximarnos de una manera ordenada, rigurosa y sistemáticamente a los principales significados de una situación dada, así como las prácticas, relaciones y productos de los sujetos incluídos en un entorno social o que están participando en un fenómeno social complejo y específico (Rivera y Domínguez, 2020).

3.2.2) Diseño de investigación:

En toda investigación de tipo cualitativa, el diseño de investigación se constituye en el modo de abordaje general e integral que es usado, y se realizan los ajustes pertinentes conforme se avanza con el proceso investigatorio (Salgado, 2007). Por ello, el diseño de este estudio es **FENOMENOLÓGICO** y **EXPLORATORIO**, para lograrlo se indagarán las percepciones respecto a la Planificación Local participativa, ejecutada en el Centro de Salud “Perú-Korea Bellavista”, usando para ello un instrumento: **ENTREVISTA A PROFUNDIDAD**, la cual fue aplicada a los Agentes representantes del grupo de los Promotores de la Salud de la Comunidad. En correspondencia con Rivas (2014), se aplicó el **diseño Fenomenológico** pues lo que se busca es realizar la descripción del significado de cada experiencia vivida por una o un grupo de personas sobre un fenómeno determinado, la cual, en muchos de los casos, corresponde a la enfermedad, dirigiendo su mirada a la experiencia subjetiva de las personas. En ese sentido, se parte del mundo interno de la persona, orientándola y abordándola en la realidad (Ojeda, Ortega y Morillo, 2019), acorde a las experiencias tanto individuales como subjetivas de los sujetos estudiados (Salgado, 2007). Por ello, de la interacción de las personas con los significados atribuidos por las experiencias, se llega a entender el significado de las percepciones (Marí, Bo y Climent, 2010). En este concepto, se incluyen las experiencias, sus percepciones y los recuerdos. Esto se orienta hacia el fenómeno estudiado, lo que canaliza la descripción e interpretación de sus discursos (Bautista, 2011), por ello se busca interpretar el significado que le atribuyen a una experiencia vivida (Marí, Bo y Climent, 2010). Según De la Cuesta (2006) se conocen 02 tipos de diseños fenomenológicos: *La “Eidética o descriptiva”*, mediante la cual se describe una experiencia desde la mirada de quiénes hayan pasado en carne propia esa experiencia; y *la “Hermenéutica o interpretativa”*, la cual interpreta una experiencia compartida por el investigador, estando en la búsqueda de una interpretación sobre la mirada que posee de la concepción del mundo (Mendieta, Ramírez y Fuerte, 2015). Es por ello que de manera práctica se suelen optar por 2 caminos a seguir: Ya sea desde un caso particular o a la exploración de los recuerdos, de las percepciones, comprendiendo la experiencia que la persona haya vivido desde la óptica del

significado de los contenidos de las percepciones. (Mendieta, Ramírez y Fuerte, 2015).

3.3) Descripción del escenario del estudio:

El distrito de Bellavista cuenta con una población estimada de 83,401 habitantes según datos de Población estimada del INEI 2020, en una extensión territorial de 4.56 Km², se encuentra dividido en 04 grandes sectores, que corresponden a 273 manzanas, agrupados en 23 Urbanizaciones, 02 Asociaciones de vivienda, 03 Asentamientos Humanos. Posee las siguientes organizaciones sociales de base: 10 Comedores populares, 44 Vasos de leche y 05 promotores de salud, ubicándose la mayor parte de dichas organizaciones sociales de base ubicadas en la Urbanización “Ciudad del Pescador”. Este distrito cuenta solamente con un establecimiento de salud del primer nivel de atención, el Centro de Salud “Perú Korea Bellavista”, es un establecimiento de salud Materno Infantil de Categoría I-4, que atiende las 24 horas del día y cuenta entre otras, con todas las especialidades básicas, incluyendo Emergencia las 24 horas del día, así como Sala de Parto, puerperio y habitaciones para reposo, siendo el único establecimiento de salud que atiende en el distrito.

3.4) Sujetos de intervención:

Se considera a todos los agentes comunitarios que se encuentren activos, y que estén adscritos a alguna de las organizaciones sociales de base que residen en el ámbito de la jurisdicción del Centro de Salud “Perú-Korea Bellavista”, en la Provincia Constitucional el Callao, habiéndose contabilizado un total de 59 personas, cuyas características de las personas entrevistadas se aprecian en el siguiente Cuadro:

<i>N°</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Nivel de instrucción</i>	<i>Organización que representa</i>
Entrevistada 01	Femenino	52	Superior Técnica	Promotora de Salud
Entrevistada 02	Femenino	54	Superior Técnica	Promotora de Salud
Entrevistada 03	Femenino	68	Secundaria completa	Vaso de Leche
Entrevistada 04	Femenino	42	Secundaria completa	Vaso de Leche
Entrevistada 05	Femenino	65	Secundaria completa	Comedor Popular
Entrevistada 06	Femenino	61	Superior Técnica	Promotora de Salud
Entrevistada 07	Femenino	57	Secundaria completa	Comedor Popular
Entrevistada 08	Femenino	68	Secundaria completa	Comedor Popular

Cuadro 1: Características principales de las personas entrevistadas

Fuente: Elaboración propia por el autor

a.1) Criterios para su inclusión:

- Persona que sea miembro activo en alguna organización social.
- Persona que resida en el distrito de Bellavista.
- Persona que posea un tiempo de residencia de 02 años a más.
- Persona que acepte o no se niegue ni rechace ser entrevistado.

a.2) Criterios para su exclusión:

- Persona que participe en alguna organización social de base, ajenas al distrito de Bellavista.
- Persona que viva menos de 2 años en su domicilio actual.
- Persona que se niegue o no acepte ser entrevistado.

3.5) Tamaño de la muestra:

En vista que el presente estudio tiene un enfoque cualitativo, no se requiere cálculo de tamaño de muestra, por ello se han descrito los sujetos de intervención a ser considerados en este estudio.

3.6) Principales categorías y sub-categorías del estudio:

A continuación, se presente el Cuadro 1 en el que se muestran las principales categorías, así como sus correspondientes sub-categorías a ser investigadas en este estudio, tal como sigue:

Categorías	Sub-categorías
Percepciones de la elaboración del Plan de Salud Local	Definición sobre Plan Local de Salud
	Nivel de participación en diseño del Plan local de salud
	Factores facilitadores
	Factores limitantes
	Abordaje del Plan local de Salud
Percepciones de la Participación comunitaria en Salud	Definición de Participación comunitaria
	Operativización de la participación
	Ejecución de la participación
Percepciones de la labor realizada por los Actores Sociales	Definición de Actor Social
	Condiciones para ser Actor social
Percepciones de su relación con el establecimiento de salud	Beneficios de su relación con el establecimiento de salud
	Limitantes de su relación con el establecimiento de salud
Percepciones acerca del estado de salud familiar y de la comunidad	Autopercepción del Estado de Salud Familiar
	Percepciones de la salud de la comunidad

Cuadro 2: Principales categorías y sub-categorías del estudio

Fuente: Elaboración propia por el autor

3.7) Técnicas para la recolección de la información:

Para ello se aplicó una **ENTREVISTA A PROFUNDIDAD** a los agentes comunitarios que participan en alguna de las organizaciones sociales de base de la jurisdicción del distrito de Bellavista, en la Provincia Constitucional del Callao, entre ellos se encuentran los Agentes comunitarios de la Salud que participan estrechamente con miembros del equipo del Centro de Salud “Perú-Korea Bellavista”, a los cuales se les aplicó la técnica de la entrevista a profundidad previa aceptación de su participación mediante un consentimiento informado de tipo verbal, y se procedió a la aplicación de la Guía de entrevista a profundidad diseñada previamente por el autor, y que tuvo una duración individual aproximada entre 45 minutos a 01,5 horas y se aplicó dichas entrevistas hasta alcanzar el punto de saturación teórica, correspondiendo que en varias de las personas entrevistadas emitan las mismas o similares respuestas ante las preguntas formuladas. Tal como establecen Noreña, Alcaraz, Rojas y Rebolledo (2012), para la realización de las entrevistas a profundidad, el autor garantizó la realización de las mismas en un ambiente agradable de preferencia en su mismo lugar de labores o en su domicilio, garantizándose un nivel de empatía que permitió la generación de confianza con la persona entrevistada, recogándose sus opiniones e ideas principales en forma libre mediante una grabación de audio.

3.8) Procesamiento de datos recolectados y Análisis de información:

Para el análisis de los datos, los datos recolectados mediante **entrevistas a profundidad** fueron analizados mediante la técnica propia de estudios cualitativos, se revisaron los apuntes y escucharon las grabaciones, y se transcribieron las versiones y comentarios más importantes, con el análisis Interpretativo de los mismos, utilizándose el programa *Atlas Ti v.09* para lograr análisis cualitativo correspondiente, luego el cual se obtuvieron códigos, categorías y sub-categorías de análisis que enriquecieron la discusión e interpretación de las percepciones identificadas de los sujetos de intervención.

3.9) Consideraciones éticas de la investigación:

El autor del presente estudio declara conocer y respetar los principios de la Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial, en la cual se establecen los principios de la investigación Médica en seres humanos. Además, no se han vulnerado ninguno de las consideraciones éticas de ninguna persona que haya decidido participar libre y voluntariamente en este estudio, se declara que se ha mantenido la correspondiente **confidencialidad** y se garantiza el más profundo respeto por las personas entrevistadas, procediéndose a su ejecución acorde a lo previsto, y previa a la ejecución de las entrevistas, se aplicó el **consentimiento informado de tipo verbal** a la persona a entrevistar, habiendo estado conformes y de acuerdo con ser los informantes, se les explicó pormenorizadamente acerca de sus derechos y responsabilidades, de acuerdo al esquema planteado en el **Anexo N° 01**. Las grabaciones de voz efectuadas a cada persona entrevistada están siendo resguardadas bajo estricta confidencialidad y están custodiadas por el investigador, en la cual se cautela el anonimato, el respeto íntegro a las opiniones e ideas expresadas, guardando la confidencialidad de la información. A cada persona entrevistada se le ha brindado la información suficiente sobre el empleo de la grabación de audio como registro real de la entrevista ejecutada, explicándoseles la manera de la ejecución del mismo y el uso con fines meramente académicos y de investigación. Sobre el manejo de riesgos en este estudio, el investigador ha cumplido con la totalidad de responsabilidades y obligaciones adquiridas con cada persona entrevistada, por ello se da cumplimiento con los principios bioéticos en la investigación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1) Presentación de principales resultados:

Se realizaron 08 entrevistas a profundidad a Actores sociales que participan en alguna de las organizaciones sociales de base de la comunidad del distrito de Bellavista, de la Provincia Constitucional del Callao, los cuales accedieron a realizar la entrevista previo consentimiento informado de tipo verbal del mismo. De las personas entrevistadas, 03 personas de ellas corresponden a Agentes comunitarios o Promotores de Salud que trabajan articuladamente con el Centro de Salud “Perú-Korea Bellavista”, mientras que las otras 05 personas son miembros de organizaciones sociales de base tales como Comedores populares y vasos de leche de la jurisdicción. Todas las personas entrevistadas son de sexo femenino, cuyas edades fluctúan entre los 42 a 68 años de edad, siendo su edad promedio de 58.38 años. Debe resaltarse que todas las personas entrevistadas viven en el distrito de Bellavista.

Cada entrevista tuvo una duración promedio individual entre 45 minutos a 01,5 horas, las cuales fueron realizadas de manera individual, garantizando un ambiente grato, y manteniendo un óptimo clima de cordialidad durante todos los pasos seguidos en este proceso, además de garantizar la plena confidencialidad de las versiones emitidas por cada persona entrevistada, y cuyas expresiones y opiniones fueron transcritas con fines meramente académicos.

Se eligió un establecimiento de salud del primer nivel de atención para la realización de la presente investigación, el cual fue el Centro de Salud “Perú-Korea Bellavista”, el cual es un establecimiento de salud Materno Infantil de Categoría I-4, que atiende las 24 horas del día y cuenta entre otras, con todas las especialidades básicas, incluyendo Emergencia las 24 horas del día, así como Sala de Parto, puerperio y habitaciones para reposo, siendo el único establecimiento de salud que atiende a una población estimada de 83,401

habitantes del distrito de Bellavista, según datos de Población estimada del INEI 2020.

En la actualidad, se vienen diseñando y ejecutando anualmente un Plan local de salud, elaborado por el equipo técnico de gestión del Centro de Salud “Perú-Korea Bellavista”, motivo por el cual en esta investigación se indaga sobre la relación del Diseño del plan local de salud con la participación comunitaria, se procedió a interpretar las opiniones vertidas por los diferentes actores sociales de la comunidad del distrito de Bellavista.

4.1.1) Percepciones de la elaboración del Plan de Salud Local:

Sobre la **definición que poseen sobre el Plan de Salud Local**, los entrevistados tienen una clara apreciación de lo que significa y el uso de dicho documento de gestión comunitario, resaltándose cuán importante resulta la identificación de las necesidades sentidas y los problemas prioritarios, con miras a ejecutar acciones mediante dicho Plan:

“Es hacer un estudio, un barrido de cómo está la situación en cuanto a la ciudad, al sector al cual se va a trabajar y ver según la problemática, realizar un plan de trabajo en si para saber cuál es la necesidad prioritaria en cuanto, digamos al entorno ¿no? Y poder desarrollar este trabajo”. (Entr.1, Lin.25)

“Que tenga una conexión mutua por algún problema o que les expongan a las personas que están encargadas a lo que es salud”. (Entr.2, Lin.25)

“Que se tiene que reunir algo así, juntar diversas autoridades en temas de salud ¿no? por el bien la comunidad en temas de salud” (Entr.4, Lin.15)

Además, se muestra que algunas opiniones se orientan a focalizar actividades en el manejo de algunas enfermedades en la comunidad o a la realización de tareas puntuales, entre ellas: la captación de pacientes con Tuberculosis pulmonar, el esquema de vacunación infantil, el uso adecuado del agua, la técnica correcta para el lavado de manos, entre otras:

“Yo tengo entendido que un plan local de salud es para el desarrollo del distrito, no en toda la zona sino en ciertos donde hay un foco ¿no? un foco de infección, por ejemplo, que hay mucha TBC, hay mucha anemia, hay mucho maltrato también porque incluye maltrato al patrón de salud” (Entr.3, Lin.22)

“Un plan local de salud es primeramente que nos preocupemos que los niños estén vacunados que vea cuantos niños hay...” (Entr.8, Lin.18)

“Venían las señoritas del acá de la región y también del Perú Corea venían a enseñar el agua, lavar los utensilios y de los mandiles lavarnos las manos o sea si hay presencia de ellos tanto de la región como de Perú Corea...” (Entr.5, Lin.24)

De hecho, los entrevistados refieren que ello se realiza anualmente, contando con la participación de representantes de la comunidad, así como de las autoridades locales:

“Debe hacerlo a fines de año para que empiece al otro año y se debe de convocar a, por decir, a las instituciones como nosotros, al presidente de acá de la comunidad después con ellos y los médicos y la asistenta a trabajar, enviar acá a la DISA ahí también hay especialistas” (Entr.8, Lin.24)

Un aspecto que llamó poderosamente la atención es que algunos agentes comunitarios desconocían de la existencia del Plan:

“No tengo idea. No ha habido reuniones donde no nos ha informado al respecto” (Entr.7, Lin.30)

Según lo mostrado en la figura 5, en base a las opiniones de las entrevistadas, se interpretaron las relaciones existentes entre la definición del Plan de Salud Local con diversas categorías, tales como los elementos de la participación comunitaria, su relación con el perfil de salud comunitario, además de los factores facilitadores y también limitantes para su elaboración, y su interrelación con el trabajo intersectorial:

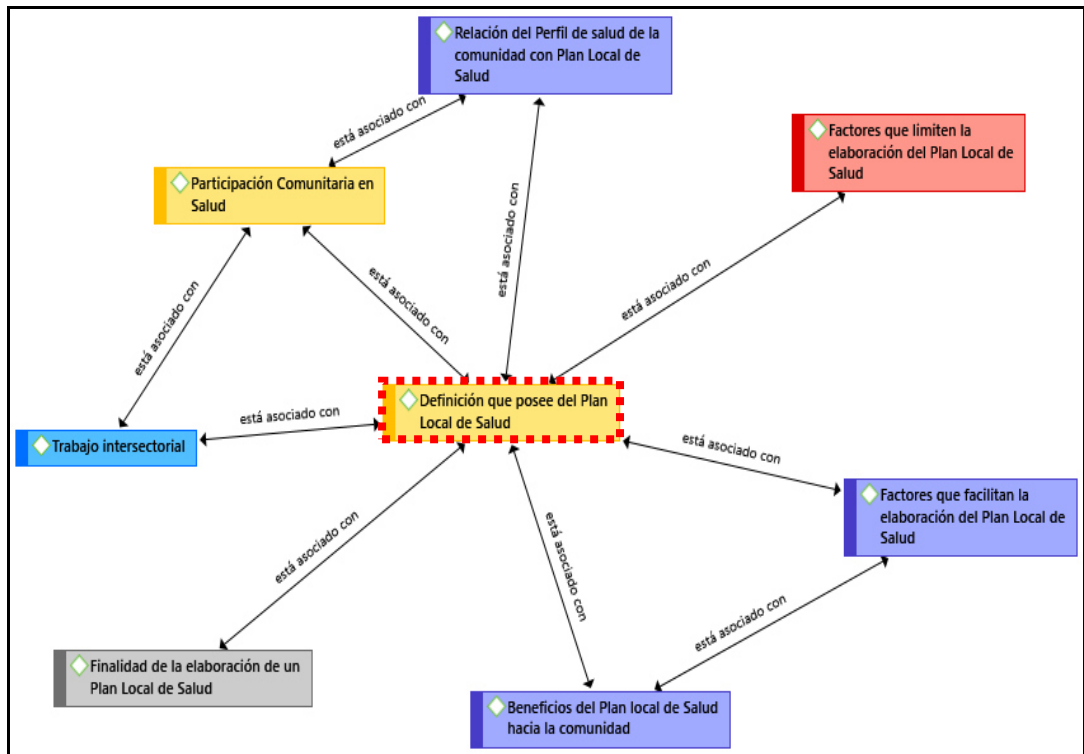


Figura 5: Análisis interpretativo de la definición del Plan de Salud Local, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

En relación a la **Finalidad de la elaboración del Plan de Salud Local**, las personas entrevistadas refieren que dicho documento de gestión contribuye con el bienestar de la comunidad, asimismo sirve de apoyo a los pobladores en la búsqueda de la resolución de problemas, mediante el trabajo en equipo de manera integrada y de esta manera lograr el desarrollo comunitario:

“Digamos para la ayuda en si o el bienestar de la comunidad ¿no?, porque si es una comunidad que lo vamos a trabajar, el entorno o un poblado, siempre para, digamos, ayudar en si ya no tener, evitar que haya este tipo de problemas en cuanto a la salud, en cuanto a la necesidad ¿no?” (Entr.1, Lin.28)

“La utilidad es que tanto el profesional como las personas que estamos integrados trabajando aprendemos, damos un poco de mejoramiento de salud o de crecimiento al lugar donde estamos” (Entr.3, Lin.28)

“Principalmente para el bienestar de las personas ¿no? de la misma población principalmente desde los niños ¿no?” (Entr.4, Lin.18)

Por otro lado, existen opiniones que orienta la finalidad del Plan de salud local, en particular sobre prevención y control de enfermedades, tales como: La Tuberculosis pulmonar, la Anemia infantil, o con problemas sociales como el Alcoholismo. Asimismo, muestran una valoración favorable hacia la motivación de que las personas acudan a atenderse al Centro de Salud:

“La mía es mejorar, que haya un cambio, que se refleje, que haya menos niños con anemia, menos alcohólicos, menos abuelitos abandonados en las calles” (Entr.3, Lin.25)

“La finalidad será que no quieren que haya muchos niños enfermos, que no halla enfermedades con bacterias, la tuberculosis, por lo cual nos enseñaron a lavar los utensilios con lejía” (Entr.5, Lin.27)

“Para la salud y para el bienestar de la gente y de los socios” (Entr.6, Lin.30)

“Para la salud, para las enfermedades” (Entr.6, Lin.33)

“Para la mejora de la población, para que la población vaya a su posta” (Entr.8, Lin.21)

Del mismo modo, existen opiniones que refieren que el Plan de Salud local responde meramente por pedido expreso del personal de salud que se los solicita, y por ello, dan cumplimiento a su elaboración:

“Hemos hecho plan de trabajo en grupo que nos han pedido trabajar un esquema hagan esto u ordenarlo en sí” (Entr.1, Lin.31)

Otros entrevistados lo relacionan con su uso como medio de comunicación masiva para difundir información, desvirtuándolo de su esencia fundamental:

“Tiene que haber de todas maneras eso para comunicar a las personas tienen que estar informadas a través también de los medios de comunicación, la televisión, la radio, enseñar a los jóvenes más que todo porque hasta los niños tienen celular que en lugar de ver tonterías también hay que poner para vean cosas de salud” (Entr.5, Lin.33)

A pesar de ello, hay entrevistados que refieren desconocer su uso y finalidad:

“No tengo idea en ese aspecto” (Entr.2, Lin.124)

Con respecto a su **Nivel de participación en el diseño del Plan de salud local**, manifestaron que responden solamente al llamado, o a la convocatoria a la que les inviten, dándole prioridad sobre las capacitaciones que refuerzan el trabajo comunitario en diversas actividades, tales como la aplicación e encuestas de salud, las jornadas de vacunación, el seguimiento de pacientes, etc. Asimismo, en ciertas opiniones se evidencian que existe cierto condicionamiento de su participación a cambio de recibir capacitaciones, y refieren cierta identificación con las labores propias del Centro de Salud:

“En si para organizarlo no, pero si he ido a capacitaciones. A mí me convocaron o sea en sí para organizarlo, no he sido yo, nos han convocado al grupo de personas que estamos trabajando, nos convocaron.... Nosotras, las demás hemos sido convocadas igual, hemos sido convocadas para participar, nos dieron una capacitación o una charla para mostrarnos el trabajo que vamos hacer, para explicarnos y salir a campo” (Entr.1, Lin.37-40)

“La unión masiva de ambos, de todos los comedores de Taboadita tiene 11 comedores, por lo tanto, si nos unimos todos a ese programa y ese programa nos asesora, pienso que tenemos bastante con el asesoramiento” (Entr.2, Lin.46)

“Bueno en el diseño del plan local de salud he participado, tenemos que nosotros salir a casa por casa, puerta por puerta, cuantos niños hay en la zona, cuantos niños estudiaban, cuantas personas no tenían seguro, cuantas personas diabéticos e hipertensos había, entonces de acuerdo a los que están asegurados y no asegurados sabíamos el porcentaje que si se controlaba y los que no se controlaban” (Entr.3, Lin.34)

“Hemos tenido de la violencia familiar, del maltrato de la mujer, y ahora último he dado el comedor para hacer la vacunación de Perú Corea, ha habido Papanicolaou y bastante gente ha ido de acá de la zona y si se relaciona muy bien con el centro de salud” (Entr.6, Lin.27)

En ese mismo sentido, existen opiniones que refieren que ellos responde solamente al llamado directo que les realiza el personal de salud, lo que se

constituye en una participación de tipo *reactiva*, respondiendo al nivel de organización que coordina el establecimiento de salud, siendo el canal de comunicación a través de sus dirigentes y luego con el resto de agentes comunitarias a su cargo:

“Claro, nos han invitado siempre, cuando van los doctores nos invitan, es esporádico, por un tema puntual nos invitan; por ejemplo, en adulto mayor como cuidarlos, como atenderlos, que darles a los niños cuando están con anemia para que coman cosas nutritivas, en ese sentido Perú Corea si se preocupa. Bueno ellos nos invitaban y nosotros íbamos con las socias” (Entr.5, Lin.39-42)

“Para elaborar el plan debe de llamar a las cabezas que somos las que estamos más enteradas que una socia, escucha lo que les decimos, pero una socia no camina como caminamos nosotras o sea nosotras tenemos otra clase de capacitación que no podemos llevar por ejemplo a cinco socias porque no puedo pagar ese pasaje y si es todo el día hacen un rato para ir a almorzar como les pago y un almuerzo entonces, yo les explico, pero les explico a como yo he entendido” (Entr.8, Lin.36)

Por otro lado, se percibe que la participación de los actores sociales se ha visto afectada por hechos de injerencia política a nivel local, aunque siguen enfatizando en la influencia de las capacitaciones que puedan recibir para poder efectivizar su participación:

“Para mi concepto ha sido bastante politizado en lo que es en temas de salud, muchas veces necesitábamos a los comedores, al vaso de leche, e inclusive yo he ido a dejarle los oficios para ciertos temas, capacitaciones, charlas, no tomaban atención, no le daban importancia, que estamos ocupadas que no podemos, va a ver momentos en que se realizaban las charlas o la capacitación o del tema que fuere, de repente por si acaso por ahí asistía una persona, no he visto en ellos la predisposición de participar, como que no le dan la debida importancia” (Entr.4, Lin.41)

A pesar de lo anteriormente referido, existen otras opiniones que desconocen las razones del poco o escaso nivel de participación, manifestando que en algún momento este proceso lo dirigió y convocó el mismo Centro de Salud:

“No sé exactamente, creo que en algún momento me habrán llamado para dar una opinión, pero mas no recuerdo. No, actualmente no, hace un tiempo en una oportunidad no más me invitaron, me invito el mismo centro de salud, no se vio resultados después de esa reunión porque la persona a cargo del grupo en ese momento no se desenvolvía. No veo participación” (Entr.4, Lin.35-38)

“Como te digo hace mucho tiempo que no participo” (Entr.8, Lin.78)

Con respecto a los **Actores sociales que participan en el Plan de Salud Local**, indican que el trato directo lo tienen con la Señora Asistente Social del Centro de Salud, quien les brinda las tareas y labores a desarrollar y ellas lo ejecutan:

“Nosotras nada más, en cuanto a este tipo de trabajo solo nosotras y la licenciada, o sea las personas que están a cargo que llevan este plan de trabajo que son del centro de salud, de la DIRESA digamos” (Entr.1, Lin.46)

En referencia a los **Factores que facilitan la elaboración del Plan de Salud Local**, afirman que la clave de su participación se centra en la convocatoria que realicen, sobretodo de persona a persona, y reconocen que debieran participar igualmente las autoridades locales:

“Lo que facilita en si es la convocatoria masiva, es la información que se volantea, digamos te avisan de antes y nosotras que salimos a la calle estamos informando ¿no? y así que corran la voz, poder más que nada en sí, en sí la convocatoria, es lo que facilita los puntos donde se vayan a realizar ¿no?” (Entr.1, Lin.124)

“Parte de la difusión, si es cuestión de anunciar temas ya sea de las vacunaciones o por ejemplo el tema del hierro, mediante volanteo y folletos ahí como eso ayudo a la difusión, esas formas ayudan bastante, difusiones básicamente.... Si, cuando ha habido campañas de diabetes y otros más si ha resultado, también el perifoneo ha ayudado bastante, aunque ya no se está usando” (Entr.4, Lin.77-83)

“Que haya la participación de las mismas autoridades, de la misma población, eso facilita para tener conocimiento que se está trabajando el plan de salud local que se supone que es del distrito entonces ahí tienen que estar el municipio” (Entr.8, Lin.72)

Con lo manifestado en las entrevistas, se interpretaron las opiniones referentes a la utilidad de la elaboración del Plan de salud local en el cumplimiento de metas, mostrándolo en la Figura 6, evidenciándose que existen interrelaciones entre el nivel de compromiso de la participación comunitaria, el desarrollo del trabajo intersectorial, el nivel de coordinación con el Centro de Salud, y además de resaltar los beneficios que brinda el Plan local de salud, relacionado con las Visitas domiciliarias:

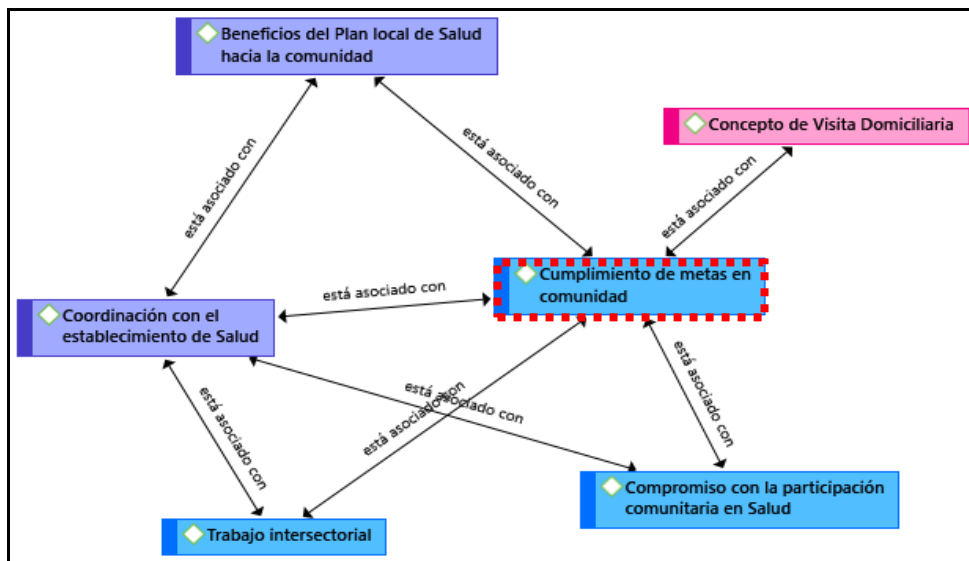


Figura 6: Análisis interpretativo de la utilidad del diseño del Plan de salud local en el cumplimiento de metas, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

Referente a los **Beneficios del Plan de Salud local hacia la comunidad**, concuerdan que constituye una ayuda para la población necesitada, siendo valorado como parte del eje del desarrollo comunitario, primando la labor predominantemente asistencialista, por lo que reconocen el valor del “*Comité local de Salud*” como una instancia de trabajo comunitario de mucho valor:

“Beneficiaria en que tendría más fuerza para seguir abarcando ¿no? más de lo que se necesite para poder darle a la población ya sea su consejería, su campaña, su prevención, si beneficiaria bastante en todo eso” (Entr.4, Lin.86)

“De desarrollo más ¿no? que debemos estar bien preparados o saber ¿no? porque nosotros nomás no vamos a estar en la cocina, y eso es lo que hemos estado haciendo años atrás” (Entr.6, Lin.47)

“Porque, porque al haber un plan de salud se supone que vamos a decir 10 personas inmersas en ese plan entonces nosotras mismas vamos a estar preocupadas que ese plan funcione, ese plan tiene que funcionar a lo que se ha dicho porque para eso estamos ahí y se tiene que conformar el comité local de salud, primeramente, con ese comité local de salud es el que va a poder trabajar con la comunidad. No ha habido convocatoria para la conformación del comité de salud desde hace tiempo” (Entr.8, Lin.88)

“Depende de lo que se haga en el plan, una vez que este elaborado el plan o conversemos ahí vamos a decir a que va a beneficiar el plan de salud” (Entr.8, Lin.91)

Además, se resalta que otro de los beneficios del Plan resulta en el fortalecimiento de capacidades, de conocimientos dirigidos hacia los actores sociales, por lo que es valorado como un instrumento que da credibilidad a la labor ejecutada:

“En el sentido que nos enseñe a nutrir a las personas de la tercera edad es muy importante aquello, entonces yo no he estudiado para aquello nutricionista, pero en el programa de salud en la posta hay, entonces debería haber un asesoramiento también” (Entr.2, Lin.31)

“Se siente mejor la población en el mejoramiento porque ese día se amplía se da conocimiento más a la comunidad, que hay que seguir, hay que hacer esto y hay que hacer el otro.... Dar más credibilidad a las acciones que se hacen, claro porque si no esto va a acabar pésimo” (Entr.3, Lin.82-85)

De acuerdo a las opiniones emitidas, otro de los beneficios se centraliza sobre la mejora de la calidad de atención brindada a los usuarios, teniendo como foco de atención la labor asistencialista, y su interrelación con el nivel hospitalario:

“En la salubridad, en la atención que se le da al público, porque no es lo mismo la atención que se le está dando al público que sabe que está bien atendido, y lo que si deberían ampliar para beneficiar un poco más al público y que tenga que estar esperando en referencia y tenga que salir al hospital, digamos más especialidades” (Entr.1, Lin.142)

“En la atención propia tanto de pacientes que pueden estar dentro del comedor, eso es el beneficio” (Entr.2, Lin.151)

“Ahorita a nivel de mi centro bastante, ha mejorado la atención del seguro es más rápido, las citas se dan más rápido. Ayudamos a los niños con anemia y las madres gestantes a sacar sus citas, a otras le decimos que deben estar al día siguiente en ayunas para los análisis a otros que deben estar a tal hora en la puerta del consultorio médico” (Entr.3, Lin.88)

Con todas las opiniones obtenidas, se interpretaron **las relaciones de la Participación en la elaboración del Plan de salud local**, según como se muestra en la Figura 7, lo que lleva a evidenciar que existe interrelación entre los conceptos básicos de Empoderamiento en Salud, la participación de agentes comunitarios activos, y además puntualizan en la importancia de compatibilizar que debe haber para establecer un horario de labores compatible con el del personal del Centro de Salud:

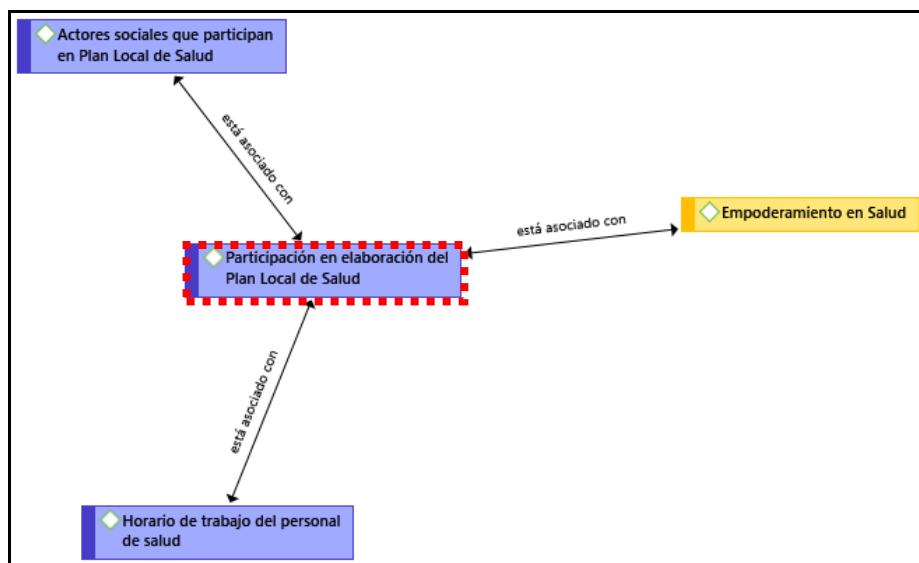


Figura 7: Análisis interpretativo de la relación de la Participación en la elaboración del Plan de salud local, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

Además, también se indagó sobre los **Factores que limitan la elaboración del Plan de Salud Local**, siendo estas: La indisponibilidad de horarios para las labores comunitarias, así como el grado de compromiso y el interés que

muestran los participantes, sumándose a ello la escasa o casi nula convocatoria del establecimiento de salud, debido a la descoordinación de horarios para efectuar trabajo comunitario, entre el personal de salud y los agentes comunitarios:

“Que ambos se tendrán que poner de acuerdo en cuanto al horario que es importante porque ellos tienen que comprender que uno está cumpliendo la misión que se le ha dado, entonces tienen que ponerse de acuerdo para saber en qué horario pueden de ser capacitados o pueden dar alguna charla” (Entr.2, Lin.115)

“Ha habido ciertos grupos que han tenido intenciones, lo que pasa es que involucrarse es también delicado, y así nomás no le puedes hablar a una persona porque se ofende hay persona que lo toman a bien y otras que lo toman a mal, ese es el gran problema acá” (Entr.5, Lin.78)

“Es que ya pues han dejado de convocarnos, ha dejado de haber un interés, quien no quiere capacitarse en violencia familiar ya que hay muchas leyes que no se conocen, y la gente que no me diga a mí que va hacer desde las ocho de la mañana hasta las cinco de la tarde porque no vamos a ir porque y si vamos, vamos a ir a la mitad, porque nosotras trabajamos en la mañana, a partir de las tres ahí sí puede ser si podemos ir” (Entr.8, Lin.12)

“Yo digo que es el desinterés de los mismos que entran ahí, bueno no les interesa pensamos nosotros, hay un verdadero desinterés por las personas que entran” (Entr.8, Lin.69)

En adición a ello, atribuyeron a la falta o escasa participación del Estado hacia las actividades comunitarias que realizan, pero reconocen el esfuerzo y labor que pueda realizar el personal del Centro de Salud:

“Creo que lo que pasa es que el estado no apoya, uno le puede echar la culpa al centro de salud, pero es el estado que no lo apoya. En Perú Corea en lo posible trata de apoyar, trata de auxiliar” (Entr.5, Lin.93)

En el transcurso de las entrevistas, surgen nuevamente las percepciones acerca de **la injerencia política sobre las actividades comunitarias**, y son

resaltadas varias veces por las entrevistadas, lo cual desvía dichas actividades de su foco de atención original:

“Las autoridades, yo he trabajado dentro en el municipio, ellos decían no porque la doctora quiere estar primero ella poner la carpa, primero tienes que tener municipalidad o región, no pues ellos ponen la carpa y ponen las sillas nada más, los que vienen son los médicos, vienen los técnicos, viene laboratorio ¿ve?” (Entr.3, Lin.76)

“Para mi concepto ha sido bastante politizado en lo que es en temas de salud, muchas veces necesitábamos a los comedores, al vaso de leche, e inclusive yo he ido a dejarle los oficios para ciertos temas, capacitaciones, charlas, no tomaban atención, no le daban importancia, que estamos ocupadas que no podemos, va a ver momentos en que se realizaban las charlas o la capacitación o del tema que fuere, de repente por si acaso por ahí asistía una persona, no he visto en ellos la predisposición de participar, como que no le dan la debida importancia” (Entr.4, Lin.41)

Con todas las opiniones obtenidas, se interpretó la finalidad de la elaboración de un Plan local de salud en relación al compromiso con la participación comunitaria, de acuerdo a lo mostrado en la Figura 8, evidenciándose su interrelación con elementos claves a la coordinación con el Centro de Salud, y también con el cumplimiento de metas, relacionándose con los beneficios percibidos del diseño de dicho plan, aunado al tipo de trabajo intersectorial que se realiza, lo cual denota una manera en que la población participa:

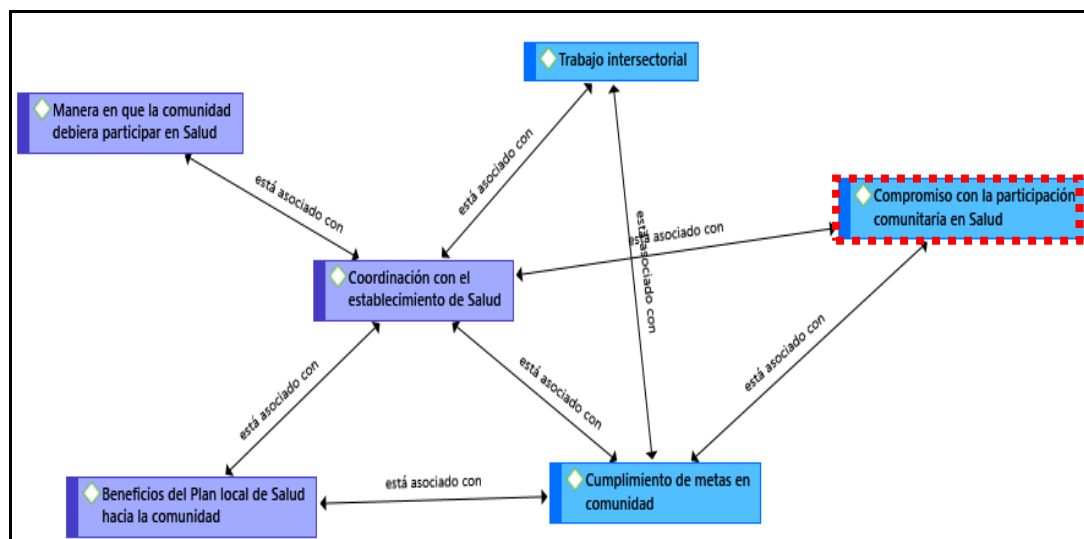


Figura 8: Análisis interpretativo de la finalidad del diseño del Plan de salud local en relación al compromiso con la participación comunitaria, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

Con respecto al **Abordaje de problemas sociales en el Plan de Salud Local**, denotan poner mucho esfuerzo y empeño para captar la atención de los pacientes, de las familias en comunidad, y lograr su convencimiento de la preocupación por su salud:

“De convocar, de poder llegar a estos jóvenes es, yo pienso, es un poquito difícil, porque no escuchan, no nos van hacer caso, yo me puedo topar con uno de ellos, los puedo aconsejar, puedo hablar, puedo invitarlos tal vez a una reunión, a una charla que se yo, pero como ya están ahondados en esto por un lado les va entrar y por otro les va a salir, me pueden escuchar un momento, pero igualito siguen con lo suyo, me dan la espalda” (Entr.1, Lin.79)

Con todas las opiniones obtenidas, se interpretó la forma en que afrontan los problemas sociales como parte del diseño del Plan de Salud local, acorde a lo mostrado en la Figura 9, lo cual muestra una interrelación con el tipo de compromiso adoptado hacia la participación comunitaria, los conceptos que poseen sobre una Vista domiciliaria, y las formas de identificar problemas en el entorno comunitario:

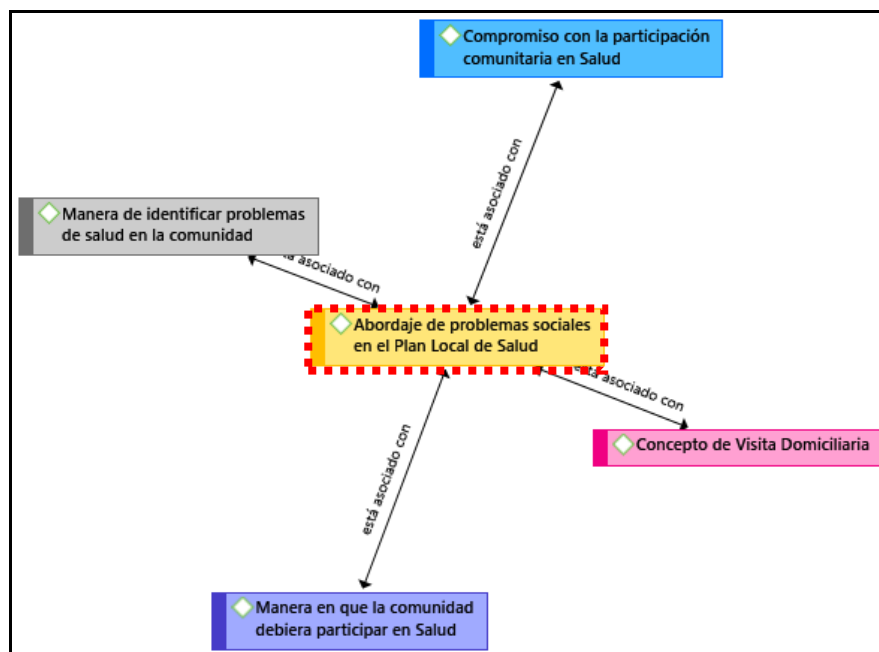


Figura 9: Análisis interpretativo del abordaje de problemas sociales en el diseño de un Plan de salud local, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

4.1.2) Percepciones de la Participación comunitaria en Salud:

Con respecto a la **definición de Participación Comunitaria en Salud**, las personas entrevistadas enfatizan en que poseen la mejor disposición de disponer de su tiempo para cumplir con las labores comunitarias, pero que esto no lleva a tener frutos si existe cierta resistencia de parte de la comunidad hacia la labor que ellos realizan, por lo que se requiere incidir sobre el nivel de valoración de las actividades que en conjunto se hacen con el Centro de Salud, incidiéndose sobre las gestiones locales realizadas con las autoridades locales, a fin de fomentar la activa participación:

“A ver, una participación, digamos así, comunitaria es el trabajar, para mí, sin tiempo, bueno para disponer de mi tiempo libre, no tengo horario, yo no tengo horario, a veces yo misma digo ni yo dispongo de mi tiempo, porque si me llaman para servir o porque me necesitan en algún lado, lo hago, salgo en el instante, o sea dejo de hacer lo que estoy haciendo” (Entr.1, Lin.34)

“La participación comunitaria sería que la comunidad participe en estos temas, que participe de repente recibiendo los consejos, las sugerencias, los avisos todo concerniente a los temas de salud, a las difusiones o de repente si le toca un control pues hay que asistir, si le toca llevar al niño no dejar de asistir, que no pierdan su fecha de control” (Entr.4, Lin.29)

“Ahora está mucho mejor, más organizado, porque antes no había esas charlas en cambio ahora recién tenemos las charlas, nos llaman a capacitación. Existen ciertos cambios a partir de la participación que se tiene y sobre todo generando el compromiso que se tiene. Tanto las juntas vecinales con el vaso de leche toditas nos informamos, nos organizamos para participar” (Entr.7, Lin.141)

“Por eso que bueno fuera que entre un director una persona que sea accesible a nosotras que podamos conversar que llame a las cabezas y conversamos y de ahí salen las propuestas, esa es a manera de trabajar quien mejor que nosotras que sabemos la problemática de la comunidad” (Entr.8, Lin.15)

Asimismo, surge en las entrevistadas la relación que afirman con la realización de *“Campañas de salud”* como una parte del concepto de la participación comunitaria, inclusive supeditando su compromiso a cuán cercana esté el lugar de las campañas de sus domicilios, mostrando una despreocupación de los pobladores por su estado de salud, pues solamente están a la espera de que se haga una campaña de salud para poder solicitar un servicio de salud. Contrario a ello, se evidencia que su nivel de motivación les permite captar a más personas para que se involucren en esta labor:

“Bueno la gente más va de alrededor porque están cerca ¿no? porque de otra zona no vienen, aparte de que dependiendo eso si puede ser libre, por decirlo, que vengan de otra zona” (Entr.1, Lin.121)

“En cuanto a la salud, pienso que las campañas, ¿por qué? Porque si no se enteran, si no sabe Ud. no va a salir de casa para ir a, que yo le diga vaya al centro, ¿para qué? Si no tienen una consulta, no se preocupan en si por ahondar un poquito más en su salud, porque cuando hay campaña se le ofrece de todo, ¿para qué? Para convocar, para que precisamente jalarlos de una u otra manera con algo ya va esta persona al centro” (Entr.1, Lin.127)

“Opino que, si debe de haber participación, pero como le digo con temas que sean interesantes a la comunidad hay mucha gente mayor que pueden ir a escuchar, pero no vamos a ir a escuchar, por ejemplo, una charla de lactancia materna desde las ocho hasta las cinco de la tarde, olvídese. Debería haber temas direccionados para tipo de público usuario ¿no? Dar temas que a la gente le ponga pilas no solamente es estar hablando porque cuando voltea toditos los señores están durmiendo. Yo he dado talleres de autoestima, de género, de cosas dirigenciales de nosotros, de nuestra ley y de todo lo demás, pero tiene que ser talleres pilas para que la gente participe, para que la gente esté dinámica y no para que la gente se duerma” (Entr.8, Lin.27)

Tal como se aprecia en la Figura 10, se interpretó la forma en que los agentes comunitarios deben participar en las actividades sanitarias, y se ve su interrelación con la finalidad del diseño del Plan de salud local, sumado a ello sobre las formas en que las personas hacen viable su participación e identifican problemas comunitarios:

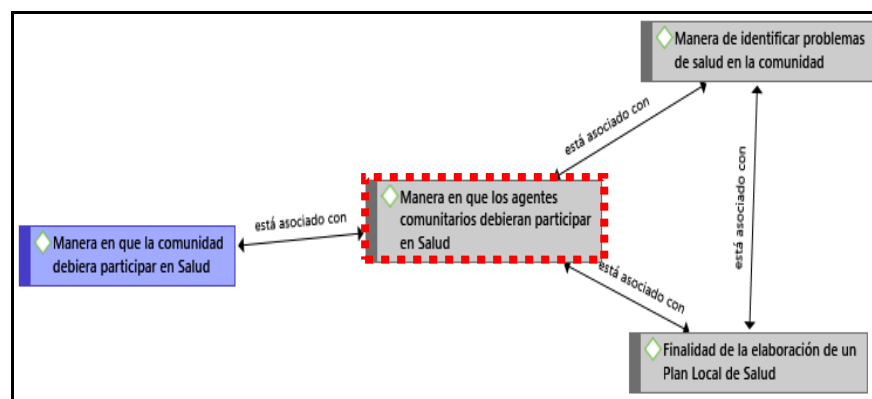


Figura 10: Análisis interpretativo de la manera en que los agentes comunitarios deben participar en salud, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

Desde otra óptica, existen actores sociales que refieren no participar este proceso, atribuyéndole a la indisponibilidad de tiempo, donde mencionan cierto nivel de distanciamiento y descoordinación entre los agentes comunitarios y el personal asistencial del establecimiento de Salud:

“En cuanto a la comunidad mayormente no se participa, porque como yo soy la que tengo que cocinar, tengo que servir, y el resto está repartiendo no hay momento como para poder llegar a ellos” (Entr.2, Lin.163)

“No todas pues, por supuesto como le digo no todas tienen esa visión de ver hacia adelante para ver por su comunidad para su propia familia porque, porque esta desarticulada de la posta de salud o de cualquier otra organización” (Entr.8, Lin.39)

Y en el transcurso de las entrevistas, surge nuevamente la influencia de la injerencia política como fin principal de las actividades masivas de salud, lo cual está muy cimentada en la mente de los pobladores:

“Concientizar un poquito más al resto de personas ¿no? para que en adelante participen, porque parece que lo han mentalizado de que todo es en base a política” (Entr.4, Lin.44)

Tal como se aprecia en la Figura 11, se interpretó sobre sus conceptos de la Participación Comunitaria, así como sus interrelaciones, lo cual se muestra un vínculo cercano con el tipo de empoderamiento en salud, así como con el rol de los agentes comunitarios, además el trabajo intersectorial, sumando a ello la vocación de servicio hacia los demás, el perfil de salud de la comunidad y también las diversas formas de participar, identificando problemas comunitarios:

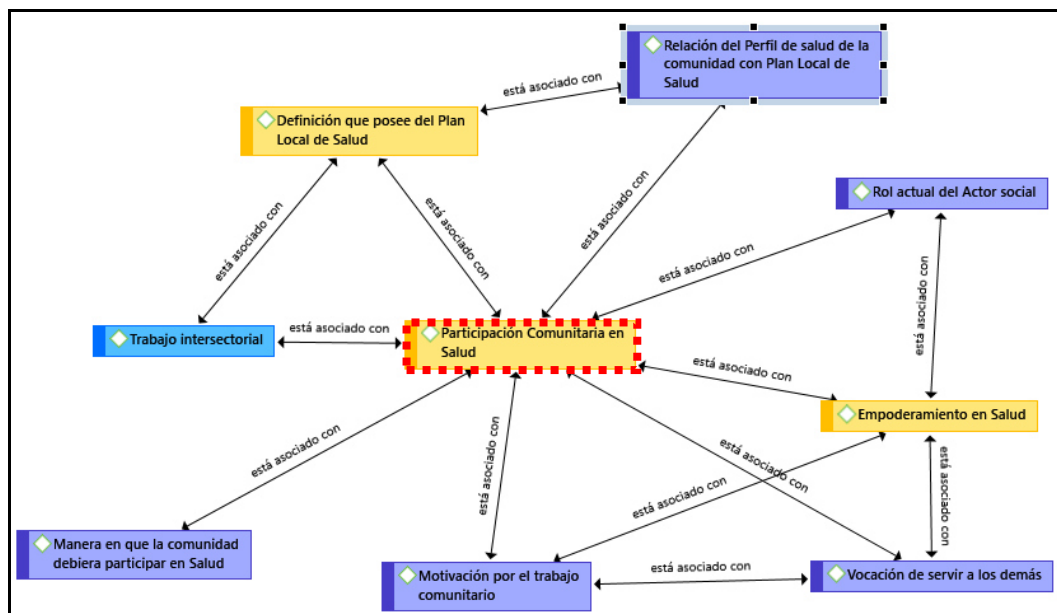


Figura 11: Análisis interpretativo de la definición de la Participación Comunitaria y sus relaciones, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

Con respecto al **Compromiso con la participación comunitaria en Salud**, las personas entrevistadas coinciden en que para realizar óptimamente sus labores comunitarias, ellas deben organizar sus horarios personales y familiares, denotando actitudes favorables hacia su labor comunitaria, y por ello refieren que por hacer estas actividades ellas sienten un “*gusto agradable*” por lo que hacen, pues saben escuchar y entender a la población, refieren “*tomar en serio su labor*” y con “*voluntad de trabajo*”:

“Gracias a Dios solo tengo una niña ya está con 14 años, ya considero que esta grandecita que la puedo dejar en casa sola por un rato que se yo, o mi esposo que dejo encargado si dejo cosas pendientes, pero no me hago problemas, entonces y es el trabajar, como quien dice hacer el bien sin mirar a quien ¿no? Y a donde vaya porque no tengo miedo de llegar al rincón más bajo ni tampoco tengo el miedo de rozar con la gente ¿no?” (Entr.1, Lin.34)

“Nosotras, las demás hemos sido convocadas igual, hemos sido convocadas para participar, nos dieron una capacitación o una charla para mostrarnos el trabajo que vamos hacer, para explicarnos y salir a campo.... Todas han tenido y sé que tienen voluntad, tienen espíritu del trabajo eso si les gusta, nos gusta lo que hacemos, en realidad nos gusta lo que hacemos y cuando hay incluso campañas que realiza el centro de salud salimos a apoyar, nos piden apoyo por ejemplo en mí siempre han buscado un apoyo” (Entr.1, Lin.40)

“Digamos, le digo, no sé, es tomármelo de repente como forma personal, tomar muy en serio en si la labor que estoy realizando, ya no me veo yo, ni me ven mucha gente al llegar a casa por ejemplo ¿no? que me digan como agente no, muchas veces nos dicen enfermera o doctora, no yo no soy doctora, ¿por qué? Porque me gusta escuchar a la gente, me entiende, a veces yo misma me comprometo cosa que no debo hacerlo o nos dicen: ‘no se comprometan’, ‘no se lo tomen a pecho o de forma personal’, pero no, yo estoy que me comprometo y que voy a venir y que voy a ir a hablar, digo yo, voy a traer, que necesitas?, ¿qué esto?, entonces es tomar en serio en si nuestra labor” (Entr.1, Lin.55)

Esto también se refuerza cuando las entrevistadas manifiestan que tienen claras las funciones que deben realizar, pues orientan a los que requieren ayuda y ellas sienten que son nexos importantes con el Centro de Salud:

“Por ejemplo porque me ha pasado en el camino: ‘señora mira yo tengo este problema mi papá así así esto, por favor vamos a mi casa, por favor vamos o venga’ entonces vamos a visitarlo, ‘está bien señora yo voy a ir, vamos a ir’, tomo nota de la problemática que tienen en casa, yo la presento y de allí en el centro se encarga ya de ir a visitar a este paciente” (Entr.1, Lin.67)

Tal como se aprecia en la Figura 12, se interpretó sobre el compromiso con la participación comunitaria en salud, y se aprecia que está interrelacionado con ciertos elementos clave que le dan fuerza a dicho concepto, tales como la vocación de servicio al resto, el tipo de empoderamiento en salud, su propio nivel de motivación por la labor comunitaria, además del nivel de coordinación con el Centro de Salud, el compromiso que demuestran al cumplir las metas propuestas y la forma en que los actores sociales afrontan los problemas comunitarios:

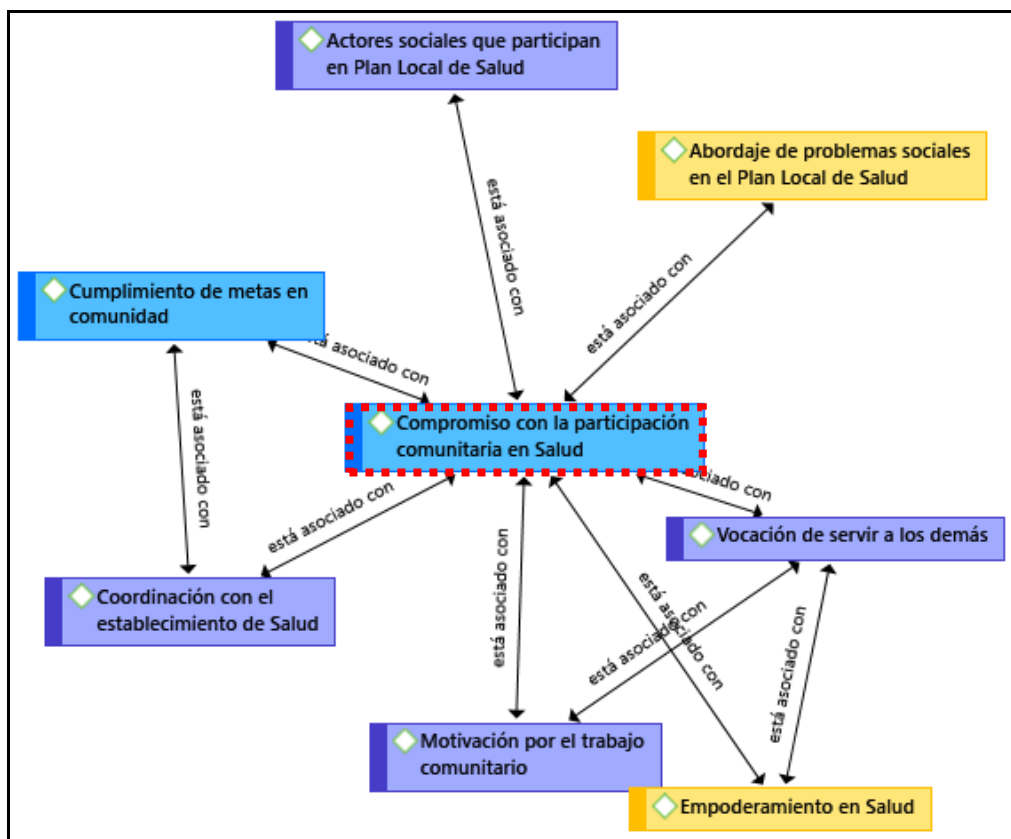


Figura 12: Análisis interpretativo del compromiso con la participación comunitaria en salud, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

En relación a la **Operativización de la participación**, resaltan expresiones sobre el concepto que poseen de **Empoderamiento en Salud**, relacionándolo con el fortalecimiento de capacidades a través de cursos y/o capacitaciones, para mejorar en su labor comunitaria, en el control y seguimiento de los pacientes y asegurándose que todos los pacientes a los que realicen seguimiento cumplan con las indicaciones dadas, y como se aprecia, todo ello posee una fuerte orientación asistencialista:

“Por empoderamiento yo entiendo de que las personas deben saber que tienen que ir a un control hacer seguimiento, continuar el tratamiento, no abandonarlo como la TBC comienzan y ya cuando están por cuatro o cinco meses y de ahí lo dejan, la promotora puede decir si el paciente está tomando, está fumando que hacemos no mejora por más que estamos insistiendo, ahorita si tenemos un éxito de TBC he estado trabajando en los penales y yo con ella así fui” (Entr.3, Lin.55)

“El empoderamiento es de repente estar fortalecido a través de las capacitaciones, de charlas, de consejos, de capacitaciones que nos dan ¿no? eso tomarlo y experimentarlo ¿no? sacarlo afuera y estar segura de que algún tema tratar enfocarnos bien para también darle eso mismo a los demás” (Entr.4, Lin.47)

“El empoderamiento nosotros lo entendemos cuando tenemos conocimiento herramientas para poder estar empoderadas y saber hacia dónde vamos, que vamos a defender, ese es el empoderamiento para nosotros” (Entr.8, Lin.42)

Con todas las opiniones obtenidas, se interpretó el **Empoderamiento en Salud**, se interrelaciona con la manifestación de su vocación de servicio hacia los demás, lo cual se relaciona con su propia automotivación para el trabajo comunitario, así como de su compromiso con la participación comunitaria, de acuerdo a la Figura 13:

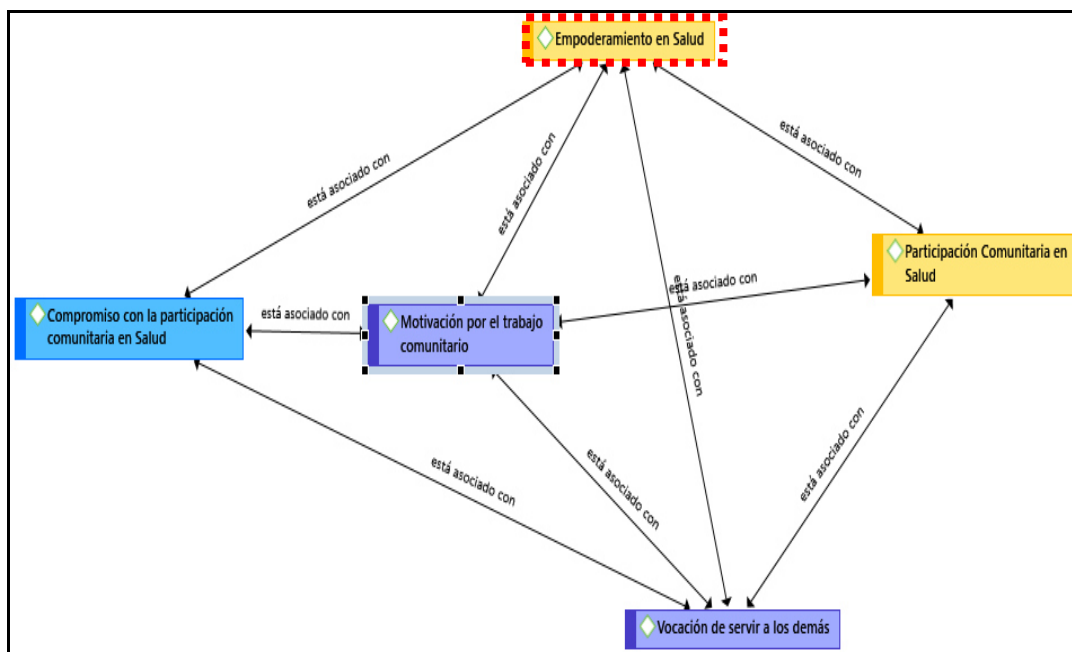


Figura 13: Análisis interpretativo del Empoderamiento en Salud, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

Con respecto a sus **conceptos sobre la Visita domiciliaria**, la relacionan con el seguimiento que realizan a los pacientes del Centro de Salud, y por medio de este, puede abordar otros problemas sanitarios, priorizándose el componente asistencialista en la atención:

“Bueno para nosotros la visita en sí es que vamos para hablar con, digamos, con quién nos corresponda aquí en cuanto a la visita esa para los niños, tenemos que hacer por ejemplo las consulta sobre el programa o sobre el tratamiento de la criatura e informarnos si nos quieren manifestar alguna otra preocupación o algún otro interés que tengan ya en casa, alguna otra problemática” (Entr.1, Lin.67)

“También he logrado hacer visitas domiciliarias a pacientes que no pueden llegar al centro, salimos en movilidad entonces hacemos el control en el domicilio, pero también lo hacíamos en el mismo centro a las personas que van y hacen su control o para empezar su tratamiento en hipertensión” (Entr.1, Lin.13)

Con respecto a la **Ejecución de la participación**, esta se pone de manifiesto mediante el valor que le dan al **trabajo de coordinación intersectorial**, con énfasis en el sector educativo en particular, priorizando a la población infantil

y siendo un puente de conexión entre las autoridades locales, municipales y regionales:

“Yo creo que el Perú Corea tiene buenas intenciones, pero tratan, pero no queda, por lo que a los colegios deberían ir ellos, porque algunos padres se van a trabajar antes de las seis de la mañana y dejan que los niños se preparen su desayuno, pero ellos se van a estudiar sin desayunar porque papá y mamá se fueron a trabajar y eso ocurre, por eso deberían darles información a los colegios, enseñarles a los niños ya que la mayor parte están solos porque los padres trabajan... El tema es la coordinación de horarios, programarlo un domingo, pero como le digo que la gente está tan apurada vive tan aprisa, viene de su casa a descansar prácticamente y se olvida de todo. Por eso se debería ir a los colegios a ellos enseñarles.... deberían ir a los colegios porque ellos son los futuros padres, con una buena base los niños van a crecer bien con salud y todo” (Entr.5, Lin.102-109)

“Primeramente, es el vaso de leche de la municipalidad, ellos nos informan cualquier reunión que tengan, de cualquier charla, ellos son los que más o menos los que convocan en la municipalidad de Bellavista ... Si, nos llamaban del consejo y nos mandaban a Perú Corea para escuchar las charlas... También nos ayudan en orientarnos en que vayamos al seguro, o a este otro, también nos aconseja la presidente sobre eso porque nos ayuda en hablar con los doctores y nos pasa la voz.... Si, vamos toditos, a todas nos convocan y todas vamos, somos como 50 vasos de leche en el distrito a todos nos mandan un oficio para ir a las charlas o las reuniones” (Entr.7, Lin.15-36)

“Nosotras nos relacionamos con la beneficencia, bueno con el municipio, y se ha perdido esa relación que teníamos con Perú Corea, con ellos hacíamos capacitaciones, cuando nos pedían alguna donación de comida nosotros apoyábamos, pero ahorita como le digo se ha perdido el contacto” (Entr.8, Lin.9)

Con todas las opiniones obtenidas, se interpretaron las relaciones del Trabajo intersectorial, tal como se muestra en la Figura 14, el cual se conecta con el nivel de coordinación del Centro de Salud, así como del cumplimiento de metas planteadas, y con los conceptos que se tienen sobre Plan de Salud Local, y el tipo de participación comunitaria:

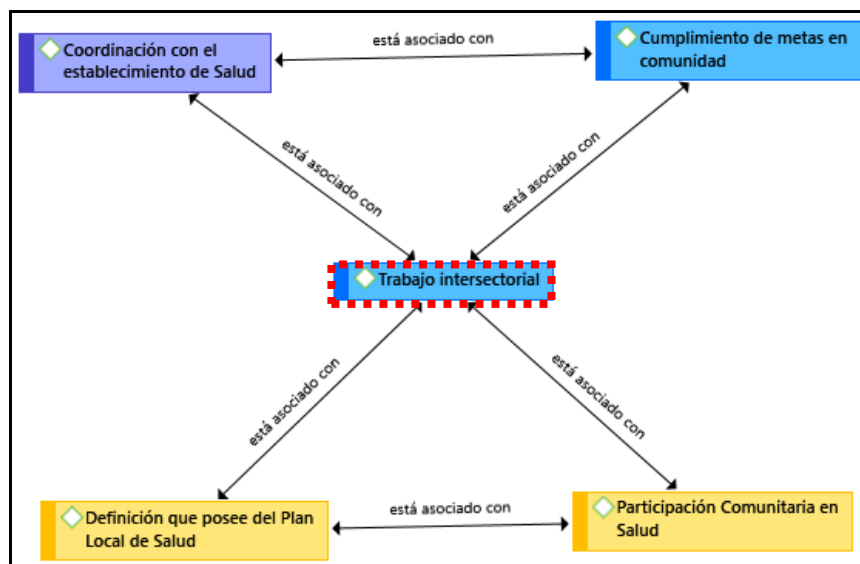


Figura 14: Análisis interpretativo de las relaciones del Trabajo intersectorial, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero 2020

Con respecto a la **Relación de lo Asistencial con la participación comunitaria en Salud**, se evidencian opiniones que resaltan el componente asistencialista, o sea, de captación de casos, seguimiento en la comunidad, constituyéndose en unos de los motivos centrales mediante el cual sustentan el trabajo comunitario, asimismo sumado a ello, sobre su participación en las Campañas de Salud y que ellas difunden a toda la colectividad:

“Lo que pasa es de que con el centro de salud en estas zonas no creo que sea mucho, que tengan que ir o acercarse al centro, porque persona por acá tienen el servicio del estado, de Essalud, que se atienden en Essalud, yo misma que voy a visitar, hay niños que yo encontrado que tienen seguro particular.... pasa de que cuando hay campañas nos dicen: vayan, va a ver exámenes de laboratorio ¿no?, entonces todo tipo de atención para todas las especialidades, pero muchas veces se les da prioridad al que pertenece al centro” (Entr.1, Lin.106-121)

“Muchas veces cuando realizamos las campañas, cuando hay campañas se hace la convocatoria ¿no?, informarle a la gente, ya que el que no tiene seguro o no cuenta en sí que pueda llegar al centro, pueda ser atendido aquí ¿no?..... lo que facilita en sí es la convocatoria masiva, es la información que se volantea, digamos te avisan de antes y nosotras que salimos a la calle estamos informando... En cuanto a la salud, pienso que las campañas, ¿por qué? Porque si no se enteran, si no sabe Ud. no va a salir de casa para ir a, que yo le diga vaya al centro, ¿para qué? Si no

tienen una consulta, no se preocupan en si por ahondar un poquito más en su salud, porque cuando hay campaña se le ofrece de todo, ¿para qué? Para convocar, para que precisamente jalarlos de una u otra manera con algo ya va esta persona al centro” (Entr.1, Lin.73-127)

“Muy poca participación de repente ¿no?, si los digo miren hay campañas, de salud si salen, si hay campañas les digo va de cardiología, uy si bacán va a ver cardiología, les van a tomar un electro, les van a tomar un eco, por decir, un electrocardiograma, una ecografía todo gratis, se apuntan ahí están en primera, desde antes que lleguen, la gente sale y está haciendo su cola, que si hay masajes, que si la podología, podología jala, cardiología jala, ¿me entiende?” (Entr.1, Lin.133)

“Que las personas que realmente requieran de atención sean atendidas allá en Perú Corea, que no vayan a las tres o cuatro de la mañana a hacer cola para afuera para ser atendidos debería ser más flexible la participación de Perú Corea en lo que es salud, en lo que es atención” (Entr.2, Lin.67)

Se aprecia que las personas entrevistadas expresan continuamente mucho compromiso y voluntad para asumir diversas tareas en su comunidad, entre ellas las de participar facilitando los controles de pacientes ante ciertas enfermedades que el Centro de Salud diagnostica y que ellos se encargan de hacer el seguimiento y la respuesta, por lo que demuestran persistencia y ahínco en el trato con diversos tipos de pacientes que se tornan renuentes:

“Primeramente el profesional, el centro que nos invite tiene que conocernos un poquito más y ver que nosotros estemos preparadas ante esa evidencia porque no es salir por salir, por ejemplo yo puedo estar enferma y digo si salgo, de promotor enfermo a paciente enfermo no hacemos nada, debe de haber un poquito más de control de nuestros jefes de nuestras áreas, obligarnos a hacernos un chequeo, obligar a que estés bien de salud, obligar, tanto a las charlas que nos dan, cambiar nuestros hábitos también.... La forma era hacer realidad algo, o sea vamos a poner vacunas, vamos, siempre tenemos problemas en el centro, que vas a poner esa vacuna, vamos a poner uno porque se tocó puertas ayer, hoy día las voy a tocar en la mañana, vamos a sacar pruebas de esputo, no que, yo saco las pruebas de esputo aquí en Taboadita, ya vamos yo las traigo y quedo mínimo diez muestras de esputo, que no, amiga a ver tráeme las pruebas con su nombre, cuantas pruebas hay, doce, en cuantas quedamos, en diez, hay o no hay” (Entr.3, Lin.31-37)

Para todo esto, es necesario que se mantenga un canal fluido de comunicación con cada familia que es vigilada, sin perder la orientación hacia el Centro de Salud:

“Lo importante es tener al menos puentes de comunicación para facilitar las cosas sobre todo la atención de nuestros pacientes. Yo a la gente de mi sector los tengo comunicados en vacunas, reuniones, citas, mira va haber tal cosa llévate esto y vas a tener oportunidad, en donde la gente pituca muy poco baja ahí vas a poder atenderte, los médicos lo han visto le han dado su medicina, que va haciendo, van apreciando que el centro está mejorando, como son oportunidades comunico en tal sitio va a ver una campaña, ese es mi trabajo” (Entr.3, Lin.91)

Por otro lado, las personas entrevistadas refieren que los aspectos organizacionales del Centro de Salud sí afectan la calidad del servicio que se brinda, citando como ejemplo el hecho de no encontrar cita para los controles, hecho que merma el apego de las personas hacia el Centro de Salud:

“Es que a la gente les incomoda no encontrar cita. Solucionando esto sería más asequible para que la comunidad estuviera más dispuesta a asistir a su control o si tienen una dolencia.... Manejar un poco más de facilidad de que encuentren las personas sus atenciones para que la personas se sienta más aliviada y lo anima a ir al centro, porque las citas no deben de ser demasiadas largas o sea para muchos días de espera” (Entr.4, Lin.91-96)

“Por lo que a veces no quieren ir al seguro, que no me atienden, que hay que esperar una hora o dos horas, no hay cita, para eso hay emergencia y ahí a uno lo atienden rápido, si va por la ruta normal le pueden dar cita dentro de un mes o dos meses Conducirlos o llevarlo u orientarlos que vayan al seguro o decirle a la familia que lo lleven al centro de salud o al hospital según sea el caso” (Entr.7, Lin.60-63)

Con respecto a **la manera en que la comunidad debiera participar en Salud**, valoran el nivel de comunicación que debe existir, así como los mecanismos de difusión de los servicios asistenciales, siendo también muy valorado el impulso de las capacitaciones que redundan en la mejora de sus habilidades para el servicio comunitario:

“Poniendo en comunicación o con afiches para que la gente tenga conocimiento de que hay un programa y que se pueden acercar” (Entr.2, Lin.37)

“Si nos unimos todos a ese programa y ese programa nos asesora, pienso que tenemos bastante con el asesoramiento” (Entr.2, Lin.46)

“Se les lleva a la posta y según eso los que nos indican llevan el tratamiento en la posta o en el Hospital Carrión, solo los que tienen SIS, los particulares ya se encargan la familia de llevarlos” (Entr.7, Lin.45)

“Para elaborar el plan debe de llamar a las cabezas que somos las que estamos más enteradas que una socia, escucha lo que le decimos, pero una socia no camina como caminamos nosotras o sea nosotras tenemos otra clase de capacitación entonces, yo les explico, pero les explico a como yo he entendido” (Entr.8, Lin.36)

Con todas las opiniones obtenidas, se desprende que las personas entrevistadas valoran aquellos elementos que permiten que su labor sea más fortalecida como por ejemplo, el nivel de coordinación, los conceptos de una adecuada participación comunitaria y el afrontamiento de problemas sociales a los que deben hacer frente, tal como se muestra en la Figura 15:

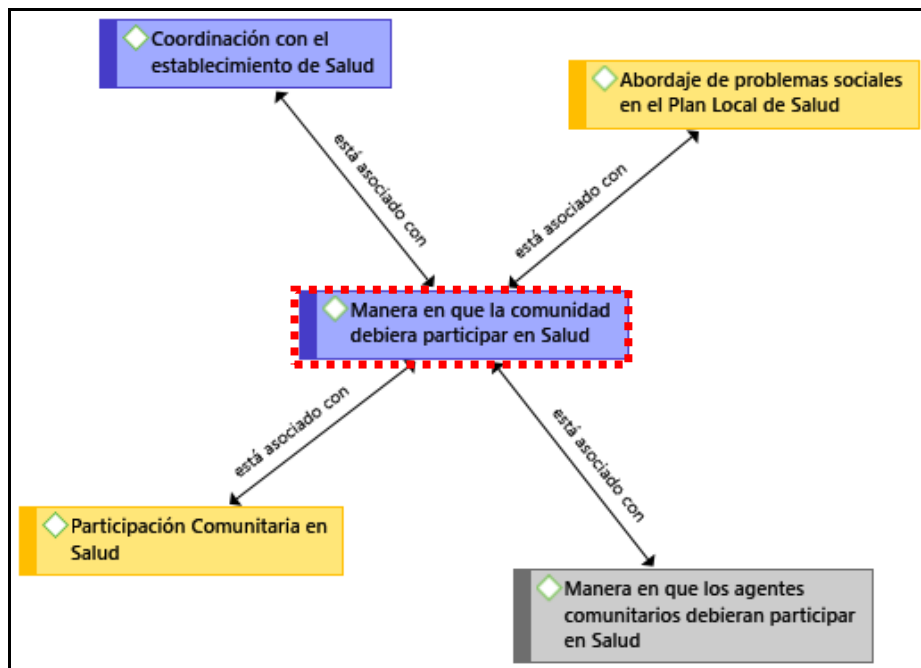


Figura 15: Análisis interpretativo de la manera en que la comunidad debe participar en salud, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

En relación a la **manera de identificar problemas de salud en la comunidad**, puntualizan la necesidad de fortalecer sus conocimientos mediante capacitaciones para lograr un mejor abordaje individual y familiar, la cual ellos valoran que sea de manera integral, redundando ello sobre su propio nivel de satisfacción por el trabajo que realizan:

“Bueno, de repente un poquito más de apoyo en cuanto a visitas, visitas ya médicas, que halla por lo menos sobre la problemática, nosotros informar, informar, que nos ha pasado, informamos por ejemplo si yo voy por un niño, específicamente estoy yendo a visitar a los bebés, pero si encuentro por allí personas con problemas que tienen, que necesitan de salud que muchas veces no hay atención, que no consiguen la cita, que les falta alimento, señores de edad que no tienen a veces la solvencia o los fondos suficientes para poder atenderse pues, nosotros hacemos, lo hemos hecho ya, preparamos un informe y comentar para que el médico vaya a visitarlo, ya que este señor o señora por ejemplo no pueden salir de casa entonces que lo vayan a ver, vayan a realizarle la visita y que se pueda ayudar con lo que se pueda ¿no?”
(Entr.1, Lin.49)

“Poniendo en comunicación o con afiches para que la gente tenga conocimiento de que hay un programa y que se pueden acercar” (Entr.2, Lin.37)

Con todas las opiniones obtenidas, se relaciona la forma en que se identifican problemas sanitarios que afectan a la comunidad, con el abordaje de los problemas sociales que ellos realizan, así como el desarrollo de su Rol actual, relacionándose con el fin que busca el diseño del Plan de Salud Local, de acuerdo a la Figura 16:

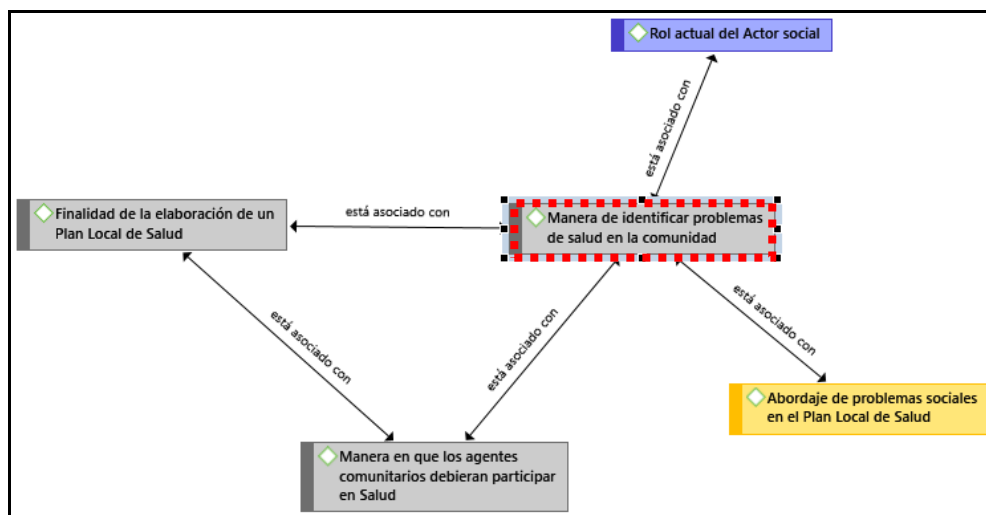


Figura 16: Análisis interpretativo de la manera de identificar problemas de salud en la comunidad, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

Se denota que poseen mucha voluntad para la realización de visitas domiciliarias, como parte de su labor comunitaria, puesto que resaltan las acciones de seguimiento y apoyo para agilizar procesos de atención, ya sea del Seguro Integral de Salud – SIS, recalcando que desarrollan gran capacidad de saber escuchar al resto, permitiéndoles acercarse más a los pobladores:

“Bueno, nosotros, a mí me pasa por ejemplo cuando he ido a visitar, cuando he ido de visita me topo en el camino con gente que me pregunta, o que me dice, o si yo veo por ejemplo a una persona ya de edad que está sola en la calle, no tiene porque ya estar solita, hay viejitas que a veces están dobladitas caminando o cuando voy al hospital veo, empiezo a observar y yo misma me acerco o yo misma ofrezco mi ayuda, me entiende?... Mira he encontrado tal persona en este domicilio es una señora, es un señor de edad, están solitos, explicándole, necesito por favor que los vayan a ver, entonces les manifestamos para que, porque ellos dicen ‘si ya vamos a hacer visitas” (Entr.1, Lin.61-64)

“Nosotros nos organizamos de la siguiente forma como ahora ya tenemos el policlínico de sanidad apoyamos a los que no tienen para pagar lo traemos por primera vez a ver entra con el médico, ve el cuadro que hacer ya esa es una, y si tiene SIS lo agilizamos y si no tiene yo, como yo entiendo de eso pido su DNI y cancelo el SIS, ya lo inscribo en la municipalidad y me voy a Lima al MIDIS como

está por el Palacio de Gobierno está por ahí las oficinas, tengo un contacto en el SIS a través del esposo de una amiga” (Entr.3, Lin.67)

“Lo detectamos y luego anotamos la dirección si se puede y sabemos el nombre y apellido del paciente y lo derivamos al centro de salud, según el caso si nos han solicitado con promoción de salud pues con promoción de la salud, si fuera PCT con ellos” (Entr.4, Lin.56)

“Si, yendo a Perú Corea, básicamente cualquier tema de salud que pase primero al centro de salud. Ante cualquier problema de salud de la comunidad se direcciona al centro de salud ya que este funciona las 24 horas. De ahí los orientan al Carrión” (E7, Lin.75)

“Escuchar y saber los problemas que pasan” (Entr.7, Lin.138)

De acuerdo a la Figura 17, se visualiza que la interrelación con la manera de participación en el diseño del plan, y se conecta con el nivel de empoderamiento en salud, el rol de los agentes comunitarios, así como también es muy valorada la Vocación de servicio que brindan a los demás, lo que se relaciona con su nivel de motivación y el compromiso por la labor comunitaria:

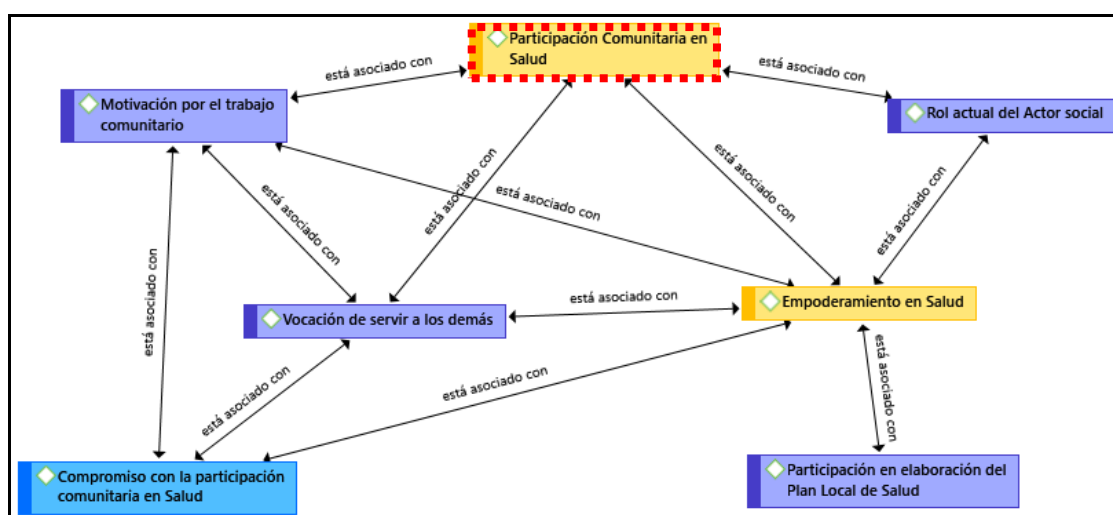


Figura 17: Análisis interpretativo de la forma de participación en el diseño de un Plan de salud local, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

4.1.3) Percepciones de la labor realizada por los agentes comunitarios:

Con respecto al **Rol actual del agente comunitario o actor social**, las opiniones obtenidas centran su labor sobre las estrategias comunicacionales que adoptan a fin de difundir temas básicos de salud, usando para esto carteles, papelógrafos, entre otros, además dan un valor importante a la difusión de campañas de salud y demuestran su motivación y respuesta ante el llamado del personal de salud:

“Lo importante es tener al menos puentes de comunicación para facilitar las cosas sobre todo la atención de nuestros pacientes. Yo a la gente de mi sector los tengo comunicados en vacunas, reuniones, citas, mira va haber tal cosa llévate esto y vas a tener oportunidad, en donde la gente pituca muy poco baja ahí vas a poder atenderte, los médicos lo han visto le han dado su medicina, que va haciendo, van apreciando que el centro está mejorando, como son oportunidades comunico en tal sitio va a ver una campaña, ese es mi trabajo” (Entr.3, Lin.91)

“Si hay una campaña de vacunación nos piden que voceemos hay ocasiones en tiempo atrás que hemos perifoneado, que hemos volanteado, hemos pegado afiches, también, aunque en estos últimos tiempos no pero anteriormente si, diseñábamos así en forma simple los papelógrafos anunciando luego las banderolas también las hacíamos a mano hace un tiempo porque se necesitaba poner en varios lugares, y hacíamos a mano con los plumones los afiches, los papelógrafos y así, o hasta inclusive cositas manuales” (Entr.4, Lin.6)

“Antes que yo era mi mamá la que estaba acá, como todos éramos conocidos y veíamos los mismos problemas antes no había tanta ayuda aún, así como sea nosotros tratamos de hacer lo mejor, y hay gente que por más que gane su dinero necesita la ayuda” (Entr.5, Lin.18)

“Bueno, yo si veo, lo que pasa en la actualidad es que la gente vive preocupada por pagar los servicios agua, luz, casa, niños, a veces se olvidan por estar en el trabajo porque están con el stress como cada uno está preocupado en sus propios problemas a menos tratamos de ayudarnos aunque sea con comunicación, por ejemplo si Perú Corea me transmite algo yo le transmito a otra, si a mí me enseñan algo yo le transmito a otra y le digo tú también comunica a otra, bueno ese es mi forma de ser” (Entr.5, Lin.45)

“Hay que informarles a ellos porque a la larga o la corta la salud es muy importante así que si no tienen buena salud no podrían hacer lo que ellos quieren o ir a donde quieren” (Entr.5, Lin.60)

“Si, vamos toditos, a todas nos convocan y todas vamos, somos como 50 vasos de leche en el distrito a todos nos mandan un oficio para ir a las charlas o las reuniones” (Entr.7, Lin.36)

“Conducirlos o llevarlo u orientarlos que vayan al seguro o decirle a la familia que lo lleven al centro de salud o al hospital según sea el caso” (Entr.7, Lin.63)

Nuevamente las entrevistadas perciben que, dentro del Rol del Actor Social de la comunidad, resulta necesario fortalecer sus capacidades como parte del mejoramiento de su interés, nivel de vocación de servicio y de ayuda al prójimo. Además, expresan que deben ser más exigentes con las autoridades locales para afinar todos los pasos tendientes a fomentar la participación comunitaria en la población:

“Si nos han dado también algunas indicaciones al respecto anteriormente pero también estaría bueno que nos sigan refrescando ¿no? en una ocasión entramos a una casa atendemos a un niño de repente esta decaído, los ojitos decaídos, algo como que podemos ir viendo y de repente el niño puede tener anemia ¿no? o se está deshidratando algo así ¿no?, o si vemos que la persona de repente noto que tiene un familiar con bebé vemos si ya ha pasado su control, vemos si tiene algún síntoma, alguna tos, si tiene algo que nos indica que está muy delgado, se le ha quitado el apetito y tratamos la forma de derivarlo a que asista a que se haga un control, en el centro de salud.... Lo detectamos y luego anotamos la dirección si se puede y sabemos el nombre y apellido del paciente y lo derivamos al centro de salud, según el caso si nos han solicitado con promoción de salud pues con promoción de la salud, si fuera PCT con ellos” (Entr.4, Lin.53-56)

Con todas las opiniones obtenidas, se aprecia sobre el rol del Actor social en la participación comunitaria, de acuerdo a lo mostrado en la Figura 18, que se interrelaciona con la capacidad de empoderamiento, con los conceptos actuales de participación comunitaria y la forma de abordar e identificar los problemas a nivel comunitario:

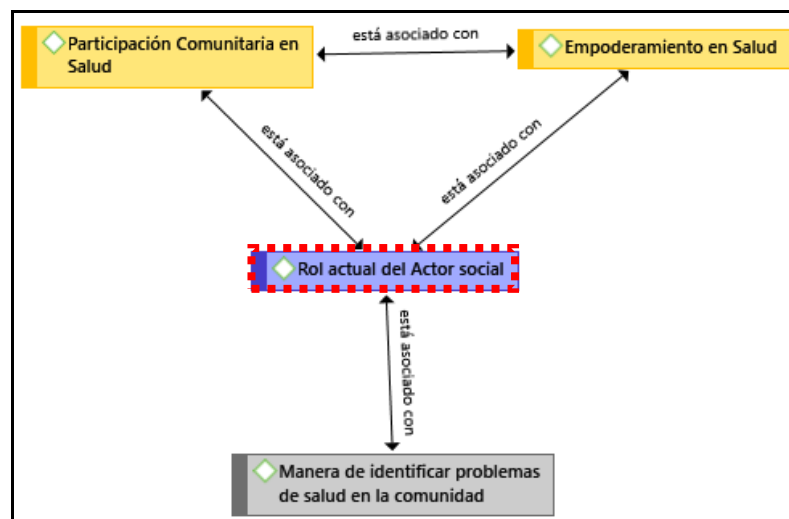


Figura 18: Análisis interpretativo del rol del agente comunitario en la participación comunitaria, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero 2020

Con respecto a las **Condiciones para ser un agente comunitario**, lo más valorado por las entrevistadas es la **Vocación de servicio hacia los demás**, lo que se traduce en el “*gusto*” por la labor realizada, en la que demuestran su capacidad de empatía sin mostrar miedo o vergüenza y manifiestan siempre encontrarse al llamado de todas personas. Además, expresan su espíritu altruista al buscar donativos y apoyar a personas de bajos recursos económicos:

“Todas han tenido y sé que tienen voluntad, tienen espíritu del trabajo eso si les gusta, nos gusta lo que hacemos, en realidad nos gusta lo que hacemos y cuando hay incluso campañas que realiza el centro de salud salimos a apoyar, nos piden apoyo por ejemplo en mí siempre han buscado un apoyo, si hay que preparar algo voy recojo los alimentos vengo preparo” (Entr.1, Lin.40)

“Es investigar, es ahondar más, si falta, si hay un problema, alguna problemática en casa ¿no? para poder ayudar de alguna manera” (Entr.1, Lin.55)

“Cuando voy al hospital veo, empiezo a observar y yo misma me acerco o yo misma le ofrezco mi ayuda, ¿me entiende?, ¿necesita algo?, ¿lo ayudo señor?, ¿lo ayudo señora?, ¿que desea?, y más si estoy con chaleco entonces recurren a mí, a preguntar, a informarse y yo en lo que pueda atenderlos ¿no?, llego o llegan a mí sin querer queriendo” (Entr.1, Lin.61)

“Señores de edad que no tienen a veces la solvencia o los fondos suficientes para poder atenderse pues, nosotros hacemos, lo hemos hecho ya, preparamos un informe y comentar para que el médico vaya a visitarlo, ya que este señor o señora por ejemplo no pueden salir de casa entonces que lo vayan a ver, vayan a realizarle la visita y que se pueda ayudar con lo que se pueda ¿no?” (Entr.1, Lin.49)

“Todas han tenido y sé que tienen voluntad, tienen espíritu del trabajo eso si les gusta, nos gusta lo que hacemos, en realidad nos gusta lo que hacemos y cuando hay incluso campañas que realiza el centro de salud salimos a apoyar, nos piden apoyo por ejemplo en mí siempre han buscado un apoyo” (Entr.1, Lin.40)

“Y a donde vaya porque no tengo miedo de llegar al rincón más bajo ni tampoco tengo el miedo de rozar con la gente ¿no? porque a donde voy si me saludan yo saludo y si no ‘hola amigo’, ‘hola amiga’, ‘hola amiguito’ y así congeniamos con la gente, saber llegar a la gente” (Entr.1, Lin.34)

“Mira he encontrado tal persona en este domicilio es una señora, es un señor de edad, están solitos, explicándole, necesito por favor que los vayan a ver, entonces les manifestamos para que, porque ellos dicen ‘si ya vamos a hacer visitas” (Entr.1, Lin.64)

“Por ejemplo porque me ha pasado en el camino: ‘señora mira yo tengo este problema mi papá así así esto, por favor vamos a mi casa, por favor vamos o venga’ entonces vamos a visitarlo, ‘está bien señora yo voy a ir, vamos a ir’, tomo nota de la problemática que tienen en casa, yo la presento y de allí en el centro se encarga ya de ir a visitar a este paciente” (Entr.1, Lin.67)

“Nosotros como promotores damos la mano de obra pero que hace el técnico, que hacen todos los profesionales sino tienen ellos lo básico que necesitan o a veces que hace la DIRESA o la Región.... Y muchas veces hacemos lo posible por buscar donaciones de un lado de otro lado, doctora acá hay esto, mira acá hay el otro, y buscamos hacer algo en las personas” (Entr.3, Lin.22)

Las entrevistadas manifiestan que, ante la necesidad de capacitarse, ellas optan por su Autoformación, de esta manera pueden aplicar sus conocimientos de manera práctica hacia los pacientes que tienen asignados:

“Yo tengo 75 años yo voy me capacito y respondo mis preguntas yo leo el problema es leer porque si tú no lees no aprendes nada, la televisión es un programa ya desarrollado que lo miras y ahí queda te dicen como comienza y como acaba, pero

cuando tu lees tu comienzas a, lee tú tienes que leer si no haces nada.... Viajo por conocimiento, pero no descuido a mis pacientes” (Entr.3, Lin.40)

Un aspecto que es puntualizado por ellas, es que deben actuar con firmeza en ciertas ocasiones, sobre todo cuando se enfrentan a pacientes irresponsables, y ese nivel de persistencia les impulsa a lograr los objetivos sanitarios planteados, y tratando de establecer contactos con diversas organizacionales que pueden brindar apoyo, tales como las Organizaciones No Gubernamentales en la comunidad - ONGs:

“Ponte fuerte porque te mentan la madre, yo le decía que cosa piensan que una viene a perder su tiempo, como vas a mejorar ¿ah? Es plata que el estado invierte en tí, ahorita si ya no vas a querer tomar entonces renuncia al tratamiento y si te mueres nadie se acordará y nadie va a dar para tu entierro y así tengo que amenazarle, mire la señora es bien jodida ya me ha amenazado si me muero ni para el velorio me va a dar, a estas personas se necesita mano dura” (Entr.3, Lin.55)

“Lo importante es tener al menos puentes de comunicación para facilitar las cosas sobre todo la atención de nuestros pacientes. Yo a la gente de mi sector los tengo comunicados en vacunas, reuniones, citas, mira va haber tal cosa llévate esto y vas a tener oportunidad, en donde la gente pituca muy poco baja ahí vas a poder atenderte, los médicos lo han visto le han dado su medicina, que va haciendo, van apreciando que el centro está mejorando, como son oportunidades comunico en tal sitio va a ver una campaña, ese es mi trabajo” (Entr.3, Lin.91)

“Tiempo atrás ha sido con la ONG de socios en salud, nosotros apoyábamos con nuestros servicios, tiempo atrás hacia varios años atrás, y ellos nos apoyaban con una canasta de víveres por hacer la visita domiciliaria y la toma de medicamentos supervisado en casa para algunos pacientes, no a todos, para algunos en caso lo requería, ya sea porque era muy anciano, no se podía movilizar, tenía una dolencia en ese momento, o por los horarios que se les cruzaba por estudio o trabajo, entonces nos solicitaban en ese tiempo la ONG socios” (Entr.4, Lin.9)

“Bueno, yo si veo, lo que pasa en la actualidad es que la gente vive preocupada por pagar los servicios agua, luz, casa, niños, a veces se olvidan por estar en el trabajo porque están con el stress como cada uno está preocupado en sus propios problemas a menos tratamos de ayudarnos aunque sea con comunicación, por ejemplo si Perú Corea me transmite algo yo le transmito a otra, si a mí me enseñan

algo yo le transmito a otra y le digo tú también comunica a otra, bueno ese es mi forma de ser” (Entr.5, Lin.45)

Además, las entrevistadas reafirman que reconocen y valoran las acciones hacia la salud individual y tiene claridad de su contribución con el desarrollo local:

“Hay que informarles a ellos porque a la larga o la corta la salud es muy importante así que si no tienen buena salud no podrían hacer lo que ellos quieren o ir a donde quieren” (Entr.5, Lin.60)

Con respecto a la **Motivación por el trabajo comunitario**, es un común denominador en las entrevistadas que refieren sentir “gusto” por el trabajo que realizan, y para ello denotan capacidad de apoyo al resto, saben escuchar, priorizan problemas familiares como, por ejemplo, la alimentación familiar, la salud infantil y la capacitación continua:

“Es algo que me ha gustado siempre en apoyar, ayudar a los demás, el servir, el hecho de servir, sé que estoy sirviendo a alguien me hace sentir muy bien” (Entr.1, Lin.19)

“Todas han tenido y sé que tienen voluntad, tienen espíritu del trabajo eso si les gusta, nos gusta lo que hacemos, en realidad nos gusta lo que hacemos y cuando hay incluso campañas que realiza el centro de salud salimos a apoyar, nos piden apoyo por ejemplo en mí siempre han buscado un apoyo” (Entr.1, Lin.40)

“Digamos, le digo, no sé, es tomármelo de repente como forma personal, tomar muy en serio en si la labor que estoy realizando, ya no me veo yo, ni me ven mucha gente al llegar a casa por ejemplo ¿no? que me digan como agente no, muchas veces nos dicen enfermera o doctora, no yo no soy doctora, ¿por qué? Porque me gusta escuchar a la gente, me entiende, a veces yo misma me comprometo cosa que no debo hacerlo o nos dicen: ‘no se comprometan’, ‘no se lo tomen a pecho o de forma personal’, pero no, yo estoy que me comprometo y que voy a venir y que voy a ir a hablar, digo yo, voy a traer, ¿qué necesitas?, ¿qué esto?, entonces es tomar en serio en si nuestra labor” (Entr.1, Lin.55)

“Es investigar, es ahondar más, si falta, si hay un problema, alguna problemática en casa ¿no? para poder ayudar de alguna manera” (Entr.1, Lin.55)

“Cuando voy al hospital veo, empiezo a observar y yo misma me acerco o yo misma le ofrezco mi ayuda, ¿me entiende?, necesita algo?, ¿lo ayudo señor?, ¿lo ayudo señora?, ¿que desea?, y más si estoy con chaleco entonces recurren a mí, a preguntar, a informarse y yo en lo que pueda atenderlos ¿no?, llego o llegan a mi sin querer queriendo” (Entr.1, Lin.61)

“Y muchas veces hacemos lo posible por buscar donaciones de un lado de otro lado, doctora acá hay esto, mira acá hay el otro, y buscamos hacer algo en las personas; yo busco a las personas muy mal maltratadas como para poder enfocar y decirle ¿no? acá hubo TBC y mire se ha liberado porque hay las tres personas que estaban ya moribundos los hemos mejorado, esa es la forma ¿no? cuando hablamos nosotros con nuestros jefes” (Entr.3, Lin.22)

“En aquellos tiempos era porque me llamaba la atención, porque me compartió una amiguita que ya estaba en el monitoreo del Sabogal, me comentaba que estaba haciendo un voluntariado ahí y es bien bonito porque los tienes ahí a las personas, les indicas donde queda tal cosa, claro primero te van a enseñar te van a decir cómo es y es bonito dice, entonces eso me llamó la atención, y entonces me dice no te gustaría a tí participar, y ya a partir de ahí se inició y ahí continúe pues, se te arraiga y te comienzan a decir que tanto vas para allá y se siente la motivación porque le haces un bien a la comunidad” (Entr.4, Lin.12)

“La necesidad porque acá nosotros no ganamos dinero, ganamos gracias a Dios la alimentación a la familia esa es la verdadera motivación que tenemos” (Entr.6, Lin.18)

“Más por los niños que tenemos en casa, por ejemplo, aquí tengo niños, tengo a la familia y la organización del vaso de leche que funciona en las mañanas de seis a ocho” (Entr.7, Lin.18)

“Me motiva primeramente que la gente este capacitada y enterada de las leyes para que no se dejen sorprender por la gente que vienen a querer manipular” (Entr.8, Lin.15)

Además, refuerzan su motivación mediante el trato directo con las personas, dan la cara frente a los problemas, actúan siempre buscando siempre el bienestar de los demás:

“En aquellos tiempos era porque me llamaba la atención, porque me compartió una amiguita que ya estaba en el monitoreo del sabogal, me comentaba que estaba haciendo un voluntariado ahí y es bien bonito porque los tienes ahí a las personas, les indicas donde queda tal cosa, claro primero te van a enseñar te van a decir como es y es bonito dice, entonces eso me llamo la atención, y entonces me dice no te gustaría a ti participar, y ya a partir de ahí se inició y ahí continúe pues, se te arraiga y te comienzan a decir que tanto vas para allá y se siente la motivación porque le haces un bien a la comunidad” (Entr.4, Lin.12)

Por ello, resaltan sus cualidades de carisma y empatía, como vehículos que permiten acercarse a la población:

“Y a donde vaya porque no tengo miedo de llegar al rincón más bajo ni tampoco tengo el miedo de rozar con la gente ¿no? porque a donde voy si me saludan yo saludo y si no ‘hola amigo’, ‘hola amiga’, ‘hola amiguito’ y así congeniamos con la gente, saber llegar a la gente” (Entr.1, Lin.34)

Con todas las opiniones obtenidas, se aprecia en la figura 19, que su nivel de motivación se relaciona con el empoderamiento, con los conceptos de la participación comunitaria, su nivel de vocación de servicio a los demás, así como su compromiso hacia la participación comunitaria:

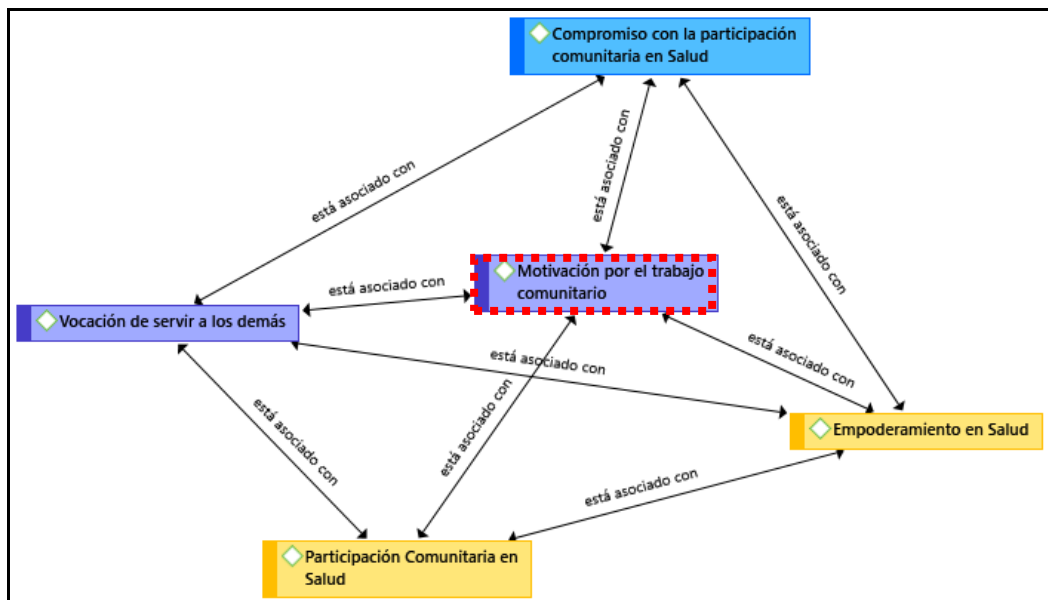


Figura 19: Análisis interpretativo de las relaciones de la motivación por el trabajo comunitario, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

4.1.4) Percepciones de su relación con el establecimiento de salud:

Con respecto a los **Beneficios de su relación con el Centro de Salud**, lo primordial es el Fortalecimiento del **nivel de coordinación del Centro de Salud** que implica la organización y la priorización de la labor netamente asistencialista. Además, se resalta que ellas se encuentran al llamado permanente del Centro de Salud:

“Bueno, de repente un poquito más de apoyo en cuanto a visitas, visitas ya médicas, que haya por lo menos sobre la problemática, nosotros informar, informar, que nos ha pasado, informamos por ejemplo si yo voy por un niño, específicamente estoy yendo a visitar a los bebés, pero si encuentro por allí personas con problemas que tienen, que necesitan de salud que muchas veces no hay atención, que no consiguen la cita, que les falta alimento, señores de edad que no tienen a veces la solvencia o los fondos suficientes para poder atenderse pues, nosotros hacemos, lo hemos hecho ya, preparamos un informe y comentar para que el médico vaya a visitarlo, ya que este señor o señora por ejemplo no pueden salir de casa entonces que lo vayan a ver, vayan a realizarle la visita y que se pueda ayudar con lo que se pueda ¿no?”
(Entr.1, Lin.49)

“Mira he encontrado tal persona en este domicilio es una señora, es un señor de edad, están solitos, explicándole, necesito por favor que los vayan a ver, entonces les manifestamos para que, porque ellos dicen ‘si ya vamos a hacer visitas’” (Entr.1, Lin.64)

“Si, para que por lo menos puedan ir a atender a este paciente que no puede salir de casa ¿no?” (Entr.1, Lin.70)

“El aportar asesoramiento a tanta gente que lo requiere, como en su salud hay veces no se sabe y si es aportar también sobretodo los nutrientes que se deben dar en el comedor” (Entr.2, Lin.136)

“Ahorita a nivel de mi centro bastante, ha mejorado la atención del seguro es más rápido, las citas se dan más rápido. Ayudamos a los niños con anemia y las madres gestantes a sacar sus citas, a otras le decimos que deben estar al día siguiente en ayunas para los análisis a otros que deben estar a tal hora en la puerta del consultorio médico” (Entr.3, Lin.88)

“El empoderamiento es de repente estar fortalecido a través de las capacitaciones, de charlas, de consejos, de capacitaciones que nos dan ¿no? eso tomarlo y

experimentarlo ¿no? sacarlo afuera y estar segura de que algún tema tratar enfocarnos bien para también darle eso mismo a los demás” (Entr.4, Lin.47)

“Si nos han dado también algunas indicaciones al respecto anteriormente pero también estaría bueno que nos sigan refrescando ¿no? en una ocasión entramos a una casa atendemos a un niño de repente esta decaído, los ojitos decaídos, algo como que podemos ir viendo y de repente el niño puede tener anemia ¿no? o se está deshidratando algo así ¿no?, o si vemos que la persona de repente noto que tiene un familiar con bebe vemos si ya ha pasado su control, vemos si tiene algún síntoma, alguna tos, si tiene algo que nos indica que está muy delgado, se le ha quitado el apetito y tratamos la forma de derivarlo a que asista a que se haga un control, en el centro de salud” (Entr.4, Lin.53)

“Lo detectamos y luego anotamos la dirección si se puede y sabemos el nombre y apellido del paciente y lo derivamos al centro de salud, según el caso si nos han solicitado con promoción de salud pues con promoción de la salud, si fuera PCT con ellos” (Entr.4, Lin.56)

“Ellos vienen una vez al mes, de la región este mes han venido dos veces uno para vaso de leche y uno para comedores” (Entr.5, Lin.30)

“Pero tampoco es malo lo que hace Perú Corea es su intención de ellos juntarlos y que cada uno y poner una experiencia de vida y con eso informar a los demás como afrontar los problemas de salud, y está muy bien juntarse a todos, los médicos más capacitados y ellos son los que nos enseñan a nosotros, otros tienen más experiencia y nos comunican y eso está bien, debería de haber más de eso y también los medios de comunicación deberían influenciar bastante en eso, más que todo a los niños porque a ellos deberían enseñarles eso porque entiendan ya ahora en este mundo los niños no más se guían por los medios de comunicación” (Entr.5, Lin.51)

“Bueno esos talleres eran buenos ¿no? capacitaban en la región, se identificaban problemas a mano alzada” (Entr.6, Lin.101)

“Si, vamos toditos, a todas nos convocan y todas vamos, somos como 50 vasos de leche en el distrito a todos nos mandan un oficio para ir a las charlas o las reuniones” (Entr.7, Lin.36)

“De las charlas de las enfermedades que hay, más enfocado en participar en las charlas que se convocan esa es la manera de participar de las socias, ya sea en Perú Corea o en el consejo” (Entr.7, Lin.42)

“Se les lleva a la posta y según eso los que nos indican llevan el tratamiento en la posta o en el hospital Carrión, solo los que tienen SIS, los particulares ya se encargan la familia de llevarlos” (Entr.7, Lin.45)

“Cada dos o tres meses según ellos nos convocan a reunión, cuando hay algún caso de enfermedades como la diarrea entonces nos llama a reunión. Ellos mandan el oficio tal reunión en Perú Corea, o tal reunión en el municipio” (Entr.7, Lin.114)

“Ahora está mucho mejor, más organizado, porque antes no había esas charlas en cambio ahora recién tenemos las charlas, nos llaman a capacitación. Existen ciertos cambios a partir de la participación que se tiene y sobre todo generando el compromiso que se tiene. Tanto las juntas vecinales con el vaso de leche toditas nos informamos, nos organizamos para participar” (Entr.7, Lin.141)

“Bueno que ellos sigan esos pasos de las charlas, que las comunicaciones que dan que ellos las escuchen para así también informarle a la familia” (Entr.7, Lin.144)

“Con las capacitaciones, porque lo que más falta son las capacitaciones ese un tema crucial para poder estar enterada de todo” (Entr.8, Lin.45)

“Que inviten que haiga reuniones; que inviten a las señoras, que nos traigan una carta y nos inviten que vayan con su junta directiva o sino que vayan con tres personas, cuatros personas y ya un va y ya vamos mirando quien es la persona que va a trabajar, porque ese es la verdad de la cosas, como vuelvo a repetir hay mucho desinterés de la misma posta hacia la comunidad, y la comunidad va porque tiene que atenderse pero quien va y pregunta cuando funciona un comité local porque no saben la respuesta” (Entr.8, Lin.97)

Las personas entrevistadas le dan mucho valor a las tareas que ejecuta el personal del establecimiento de salud, buscando realzar el nivel de confianza hacia el Centro de Salud, aunque refieren que existe escaso apoyo del estado para el cumplimiento de sus funciones:

“Pero tampoco es malo lo que hace Perú Corea es su intención de ellos juntarlos y que cada uno y poner una experiencia de vida y con eso informar a los demás como afrontar los problemas de salud, y está muy bien juntarse a todos, los médicos más capacitados y ellos son los que nos enseñan a nosotros, otros tienen más experiencia y nos comunican y eso está bien, debería de haber más de eso” (Entr.5, Lin.51)

“El Perú Corea tiene todas las buenas intenciones, son empeñosos, pero el Estado al parecer no los apoya, tal vez mucho descuido en los hospitales hasta en el mismo Essalud. Creo que lo que pasa es que el estado no apoya, uno le puede echar la culpa al centro de salud, pero es el Estado que no lo apoya. En Perú Corea en lo posible trata de apoyar, trata de auxiliar” (Entr.5, Lin.87-93)

“Perú Corea si se esmera, su personal es confiable, para que no me puedo quejar de ellos, las veces que yo he ido me han atendido bien en los análisis todo y a la gente también, hay gente que viene con mucha carga emocional y a veces se alteran y el personal lo sabe apaciguar” (Entr.5, Lin.90)

“Lo único que sé es que la posta atiende muy bien, buenos doctores todo.... Como el Perú Corea no tiene ningún problema, es un buen centro” (Entr.6, Lin.56,77)

“Antes era pésimo el Perú Corea ¿no? años atrás, pero ahora es magnífico no he tenido ningún inconveniente en ese aspecto.... Como yo le digo, yo hablo por acá Perú Corea es magnífico no hay de que pedirles, hay buenos doctores, buena asistencia, asistenta también con la cual nos reunimos que es una bella persona y ayuda bastante” (Entr.6, Lin.92-108)

“Según como vamos nos llaman para ver a las atenciones, nos comunican y todo eso. La atención del establecimiento es buena. Vamos quincenal o mensual e igual nos atienden no nos ponen peros” (Entr.7, Lin.93)

Las entrevistadas denotan estar predispuestas a acudir ante alguna convocatoria que realice el establecimiento de salud, siendo la labor que realizan eminentemente asistencialista. Además, indican que siempre habrá opiniones discordantes y contrarias a ello, algunos actores sociales manifiestan que existe desinterés por una parte del personal de salud para efectuar actividades comunitarias:

“Cuando llaman a reunión a todas las coordinadoras a alguna capacitación nos llaman al centro de salud” (Entr.7, Lin.24)

“Que inviten que haiga reuniones; que inviten a las señoras, que nos traigan una carta y nos inviten que vayan con su junta directiva o sino que vayan con tres personas, cuatros personas y ya una va y ya vamos mirando quien es la persona que va a trabajar, porque ese es la verdad de la cosas, como vuelvo a repetir hay mucho

desinterés de la misma posta hacia la comunidad, y la comunidad va porque tiene que atenderse pero quien va y pregunta cuando funciona un comité local porque no saben la respuesta” (Entr.8, Lin.97)

Por otro lado, reconocen que deben dar énfasis al trabajo con las Instituciones Educativas, por la apertura que reciben en el seguimiento de niños y adolescentes:

“El tema es la coordinación de horarios, programarlo un domingo, pero como le digo que la gente esta tan apurada vive tan aprisa, viene de su casa a descansar prácticamente y se olvida de todo. Por eso se debería ir a los colegios a ellos enseñarles” (Entr.5, Lin.106)

Además, las entrevistadas remarcan la poca coordinación para el establecimiento de horarios de trabajo conjunto con los representantes del Centro de Salud, enfatizando que se coordine mínimamente entre los involucrados:

“Es que ellos tienen un horario de trabajo no es cierto, entonces a veces la población no lo encuentra a Ud. en el día y a veces no están hasta la tarde o la noche, entonces a nosotros se nos hace un poquito más fácil por decirlo así en el caso de los agentes comunitarios hacerles las vistas porque a veces usamos la mañana, la tarde, y la noche, sábado, domingos, feriados, entonces como todo personal del centro tiene un horario establecido y a veces que quisieran ellos abarcar más pero por el horario de las personas a veces no la localizan y es fastidioso para que las encuentre fácilmente” (Entr.4, Lin.68)

Existen opiniones que discrepan de las anteriores, sobre todo en algunas organizaciones sociales de base, pues afirman que el nivel de coordinación con ellos se ha venido diluyendo con el paso del tiempo:

“De ahí es totalmente negativo, no hay ninguna conexión entre este comedor del apoyo que debería hacer el estado lo que es programación de salud incluso para la alimentación” (Entr.2, Lin.7)

“No, actualmente no, hace un tiempo en una oportunidad no más me invitaron, me invito el mismo centro de salud, no se vio resultados después de esa reunión porque la persona a cargo del grupo en ese momento no se desenvolvía” (Entr.4, Lin.35)

“Nosotras nos relacionamos con la beneficencia, bueno con el municipio, y se ha perdido esa relación que teníamos con Perú Corea, con ellos hacíamos capacitaciones, cuando nos pedían alguna donación de comida nosotros apoyábamos, pero ahorita como le digo se ha perdido el contacto” (Entr.8, Lin.9)

“Es que ya pues han dejado de convocarnos, ha dejado de haber un interés, quien no quiere capacitarse en violencia familiar ya que hay muchas leyes que no se conocen, y la gente que no me diga a mí que va hacer desde las ocho de la mañana hasta las cinco de la tarde porque no vamos a ir porque y si vamos, vamos a ir a la mitad, porque nosotras trabajamos en la mañana, a partir de las tres ahí sí puede ser si podemos ir” (Entr.8, Lin.12)

“Hace como cinco años, nosotros nos hemos desligado del centro de salud” (Entr.8, Lin.33)

“Si, de ambas partes, no hay capacitaciones, no hay ninguna reunión, no hay nada para que vamos.... No, no nos convocan” (Entr.8, Lin.81-84)

De acuerdo a lo anterior, debe priorizarse la **ampliación de la cartera de servicios del Centro de Salud**, esto refuerza más aún la concepción de una mirada muy asistencialista de la atención, por ello parten del trabajo comunitario y orientándolo hacia diversas actividades, entre ellas, del seguimiento domiciliario de pacientes:

“Eso sí, sería bueno que exista si un cardiólogo, que no hay, no hay porque esperar estas campañas, porque esperan una campaña para ir a cardiología, porque si van al hospital, ay no demora mucho, no porque hay que sacar cita y de aquí me dan para un mes y que no sé cuánto, entonces esa problemática si, digamos el cardiólogo les ayuda bastante” (Entr.1, Lin.145)

“Es que ellos tienen un horario de trabajo no es cierto, entonces a veces la población no lo encuentra a Ud. en el día y a veces no están hasta la tarde o la noche, entonces a nosotros se nos hace un poquito más fácil por decirlo así en el caso de los agentes comunitarios hacerles las vistas porque a veces usamos la mañana, la tarde, y la noche, sábado, domingos, feriados, entonces como todo

personal del centro tiene un horario establecido y a veces que quisieran ellos abarcar más pero por el horario de las personas a veces no la localizan y es fastidioso para que las encuentre fácilmente” (Entr.4, Lin.68)

“Manejar un poco más de facilidad de que encuentren las personas sus atenciones para que la personas se sienta más aliviada y lo anima a ir al centro, porque las citas no deben de ser demasiadas largas o sea para muchos días de espera” (Entr.4, Lin.96)

Con todas las opiniones obtenidas, se puede evidenciar que las entrevistadas reconocen los beneficios de la elaboración de un Plan de salud local, más orientándolo hacia el fortalecimiento de capacidades, la mejora continua de la calidad de atención, así como la necesidad de ampliar la cartera de servicios del Centro de Salud, para cumplir con las metas comunitarias, acorde a los mostrado en la figura 20:

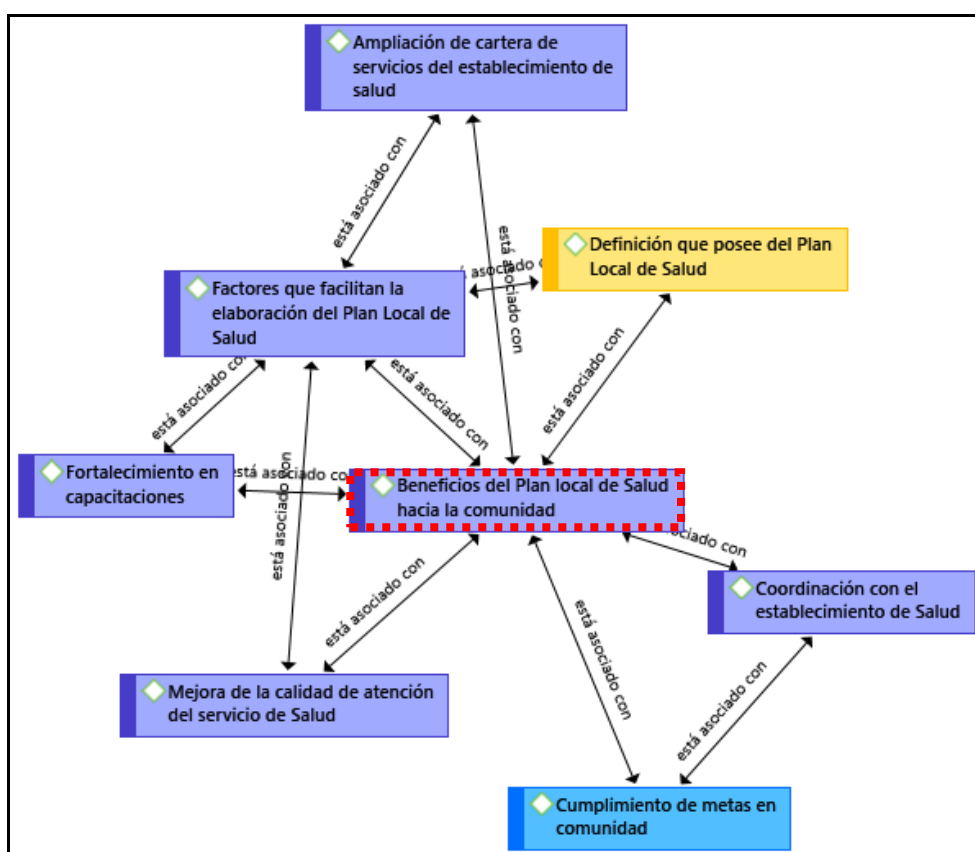


Figura 20: Análisis interpretativo de los beneficios del diseño del Plan de salud local y sus relaciones, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

Por otro lado, es imperativa la **mejora de la calidad de atención del servicio de Salud**, pues ellas son testigos de las diversas quejas, reclamos que recogen de los pacientes, lo cual disminuye apego y la confianza de los pacientes hacia el Centro de Salud:

“Mejorar la atención... Todo el mundo se queja de aquello y los limita ¿no? no van incluso.... La atención debe ser mejor sobretodo, principalmente mejorar la atención del Perú Corea” (Entr.2, Lin.127-133)

“A veces en que encuentre una cita porque a veces terminadas las campañas o algo les dicen a las personas si Uds. vayan a consulta, pero a veces uno va y no encuentra consultas a tiempo. Es que a la gente les incomoda no encontrar cita. Solucionando esto sería más asequible para que la comunidad estuviera más dispuesta a asistir a su control o si tienen una dolencia” (Entr.4, Lin.91)

“Manejar un poco más de facilidad de que encuentren las personas sus atenciones para que la personas se sienta más aliviada y lo anima a ir al centro, porque las citas no deben de ser demasiadas largas o sea para muchos días de espera” (Entr.4, Lin.96)

“Escucho mucho a la gente quejarse que no hay medicinas, van a consulta y de ahí a la farmacia y le dicen que no hay medicinas, la gente se amanece en hacer colas para las citas a veces se va el sistema y de nuevo volver hacer la cola, ya no se saca cita por teléfono, y también hay gente que saca cita y no va quitándole un cupo a alguna persona que realmente quiere” (Entr.5, Lin.96)

“Si, podría contribuir de la atención, más relacionado a la atención que se dé a los usuarios” (Entr.7, Lin.99)

“Yo no hago cola porque ya que día son las colas, hay que ir a sacar temprano las citas que es lo primero que hago yo. A veces mis hijas me dicen que día me toca porque me sacan la cita” (Entr.7, Lin.102)

“A la atención yo si veo que es buena para todos, de las atenciones si no me quejo” (Entr.7, Lin.105)

“Bueno que ellos sigan esos pasos de las charlas, que las comunicaciones que dan que ellos las escuchen para así también informarle a la familia” (Entr.7, Lin.144)

“Vamos a la posta por ahí tenemos un choque que si la persona no tiene SIS tiene que pagar su consulta ya que por medir la presión cobran, yo sé que tiene que cobrar, pero también se tiene que ver la realidad de la persona, que hay algunos que no tienen como pagar, si nos nosotros nos inmiscuimos tenemos que correr de nuestro bolsillo y eso ha sido la queja que nosotros hemos dado a las autoridades que sean más sensibles, más accesibles para que se puedan atenderse” (Entr.8, Lin.54)

Con todas las opiniones obtenidas, se aprecia en la Figura 21, los factores facilitadores del diseño del Plan de salud local, entre los que se tiene: Las capacitaciones, la ampliación de la cartera de servicios y la mejora de la calidad de la calidad de atención del servicio asistencial:

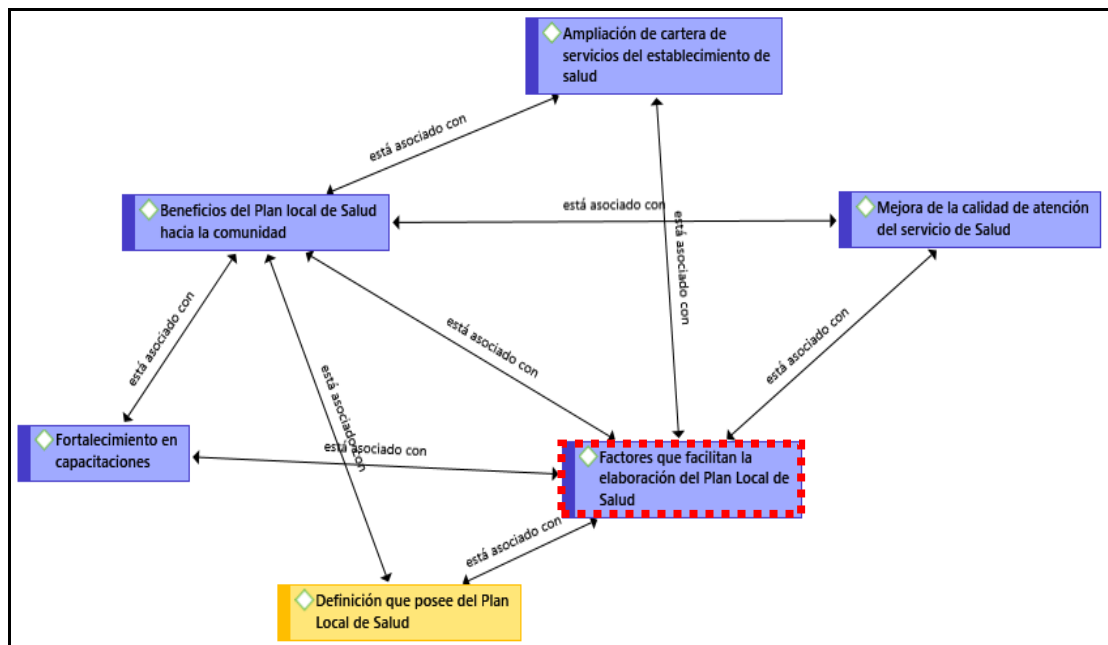


Figura 21: Análisis interpretativo de los factores facilitadores del diseño del Plan de salud local, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

Con respecto a los **Factores limitantes de su relación con el Centro de Salud**, las entrevistadas manifestaron que existe una influencia del contexto político local y regional en aspectos relativos a la salud, bajo el rótulo de “*Campañas de Salud*” pero teniendo como trasfondo los matices políticos y partidarios, lo cual merma el sentido social que debieran tener estas

actividades, por ello denotan su preocupación permanente pues se puede a volver a repetir dicha situación:

“El alcalde que estaba de turno decía, una semana antes, tres días que se yo campaña, les pintan el pelo, les ponen el tinte y todo lo que es gratis, ponga Ud. acá todos salen corriendo, salen corriendo; si yo les digo para lo que es salud, que ha habido campañas de que se les entrega hasta los anteojos, y quien no va, ¿cuánto me cuestan unos anteojos?” (Entr.1, Lin.127)

“Ya es política, cuando se vienen las campañas o necesitan ahí se acuerdan de los comedores, ahí vienen con donaciones nos dan esparcimiento con grupos chicha, eso no es participación para la salud de las personas de que solamente nos toman un momento porque necesitan de uno por eso hay veces cuando me han invitado prefiero no ir ni participar, porque es política y el comedor no es política” (Entr.2, Lin.49)

“Muy poco, porque le cuento, yo vivo y lo entiendo esto ha sido politizado” (Entr.3, Lin.43)

“Las autoridades, yo he trabajado dentro en el municipio, ellos decían no porque la doctora quiere estar primero ella poner la carpa, primero tienes que tener municipalidad o región, no pues ellos ponen la carpa y ponen las sillas nada más, los que vienen son los médicos, vienen los técnicos, viene laboratorio ¿ve?” (Entr.3, Lin.76)

“Para mi concepto ha sido bastante politizado en lo que es en temas de salud, muchas veces necesitábamos a los comedores, al vaso e leche, e inclusive yo he ido a dejarle los oficios para ciertos temas, capacitaciones, charlas, no tomaban atención, no le daban importancia, que estamos ocupadas que no podemos, va a ver momentos en que se realizaban las charlas o la capacitación o del tema que fuere, de repente por si acaso por ahí asistía una persona, no he visto en ellos la predisposición de participar, como que no le dan la debida importancia” (Entr.4, Lin.41)

“Concientizar un poquito más al resto de personas ¿no? para que en adelante participen, porque parece que lo han mentalizado de que todo es en base a política” (Entr.4, Lin.44)

Desde otro punto de vista, **las personas priorizan la atención de otros temas diferentes a los de su propia salud**, atribuyéndole razones de subsistencia, es decir, de lograr sobrevivir en un entorno donde prima lo económico por sobre la propia salud:

“Yo como le digo a nosotras nos informan todo, pero sabe lo que pasa es que la gente está preocupada por subsistir, desde muy temprano en la mañana las personas están concentradas en ir a trabajar, en estudiar. Viven preocupados por el día a día nada más, esa es la gran mayoría son pocos los que se preocupan como Ud. dice de conformar comunidad” (Entr.5, Lin.60)

Por otro lado, las entrevistadas enfatizan que hay **procesos engorrosos para la atención de pacientes en el establecimiento de Salud**, lo que se evidencia con problemas crónicos como la carencia de medicamentos, la existencia de colas para un cupo para la atención, la insuficiente programación de citas, la poca sensibilización de las autoridades locales y regionales, los cuales reducen el nivel de participación, pero nos damos cuenta que estos problemas se refieren a un comportamiento recuperativo y predominantemente asistencialista:

“Porque les molesta muchas veces venir a sacar una cita, entiendo, es engorroso para ellos: ‘no, que no me atienden’, y ‘que no encuentro’, ‘que hay que regresar’, y todo eso, entonces es fácil que le digan a Ud.: ‘mira, ya te saqué la cita’, ‘tienes tu cita para tal día’, perfecto ahí si van, me entiende” (Entr.1, Lin.106)

“Que las personas que realmente requieran de atención sean atendidas allá en Perú Corea, que no vayan a las tres o cuatro de la mañana a hacer cola para afuera para ser atendidos, porque yo personalmente he ido por atención pero hay que ir a las tres de la mañana para poder ser atendido y de repente cuando llego ya no hay cita, yo pido transferencia porque yo soy hipertensa, entonces tienen que hacerme la transferencia, amanezco un día me dan una transferencia para una especialidad, después tengo que regresar otro día, he dejado el tratamiento hace 10 meses, y como yo hay muchas personas que no pueden, debería ser más flexible la participación de Perú Corea en lo que es salud, en lo que es atención.... Tendrán recursos humanos, pero le dan una receta y uno va a la farmacia y le marcan esto no hay, esto no hay, solo hay esta” (Entr.2, Lin.67-73)

“Yo no hago cola porque ya que día son las colas, hay que ir a sacar temprano las citas que es lo primero que hago yo. A veces mis hijas me dicen que día me toca porque me sacan la cita” (Entr.7, Lin.102)

“Vamos a la posta, pero ahí tenemos un choque que si la persona no tiene SIS tiene que pagar su consulta ya que por medir la presión cobran, yo sé que tiene que cobrar, pero también se tiene que ver la realidad de la persona, que hay algunos que no tienen como pagar, si nosotros nos inmiscuimos tenemos que correr de nuestro bolsillo y eso ha sido la queja que nosotros hemos dado a las autoridades que sean más sensibles, más accesibles para que se puedan atenderse” (Entr.8, Lin.54)

Con todas las opiniones obtenidas, como se aprecia en la Figura 22, dentro de las principales limitantes para la elaboración de un Plan de salud local, se identifica que hay procesos engorrosos en el Centro de Salud, la priorización de otros temas ajenos al de salud, la existencia de problemas sociales tales como la delincuencia juvenil, la drogadicción, y en gran medida, el involucramiento político partidario en temas de salud:

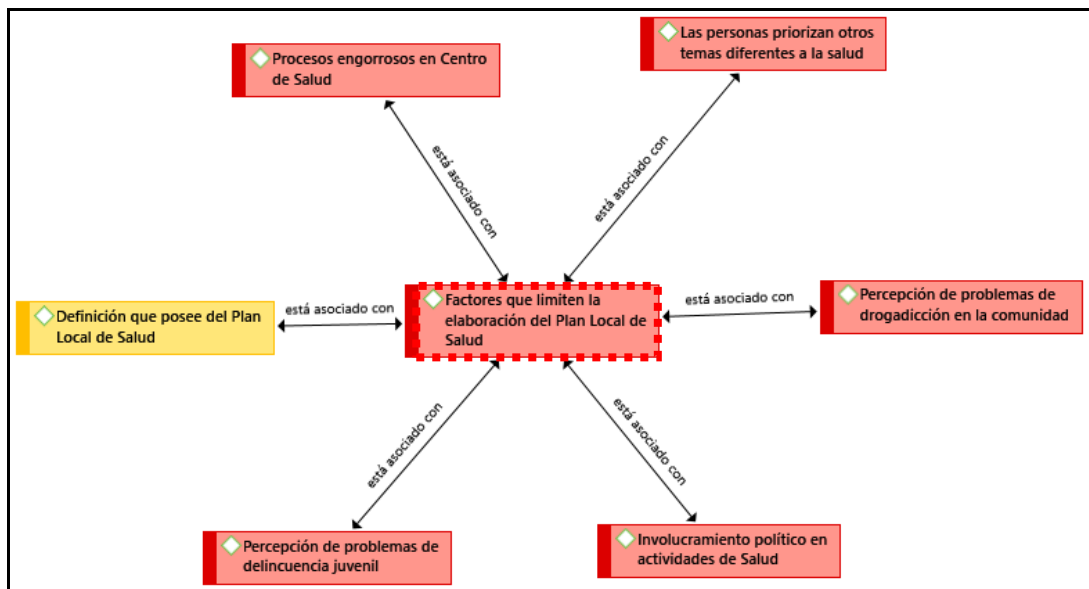


Figura 22: Análisis interpretativo de los factores que limitan el diseño del Plan de salud local, en agentes comunitarios del distrito de Bellavista - Callao

Fuente: Entrevista a 08 agentes comunitarios del distrito de Bellavista – Callao, Febrero2020

4.1.5) Percepciones acerca del estado de salud familiar y de la comunidad:

Con respecto al **nivel de autopercepción del Estado de Salud Familiar**, las entrevistadas lo sitúan dentro de rangos normales mientras que sí puntualizan problemas individuales relacionados al avance inexorable de la edad, además de la existencia de estresores en el ambiente:

“Yo me siento bien dentro de lo que cabe, puedo tener algo por dentro no lo sé, pero de sentirnos bien, yo considero que estamos bien dentro de lo que cabe, para la situación, para la edad, bueno ya son problemas de que por edad nos viene achacando ya los males, pero todos estamos controlados” (Entr.1, Lin.97)

“El mío si ya está deteriorado porque tengo algo de artrosis por ese caso ¿no? y bueno por este entorno que estamos aquí por confecciones industriales las personas tienen mayormente tienen Essalud como son un poco más cerradas, entonces muy poco por acá, muy ocasional se les ve un caso de estos, de una enfermedad así” (Entr.4, Lin.62)

“Bueno yo también tengo mis propios achaques, me voy al doctor saco mi cita, ahora último tengo que sacar cita para ver mis resultados, en mi casa igual, pero acá lo que veo es que a mucha gente le duele la cabeza, yo creo que es el stress, escucho a la gente hablar que es dolor de cabeza, la gente está estresada pues, estamos pensando que hacer mañana, todos los miembros de la comunidad veo ese problema, un rato reirán, pero al poco rato están serios” (Entr.5, Lin.81)

“Bien, me hago mis chequeos porque tengo mi seguro por mi esposo” (Entr.6, Lin.71)

“Yo lo considero normal, estoy controlada tanto de la presión, cardiología, cada se tiene que al centro de salud para que nos den las pastillas para la presión” (Entr.7, Lin.78)

“Por los mismos problemas que hay a veces peleamos discutimos, a veces nos estresan los recibos, pero a veces no hay porque no hay trabajo...” (Entr.8, Lin.60)

Por otro lado, en general el **estado de salud de la comunidad** es percibido como “preocupante”, por la identificación de casos de patologías crónicas, por ejemplo, casos de discapacidad, reconocen la lucha contra la Anemia

infantil como problema prioritario en los niños y gestantes, además de los problemas sociales como la violencia familiar, así como la influencia del clima de inseguridad ciudadana existente:

“Hay necesidad de visitas, hay gente por ejemplo que estoy viendo, ahora que visito a los niños, señoras que están enfermas hasta con problemas me dicen de cáncer en tratamiento, pero que les han quitado, que no tienen el seguro y están luchando por un seguro” (Entr.1, Lin.58)

“Hay gente que viene en silla de ruedas, hay gente que no puede ni comer y la familia se lo da en la boca de comer, yo no me acerco a ellos a interrogarles porque podría incomodarse y trato de que coman tranquilos, pero yo estoy viendo” (Entr.2, Lin.55)

“Ahorita hay anemia, que estamos buscando que combatirla primero entre las mamás gestantes enseñándoles a comer pescado porque nadie es santo de devoción comer pescado” (Entr.3, Lin.70)

“Hay poca concurrencia al centro de salud porque se mantienen saludables, pero también por otro lado del aspecto emocional, las personas están muy tensas, están a la defensiva, malhumorados, cuando están así las personas más trabajo cuesta ya sea visitarlos, si hay un tema de salud orientarlos no se llega con facilidad, debido a que están tensos debido a que tienen muchos problemas, o están muy aceleradas que no tienen tiempo todo lo quieren ya o sea si algo le quieres conversar tiene que ser rápido, pero ya ... La gente mayor es un poco más conservadora en su salud, la gente mayor son los que más se cuidan a comparación con los más jóvenes” (Entr.4, Lin.50-62)

“Yo lo tomo como parte del medio ambiente porque este influye bastante ya que hay muchas enfermedades y yo sé que hay muchos virus, que no solo vienen de acá sino de otros países, desgraciadamente viene de otros países enfermitos acá pero tampoco vamos a darle la espalda” (Entr.5, Lin.63)

“Bueno le digo que nosotros estamos mal con nuestra salud mental, estamos mal por lo mismo que en los hogares tenemos problemas no sabemos cómo solucionarlo, la falta de trabajo, todo hace que estemos violentos en la misma casa y agredimos a nuestro alrededor, entonces lo que tienen que ver es la salud mental que no hay y se adolece en muchos sitios y acá la mayoría de gentes son mayores, y acá nuestra cuidado lamentablemente está en zona roja..... Que se vive alterados, a veces

tranquilos, a veces a la defensiva, mayormente por el tema de la inseguridad” (Entr.8, Lin.48-63)

“Primeramente, hay dos cosas la salud mental y la anemia en nuestros hijos y que también la TBC está en primer lugar en nuestro Callao entonces qué mejor de llamar a nosotros que sabemos nuestras problemáticas de nuestro sitio para poder intervenir y apoyar, porque a nosotros siempre nos llaman ad honorem y ni siquiera hay un pasaje, aún así lo trabajamos, vamos” (Entr.8, Lin.48)

Por otro lado, los actores sociales atribuyen a que cada persona debe asumir su propia responsabilidad por la salud individual, familiar y comunitaria:

“El que quiere salir adelante uno tiene que ver la manera, sabiendo que la salud es lo principal” (Entr.7, Lin.57)

“Son cosas de cada uno, cada uno baila con su pañuelo. Solo preguntamos cómo va la salud y ellos nos contestan, nada más” (Entr.7, Lin.84)

Con respecto a las **percepciones acerca de los problemas de delincuencia juvenil**, las personas entrevistadas manifiestan sentirse resignadas a convivir con la delincuencia, procurando hacerle frente sin perjudicarse, aunque expresen sentimiento de temor ante los riesgos a los que se exponen:

“Yo, por ejemplo, yo si llegaría, como le digo, yo no le tengo miedo. La vez pasada salgo pasa un joven, me saluda y le digo a mi hijita, estaba con mi hija, es un ratero, llego a la esquina y salió corriendo con un celular, pero ya me había saludado hola ¿cómo estás?, hola madrecita no sé qué me dijo, era de noche, hola ¿cómo estás hijo?, ¿qué tal? Y de pronto salió corriendo una señora estaba comiendo anticucho en la avenida y gritó, y que te dije yo, le dije a mi hija, y mi hija le dijo a su papá ‘papá mi mamá saludó a un ratero’, pero es que es así mi amor si a ti te saludan, tú saluda y tú de lo más tranquila no te va a pasar nada, porque de repente no me lo volveré a cruzar, de digo yo así ¿no?” (Entr.1, Lin.85)

“Y ya por lo menos con la vista ya al ojo ya nada más se conoce, le digo, a la gente se saca, no tengo que porque mostrarle miedo tampoco, no tengo porque mostrarme temerosa porque ahí si me pasa algo ¿no?, pero ‘hola que tal’, ‘hola hijo’, ‘hola esto’, yo tranquila, ella más bien tiene miedo ‘como te vas a acercar’, que me puede pasar?, nada, si yo visto igual de sencilla como ellos, no me voy a ir a las alhajas, no me voy a ir a esto, no me voy a ir en zapatillas así como me ve tal vez, pero ¿y el

trabajo? aparte de que maneja su chaleco y el chaleco te respalda, y dicen: ya es la entidad, ya es esto, buenos días, que tal?, cómo está?, buenos días señora, como está señor?, buenos días, buenas tardes” (Entr.1, Lin.85)

Con todas las opiniones obtenidas, como se muestra en la figura 23, se interpretaron globalmente las principales categorías y sub-categorías identificadas en este estudio y se ve que la situación es más compleja de lo que se creía, pues existen múltiples factores que se superponen tanto a nivel de los agentes comunitarios, de los entes de la comunidad, de las organizaciones sociales de base, así como del propio establecimiento de salud y por ello dichos elementos deben ser tomados en cuenta para efectivizar una verdadera participación comunitaria, acorde a lo establecido en este estudio.

4.2) Análisis, interpretación y discusión de los resultados:

Los resultados del presente estudio muestran las percepciones emitidas desde el punto de vista de los Actores sociales activos que laboran en alguna de las organizaciones sociales de base de la Comunidad del distrito de Bellavista, en la Provincia Constitucional del Callao. A través de este estudio, se estudiaron y profundizaron las percepciones de los Actores sociales participantes siguiendo los procesos de la investigación cualitativa a fin de recoger y abordar el objeto y fenómenos de estudio consignando las ideas centrales de lo manifestado por las entrevistadas, tal como lo recomendado por algunos autores (Erice, 2010; Picado, 2014; Llanos, 2016; Santos et al, 2009; León, 2014; Vargas, 2006; Mayca et al, 2009; Valenzuela et al, 2015). Dichas percepciones se categorizaron en 05 grandes categorías: (i) Percepciones de la elaboración del Plan local de Salud; (ii) Percepciones de la Participación comunitaria en Salud; (iii) Percepciones de la labor de los Actores Sociales; (iv) Percepciones de su relación con el establecimiento de salud; y (v) Percepciones del estado de salud familiar y de la comunidad, en las cuales se han evidenciado diversas sub-categorías y códigos que dan muestra de las interrelaciones existentes entre ellas. Debe resaltarse que en todo momento se garantizó un ambiente cómodo para las entrevistas realizadas, lo que permitió que cada persona incluida en esta investigación pueda emitir su real forma de pensar y sus apreciaciones y puntos de vista respetables ante las categorías estudiadas.

4.2.1) Percepciones de la elaboración del Plan de Salud local:

Las percepciones estudiadas nos muestran que tienen una comprensión clara de la definición de un Plan de Salud Local y demostraron una actitud positiva hacia el diseño y la implementación de un plan de salud local. El programa se ve a sí mismo como un medio para abordar problemas y necesidades locales. poblaciones, comprometiéndolas en estrategias de resolución, como por ejemplo, encontrando soluciones a problemas de salud, para diferentes temas.

Diversos autores definen a la Planificación como un proceso que permite diseñar una propuesta colectiva a fin de implementar acciones que contribuyan al desarrollo de la comunidad, comprometiendo a los agentes comunitarios involucrados a todo nivel (Sandoval, Sanhueza y Williner, 2015), Estas afirmaciones coinciden con otros investigadores como Kestelman et al (2017), Li (2005), Anigstein (2004), Garrido (2002), Gómez et al (2012), quienes enfatizan en el concepto de la planificación local participativa, lo integran al contexto social, le dan viabilidad a los proyectos a ejecutar, justificando los procesos inherentes a dicho proceso participativo para lograr su consolidación. El mantener vínculos estrechos con los miembros de la comunidad permite que sientan que se convierten en un nexo importante con el Centro de Salud, situación que es afirmada por autores como Heredia y cols. (2011), Copa y Delgadillo (2015), Hails (2014). Otras investigaciones también refuerzan lo anteriormente descrito, entre ellos Molleda, 2001; OPS- OMS, 1999; Velásquez, 2006 debido al realce que le otorgan a la Planificación participativa como una pieza clave para la identificación de necesidades y problemas en la población, dicho mensaje lo tienen bien claro en las participantes buscando el bien común.

Algunos actores sociales refieren tener experiencias negativas con la formulación de Planes de Salud locales, siendo un ejemplo la experiencia mostrada por Ayala (2010) pues en su investigación no halló un vínculo entre el perfil de salud de la comunidad con la planificación operativa, puesto que priorizan labores predominantemente administrativas con un enfoque netamente asistencialista, por lo que existe poca o nula motivación hacia el trabajo comunitario, por ende, corresponde más a una actitud reactiva que proactiva.

Otra perspectiva de la utilidad del Plan de Salud Local se manifiesta sobre el abordaje de otros problemas sanitarios que son prioritarios, como por ejemplo la captación de pacientes con Tuberculosis, el proceso de vacunación infantil, el uso adecuado del agua para consumo humano, así como del lavado de manos, entre otras. Se refleja nuevamente la mirada asistencialista y

recuperativa, lo cual muestra un abordaje parcial del sentido que poseen los establecimientos de salud del primer nivel de atención, en el que el enfoque debe ser preventivo-promocional, tal como lo reafirman Gómez et al (2012); Harnecker y Bartolomé (2015). Además, reciben orientación adecuada y se constituyen en ejes articuladores entre la comunidad y las autoridades locales y regionales, a fin de garantizar su involucramiento activo.

Es interesante ver los factores que facilitan todo este proceso, que a la luz de las opiniones de los entrevistados, corresponde al trabajo en equipo, así como el control y prevención de enfermedades y problemas sociales en la comunidad, con el fortalecimiento de la motivación entre miembros de la comunidad. Similares hallazgos fueron obtenidos por Carmona y Donaires (2015); Vargas (2006), en las que se resalta el trabajo coordinado y el nivel de comunicación como un eje vinculante y central para garantizar el éxito en las intervenciones.

Existen otras percepciones más negativas sobre el Plan de salud local, pues hace ver que es un documento reactivo y no propositivo, pues lo realizan a pedido expreso del personal de salud y por eso se da cumplimiento a lo solicitado. Justamente dentro de la Clasificación de Participación planteado por Delgado (2013), el tipo de participación predominante es *pasiva o pseudo-participación*, pues responde solamente a lo que se le solicita, y no intervienen en la toma de decisiones. Si bien existen opiniones discrepantes entre los entrevistados, consideramos que existe mucho potencial en esta comunidad que debe ser explotado mediante un proceso de análisis reflexivo en relación a todas las potencialidades que tiene los miembros de las organizaciones de base, y que deban promover acciones en beneficio de la población.

En relación a los **beneficios del diseño del Plan de salud local**, destaca el hecho de empoderar a los agentes comunitarios en diversos campos afines para desempeñar mejor sus funciones en mejorar la calidad de la atención, disponible para los usuarios. Esto concuerda y es reafirmado por autores

como Lara y cols (2013) en su experiencia con la ejecución de un Plan local en Salud de Montoro – España, en la que concluyeron que, sobre la base de la activa participación de la comunidad, así como de sus actores sociales clave, se pueden diseñar e implementar programas locales de salud para responder a las necesidades y problemas locales prioritarios.

Además de ello, se identificaron ciertos **factores limitantes de la elaboración del Plan de Salud Local**, citándose entre otros, a la poca disponibilidad de horarios de los miembros, la escasa convocatoria del personal de salud para labores comunitarias, el escaso apoyo del Estado, el poco compromiso de los participantes, y una razón fundamental, que es la percepción de la injerencia política partidaria local sobre temas de salud. Hallazgos similares fueron informados por Delgado y Vázquez (2006), en el que citan otros limitantes tales como: Falta de conocimiento, temor a represalias por su posible participación, apatía, y teniendo como factores institucionales a las siguientes: Poca claridad en la toma de decisiones y pobre respuesta institucional. Un aspecto relevante es la percepción de la injerencia política por medio de un disfraz como una “*Campaña de Salud*”, lo cual fue ampliamente referido por las investigadas, pues según refirieron, en el fondo resulta ser una actividad político partidaria local o regional. Esto fue ampliamente referido y debe llevar a un proceso de reflexión, en el que debe primar el bienestar común, sin considerar el aspecto político partidario.

En cuanto al **abordaje de problemas sociales en el Plan de Salud Local**, ello dependerá de cuán motivado estén los participantes, lo cual se reafirma en la investigación de Ayala (2010) que prima una labor prioritariamente asistencialista y limitando la labor preventivo-promocional, la cual resulta ser muy similar a los hallazgos de la presente investigación, pues no se evidenció que los agentes comunitarios participaran en ninguna de las fases del diseño de dicho plan, o en su defecto, refieren ciertos alcances por el tipo de participación *pasiva o pseudo-participación*, como lo anteriormente manifestado.

4.2.2) Percepciones de la Participación comunitaria en Salud:

Con respecto a la **definición de la Participación Comunitaria en Salud**, existen opiniones favorables pues reflejan un interés por el bienestar común por lo que no constituye un problema el hecho de sacrificar tiempo de vida familiar o personal para realizar labores en la comunidad, por eso debe incidirse sobre el estrecho vínculo con el establecimiento de salud, así como con otros actores sociales, organizaciones de base, entre otras. Similares hallazgos se presentan en los estudios de Barrera y Pacheco (2013); Chingel (2017); Miranda y Mendoza (2006), pues resaltan que la base para conducir el desarrollo comunal se basa en una óptima Planificación participativa de la comunidad y que permita identificar los problemas prioritarios, teniendo la óptica de todos los entes involucrados. En ese mismo sentido, en los estudios de Casseti, López y Paredes (2018); Pardo, Gil y Arenas (2018); Jerí (2018); Paño, Rébola y Suárez (2019) muestran claramente la definición de la participación comunitaria, como una interacción entre los diferentes agentes comunitarios a fin de conseguir un objetivo común.

La *participación social* debe verse como un derecho de las personas que hacen viable su accionar hacia la toma de decisiones, que contribuya a la mejora de su propia comunidad. Se conoce que existen diversos tipos de participación, ello no es completamente absoluto, pues las personas van creándolo según las situaciones a las que se enfrentan. El proceso de participación se crea de manera paulatina, resulta ser un aprendizaje continuo de cada uno de los involucrados, por lo que se requiere un proceso de retroalimentación de experiencias de tipo permanente (Gatti et al, 2017).

En este estudio, en base a las opiniones vertidas por las personas entrevistadas, se evidencia que el tipo de participación es *pasiva o pseudo-participación*, por lo que las personas aquí solamente hacen las cosas que se les solicita y se limitan a ello, y no intervienen en la toma de decisiones locales (Delgado, 2013). Además, en ciertas opiniones mostraban que supeditaban su participación si a cambio recibían capacitaciones, lo cual

podría verse como un tipo de *participación con inventivos*, de acuerdo a Geilfus (2002) quien planteó la “*Escalera de la Participación*”, pues describe cada tipo posible de participación que pueda darse en una comunidad.

Lo más llamativo de todas las opiniones obtenidas es de la existencia **injerencia política partidaria** en la comunidad, entorpeciendo el sentido real del trabajo comunitario en salud. Hay autores como Delgado et al (2005); Méndez y Vanegas (2010) que conceptualizan la Participación como todo un proceso cambiante, dinámico, y que pueda cambiar de acuerdo al contexto socio-político del entorno, siendo visto como una manera de ejercer manipulación de tipo política y/o social, pero desde la mirada del ejercicio de la influencia para lograr cambios favorables en la población. Pero lo que se ha hallado acorde a lo manifestado por las entrevistadas, es un componente negativo, pues lo refieren como una intromisión en aspectos de salud lo cual desvirtúa el sentido que debe perseguir una actividad comunitaria de salud. Esta situación debe permitir ejercer un proceso reflexivo tanto de las autoridades locales, municipales y regionales para anteponer los fines de soporte y apoyo a la población más vulnerable, excluyendo los político-partidarios

En cuanto a su **compromiso con la participación comunitaria en Salud**, expresaron interés en el compromiso comunitario, disposición, seriedad, empatía e interés en el trabajo comunitario. De acuerdo con diferentes experiencias nacionales e internacionales, los actores sociales deben demostrar compromiso individual y/o colectivo en el desempeño de sus funciones y asumir la responsabilidad de resolver problemas comunes, lo cual concuerda con los trabajos de Pardo, Gil y Arenas (2018); Quijano y Gutiérrez (2005) y Vargas (2006).

En cuanto a la **Operativización de la participación**, las entrevistadas manifestaron que **definen el Empoderamiento** como el fortalecimiento de sus acciones a través de la capacitación para ayudarlos a trabajar de manera más sostenible en sus comunidades, asegurando el seguimiento y control de

los casos de pacientes identificados en el Centro de Salud y/o comunidades, señalando que continúa siendo principalmente orientado al enfoque asistencialista y recuperativa y en menor grado, el enfoque preventivo-promocional, lo cual se resalta en los trabajos de Sosa et al (2013); Delgado (2013) y según este último, la Clasificación de la Participación que es preponderante en este estudio resultó ser la de tipo Pasiva o Pseudo-participación, situación que ha sido en diversos momentos manifestado por las personas incluídas en este estudio.

En referencia a la **conceptualización de lo que es la Visita domiciliaria**, las entrevistadas muestran actitudes favorables hacia ellas, pues permite llegar a tener un acercamiento más tangible con los miembros de la comunidad, lo cual se evidencia en el proceso de seguimiento de pacientes. Es conocido que esta labor permite lograr una atención integral a la persona, su familia y la comunidad en el seno familiar permitiendo una aproximación más real reduciendo las limitantes de inaccesibilidad de tipo geográfica, económica, cultural, etc., por lo que se percibe que en la comunidad del distrito de Bellavista resulta ser una actividad más reactiva que proactiva. Hay otras experiencias similares como las manifestadas por Lucumi et al (2008) en Colombia frente a la lucha de las Enfermedades crónicas, o también la experiencia de Toledo, Baly, Ceballos, Boelaert y Van der Stuyft (2006) sobre el control del Dengue en una comunidad en Cuba, y del mismo modo, Mensa y Samoluk (2010) quienes relataron una experiencia exitosa con una comunidad de Villa Tolumba – Argentina, por lo que el común denominador es el abordaje integral en la comunidad, mediante ejes articuladores entre los pobladores, las organizaciones de base y el personal sanitario.

Referente a **la ejecución de la participación**, enfatizan la importancia de que se garantice un trabajo de coordinación intersectorial orientado a articular con las autoridades locales. Sobre ello, Gatti et al (2017) afirma que la participación puede verse como “*un medio*”, al usarse recursos comunitarios existentes para lograr alcanzar las metas propuestas, priorizando resultados, y como “*un fin*” pues es un proceso dinámico que da respuesta a las

necesidades identificadas. Esto es similar a lo descrito por Carrasco et al (2008), pues esta comunidad cumple con ambas premisas para garantizar la óptima toma de decisiones mediante un proceso participativo, que incorpore una cercana coordinación intersectorial, puesto que en Salud no podemos actuar solos, si no debemos hacer participar a los demás sectores para que valoren y asuman su responsabilidad para con su propia salud individual, familiar y colectiva.

En referencia a la **relación de lo Asistencial con la participación comunitaria en Salud**, mostraron que las tareas que realizan tiene un sustento en el componente **asistencialista**, siendo muy limitado lo preventivo-promocional. Es indudable que ellas denotan mucho compromiso y voluntad para liderar las diferentes tareas para su comunidad, propician el vínculo estrecho con las familias de su comunidad. Hallazgos similares lo muestran Amo y Rodríguez (2010) pues resaltaron la importancia que posee realizar una participación real y efectiva de los actores sociales en el diseño e implementación de los Planes de Salud locales, motivando a la activa participación de grupos vulnerables e involucrarlos en la solución de sus problemas, lo que se traduce en un pilar primordial para la búsqueda de la equidad en salud. Es muy fuerte el sesgo asistencialista de la labor comunitaria.

Con respecto a la **manera en que la comunidad debiera participar en Salud**, se resalta que la fluidez en la comunicación y difusión de los servicios de salud son aspectos importantes a considerar, así como el impulso de las capacitaciones que puedan recibir los agentes comunitarios. Similares hallazgos encontraron Valenzuela et al (2015), pues los agentes comunitarios requieren de estímulos para acrecentar su nivel de motivación, y que lleguen a ser los motores de su autodesarrollo. Sobre la **forma en que identifican problemas de salud en la comunidad**, perciben las bondades de hacer visitas domiciliarias, pues ponen en práctica sus habilidades y cualidades, entre ellas de saber escuchar, la capacidad de llegada a la gente, su voluntad

de ayudar al prójimo, en la agilización de trámites dentro del Centro de Salud, entre otros. En ello coinciden los diversos autores.

4.2.3) Percepciones acerca de la labor de los Agentes comunitarios:

Las entrevistadas poseen conceptos claros sobre el **rol actual que poseen los actores sociales**, mostrando seguridad y confianza en la ejecución de sus actividades, además de poseer una gran diversidad de labores y funciones, debiendo aplicar diversas estrategias de comunicación que permitan socializar ideas básicas de salud, asimismo en su participación en campañas de salud, así también acuden ante la convocatoria al personal del establecimiento de salud, con especial énfasis a la labor de la Asistente Social del establecimiento de salud con quién se relacionan, reciben capacitaciones y demuestran interés, vocación de servicio a los demás y ayuda al prójimo, por lo que perciben que deben hacer llegar sus exigencias a las autoridades locales. Esto se corrobora con los estudios de Anigstein (2004), pues concibe a la participación como un proceso de autotransformación en función de sus propias necesidades y de la población, siendo similar a lo manifestado por Chierzi et al (2017); Kestelman et al (2017); Oyola (2015); Pardo, Gil y Arenas (2018); Speroni et al (2016), pues enfatizan el rol del Actor Social por la *significancia social*, puesto que logran influir con sus acciones sobre el resto de personas que los representan. De acuerdo a Tapella (2007) le acuña el término de *“Stakeholdes”* definiéndolo como una persona o grupo de personas que tienen un interés en común, pudiendo influir significativamente sobre otros, definición que calza con la descripción que realizan la mayoría de las entrevistadas.

Dentro de las condiciones que le atribuyen para llegar a ser un **Actor social**, se enfatiza la **Vocación de servicio hacia los demás**, además de sentir *“gusto”* por el trabajo realizado, así como empatía hacia los demás, poseen gran carisma y tienen llegada a la gente, acuden ante el llamado de las personas, saben escuchar, tienen espíritu altruista, investigan sobre la problemática que viven las personas, son un nexo importante con el

establecimiento de salud, reportan casos específicos para realizar el seguimiento, se arman de valor, sin miedo ni vergüenza por lo que realizan, poseen iniciativa de Autoformación personal, actúan con firmeza frente a personas irresponsables, apoyan a diversas instituciones locales, valorando la Salud individual, familiar y colectiva. Estas características expresadas por las entrevistadas también han sido descritas por Páucar y Jurado (2016); Ovando (2001); Quispe (2017) y Vargas (2006), enfatizando su capacidad para expresar claramente las visiones e intereses diferenciados, además de mantener un óptimo grado de relaciones entre distintos actores sociales que les permite realizar procesos de negociación que redunden en beneficios colectivos, es decir, *su actuar posee incidencia social*. Asimismo, estas definiciones coinciden lo publicado por MINSA (2014) en la *Guía de Orientaciones para la labor del Agente Comunitario de Salud*, pues lo define como una persona elegida y reconocida por su propia comunidad, que hace actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, representa a su comunidad, teniendo un rol articulador entre el establecimiento de salud y los representantes de las organizaciones de la comunidad, lo que es corroborado por las diferentes opiniones de las personas entrevistadas. Por ello, podemos asegurar que las participantes conceptualizan de manera segura que la labor del Actor social tiene sus bases sólidas en la ***motivación manifiesta por el trabajo comunitario***, pues además de tener motivaciones que las empujan a realizar acciones por el bien común, también tiene otras motivaciones como la alimentación a la familia, la salud infantil, la capacitación de la gente.

4.2.4) Percepciones de su relación con el Centro de Salud:

Sobre los **beneficios de su relación con el Centro de Salud**, el fortalecimiento de una estrecha **coordinación con el establecimiento de Salud** resulta clave, puesto que de un buen nivel de organización interna del establecimiento puede facilitar en acortar tiempos de atención y seguimiento de casos, pero sale a la luz las percepciones de su rol primordialmente

asistencialista por sobre lo preventivo-promocional. El Centro de Salud “Perú-Korea Bellavista” es el único servicio público del distrito, por ello, capara toda la atención e interés de todos los involucrados, pero con opiniones divididas y discordantes, por experiencias ingratas en algunos casos, u otras por desconocimiento. Todo esto va a influir sobre el apego y confianza que sienta la población sobre este importante servicio sanitario.

Hablar del Centro de Salud denota la aparición de sentimientos encontrados, pues dependerá de cómo ha sido la experiencia que la persona ha vivido en las atenciones realizadas o en la labor comunitaria ejecutada, para que emita su opinión. Lo cierto es que existe una población creciente atendida por un solo servicio sanitario, lo que sobrecarga administrativamente a dicho establecimiento en la multiplicidad de actividades que debe desarrollar. Debe promoverse en el mismo Centro de Salud, que se afinen los procesos para optimizar en la calidad de atención que se brinda, y ello redundará sobre la labor comunitaria que se debe hacer.

Si bien es ampliamente reconocida, que debe optimizarse el nivel de coordinación intersectorial, de acuerdo a los manifestado por Gatti (2017); Díaz (2014), en comunidades donde no sea clara la participación de los agentes comunitarios, es el mismo personal de salud que debe liderar este proceso y vincular a los diversos sectores de la población para la ejecución de sus actividades.

En diversos momentos de este análisis, se ha enfatizado el tipo de participación predominante, la cual es denominada *Pasiva o Pseudo-participación*, lo que explicaría que el comando de acciones debe ser conducidos desde el mismo Centro de Salud, y citando a Ayala (2010), en el que no se encontró relación entre la planificación local con el perfil de salud de la comunidad, es el accionar de un servicio de salud meramente asistencialista, descuidando el enfoque preventivo-promocional en el primer nivel de atención. También puede conjeturarse que la población es pasiva puesto que la misma comunidad siente que ya ha alcanzado el estatus al cual

ha deseado llegar, es decir, dan paso a un estado de “**conformismo comunitario**”, por lo que merma toda iniciativa local por realizar labores de ayuda hacia a los demás. Este conformismo comunitario hace notar que esta población considera que ya ha llegado a cierto nivel de desarrollo, por lo que no tienen reparos en quedarse en ese estado, teniendo más riesgo que no poder cumplir con las metas comunitarias planteadas.

Por otro lado, perciben que existe una interrelación muy importante de la mejora de la calidad de los servicios de salud, pues uno de los aspectos más sentidos por ellos es la necesidad de **ampliar la cartera de servicios del establecimiento de salud**, resaltándose una vez más el enfoque predominante asistencialista por sobre lo preventivo-promocional, para ellos la organización que posee el establecimiento de salud requiere cambios y mejoras, relacionadas con la programación de citas, del horario de atención, reciben quejas y reclamos de los pobladores y por ello focalizan su atención sobre la calidad del servicio de salud, pues ello afecta la credibilidad, apego y confianza de la población hacia el establecimiento de salud. En ese sentido, Falleti y Cunial (2019) puntualizan que los espacios de escucha para los pobladores en relación a los servicios de salud públicos, resulta en una tarea de participación, y para lograrlo han desarrollado marcos institucionales para escuchar opiniones de la población que redunden en mejora de la calidad del servicio de salud, lo que se constituye en una pieza clave en la oferta de servicios de salud.

Asimismo, se evaluaron los **factores limitantes de su relación con el Centro de Salud**, en la que perciben mayoritariamente en la existencia de **injerencia política local y regional en temas sanitarios**, que se evidencia por la realización de “*Campañas de Salud*”, por ello se desvirtúa su sentido social mientras que se muestran con matices político-partidarios. Esto ha sido altamente percibido por las entrevistadas, y en ese aspecto debe existir un proceso de reflexión de las autoridades locales, municipales y regionales para separar los fines de cada una de esas actividades, de no mezclar los fines y objetivos que buscan, pues de por medio está el bienestar de la población. En

definitiva, esto se ha reportado por algunos investigadores como Delgado y Vázquez (2009); Vargas (2006) y Duque (2019), en la cual la responsabilidad recae en la comunidad en el desarrollo de las actividades, y desvirtúa totalmente el sentido que tiene la labor comunitaria que impulsan los agentes comunitarios.

Un aspecto que ha sido puesto en manifiesto es la *priorización en temas no sanitarios* por parte de la población, atribuyendo a razones de subsistencia, denotando un acúmulo de riesgos que pueden perjudicarlos individual o colectivamente. Por otro lado, otra limitante corresponde a **la existencia de procesos engorrosos en el mismo Centro de Salud**, ello lo demuestran por la programación muy distante de las citas, la formación de largas colas en búsqueda de una atención, la escasez de medicamentos, y la falta de empatía de las autoridades sanitarias, entre otras, que perjudican el nivel de participación comunitaria. Estos hallazgos son similares a lo manifestado por Delgado y Vázquez (2006); López (2011) y Miranda (2008), sumándose a ellos ciertas actitudes negativas que van a acrecentar la brecha de trabajo comunitario, como la apatía, indiferencia, temor, miedo, la poca claridad en la toma de decisiones, la escasa respuesta institucional, así como los bajo recursos institucionales destinado al trabajo comunitario.

Sumado a todo lo anterior, y como se manifestó anteriormente, el tipo de participación de la comunidad es de tipo pasiva, ese hecho debe dar un punto de quiebre para realizar un proceso de reflexión sobre la orientación que deben seguir estas medidas sin permitir la intromisión política partidaria en temas que son de desarrollo sanitario local. Esto se promovería con una correcta **voluntad política** que generaría espacios de participación activa, y no ampararse con la fachada de gestionar una *“Campaña de Salud”* con un trasfondo próximo a contiendas electorales locales, municipales o regionales, sino que este tipo de actividades masivas de salud debe tener un propósito basado en los problemas y necesidades identificadas, así como para acortar las brechas de atención, de demanda insatisfecha, etc. Esto no hace más que reforzar la debilidad en la participación comunitaria en esta zona, y

comparándola con la experiencia presentada por Guerra (2014) aplicado a temas de descentralización educativa en Cajamarca, hallaron similares situaciones que debilitan y tergiversan el compromiso real por contribuir al desarrollo comunal.

4.2.5) Percepciones del estado de salud familiar y de la comunidad:

En relación a la **autopercepción del estado de Salud Familiar así como del estado de salud de la comunidad**, las entrevistadas manifiestan que se encuentran en “*parámetros normales*”, existiendo problemas individuales propios del avance inexorable de la edad, y de la exposición a estresores, mientras a que a nivel comunitario identifican adultos mayores con problemas crónicos, con cáncer, pacientes discapacitados, la lucha contra la Anemia infantil y en gestantes, seguido de trastornos emocionales y del estado de ánimo de la población, existiendo casos de violencia intrafamiliar, percibiendo el nivel de inseguridad ciudadana imperante, en la que cohabitan tanto la violencia así como la delincuencia juvenil, pues es considerada la comunidad como “*zona roja*”. Se manifiesta un sentimiento de temor ante los múltiples problemas sociales que aquejan a la población, coincidiendo con autores como Gómez et al (2017) y López (2011), enfatizándose que los ciudadanos deben contribuir en la mejora de la prestación de servicios, así también en la toma de decisiones finales que beneficiarán a la comunidad. En el caso de la comunidad del distrito de Bellavista, ante estas percepciones desfavorables en el entorno, debe promoverse que la **madurez social**, adoptando una postura más elaborada y ejerciendo su derecho a la participación activa y propositivamente, existiendo la voluntad de contribuir al desarrollo comunitario, pues ello no es una cuestión de individualidades.

Tal como se evidencia en la Figura 23, con la información recogida de las entrevistas realizadas, se construyó un Mapa mental que muestra en forma gráfica la interrelación entre los conceptos relacionados con el Plan de Salud Local, su diseño y ejecución, además de los elementos de la Participación

comunitaria, por lo que se han estudiado las 05 categorías consideradas, además de sus subcategorías, las cuales se entrelazan y potencian para lograr un trabajo comunitario efectivo, cuyos resultados puedan ser medibles y contribuyan con el desarrollo individual, familiar y colectivo.

CONCLUSIONES

1. Los agentes comunitarios del distrito de Bellavista entrevistados refieren tener percepciones y actitudes favorables y valorativas hacia la relación del diseño del Plan de Salud Local y la participación comunitaria en salud, pero poseen un sesgo de su labor prioritariamente asistencialista en su relación con el establecimiento de salud.

2. Sobre las percepciones del diseño del Plan de Salud Local, de acuerdo a los agentes comunitarios entrevistados, muestran actitudes favorables y reconocen la importancia y finalidad del Plan de Salud Local, focalizando en acciones sobre ciertas enfermedades en la población u otras actividades sanitarias la cual contribuye al desarrollo local, pero afirman que responde al pedido expreso del personal del establecimiento de salud, relacionándolo en capacitaciones que reciben, la difusión de campañas de salud que se realicen y afirman la existencia de injerencia política a nivel local. Consideran el factor facilitador más importante a las capacitaciones que reciben y la principal limitante a la incompatibilidad de horarios entre el personal de salud y los actores sociales.

3. Sobre las percepciones de la Participación comunitaria en Salud, de acuerdo a los agentes comunitarios entrevistados, muestran que realizan el tipo de participación Pasiva o Pseudo - participación. Valoran favorablemente la importancia de su accionar y se relaciona con el empoderamiento de la comunidad para temas de salud, mediante fortalecimiento de capacidades, así como el compromiso por dichas acciones, valorando positivamente a la Vista domiciliaria como una forma de llegar a abordar a la población, pero desde una perspectiva netamente asistencialista. Asimismo, resaltan el valor del trabajo de coordinación intersectorial que realizan.

4. En relación a las percepciones de la labor de los Actores Sociales, desde la óptica de los actores sociales entrevistados, deben reunir diversas cualidades básicas tales como el grado de motivación, vocación de servicio, voluntad de

trabajo, entre otras. El tipo de participación comunitaria predominante es pasiva, tanto en su accionar como en su respuesta ante el llamado del personal del Centro de Salud, desarrollando primordialmente una labor asistencialista.

5. Sobre las percepciones de su relación con el Centro de Salud, acorde a los agentes comunitarios entrevistados, denotan actitudes favorables sobre la coordinación con el Centro de Salud, priorizan la labor asistencialista en el seguimiento de pacientes, demostrando una labor eminentemente reactiva y pasiva. El principal factor facilitador es la identificación de ideas para la mejora de la calidad de atención en salud, y como factor limitante principal, la injerencia político-partidaria de las autoridades locales, municipales y regionales en temas sanitarios, bajo la presentación de una “Campaña de Salud”. Sumado a esto, existe un “conformismo comunitario” de la población.
6. En relación a las percepciones del Perfil de salud familiar y de la comunidad, reconocen que el estado de salud está en “parámetros normales”, pero a nivel individual reconocen la existencia de problemas específicos y de tipo sociales que predominan en las familias, relacionados a la violencia familiar y la presencia de delincuencia juvenil.

RECOMENDACIONES

1. Proponer en el más breve plazo un trabajo de fortalecimiento de capacidades para reorientar el Trabajo comunitario y todo el esfuerzo desplegado hacia la comunidad, cambiando la concepción asistencialista de los Actores sociales involucrados.
2. Seguir realizando estudios de tipo cualitativo que profundicen sobre el entendimiento de cada problemática en salud y los fenómenos asociados, en relación al diseño y ejecución de los Planes Locales de Salud y la Participación de los actores sociales en la comunidad.
3. Debe promoverse la reorientación de las Estrategias de Promoción de la Salud desde la Dirección Regional de Salud del Callao – DIRESA Callao, de la cual depende el establecimiento de salud Centro de Salud “Perú-Korea Bellavista”.
4. Reactivar la convocatoria a nuevas Agentes comunitarias de Salud en la jurisdicción y los Actores sociales de la Comunidad, a fin de reparar la fragmentación existente y se reorienten los esfuerzos de los Representantes de la Comunidad, con un cambio de mentalidad, contando con Asesoría y soporte técnico de la Sede Central de la DIRESA Callao.
5. Plantear a nivel del Ministerio de Salud, la reorientación de las Políticas de Promoción de la Salud, donde se refuerce y reoriente la labor del Actor Social en Salud, con Normativas que regulen la Participación comunitaria en Salud, con especial énfasis en la gestión real de las Campañas de Salud.
6. A nivel de nuestra Universidad, fortalecer las Mallas curriculares donde se resalte la importancia de la Planificación Local participativa y el trabajo desde el sector Salud con los Actores Sociales de la comunidad, impulsando que dicha relación pueda converger en el planteamiento de alternativas de

solución a los problemas sanitarios locales, partiendo desde cada realidad local.

7. En la Unidad de Postgrado de nuestra facultad, debe fortalecerse en las diversas asignaturas de las Maestrías en Salud Pública, Gerencia de Servicios de Salud y Políticas y Planificación en Salud, que se realice el proceso reflexivo de generar valor a la orientación que debe tener la interrelación con la comunidad organizada para conducir los aspectos técnicos que orienten al desarrollo adecuado del derecho a la participación comunitaria y el trabajo comunitario acorde a la realidad sanitaria de nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aguirre J, Jaramillo L (2012). *Aportes del método fenomenológico a la investigación educativa*. Rev. Latinoamericana de estudios educativos (Colombia), 8 (2): 51-74.
- Amo M, Rodríguez M (2010). *Metodología de elaboración y seguimiento de planes integrales de salud*. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 155p. Disponible en: <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2863> [Fecha de consulta: 25/01/21]
- Anigstein C (2004). *Gestión Participativa y Salud: evaluación de Municipio de General Rodríguez*. Tesis para optar por el Grado de Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Instituto Universitario ISALUD, Buenos Aires-Argentina, 2004.
- Ayala R (2008). *Perfil de salud y elementos de la Planificación local participativa del AA.HH. Puerto Nuevo – Callao, 2007*. Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Postgrado, Lima – Perú.
- Ayala R (2010). *Perfil de salud y elementos de la planificación local participativa en una comunidad urbano-marginal*. Revista Peruana de Epidemiología, 2010, 14 (2): 108-123
- Barbera N, Inciarte A (2012). *Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas*. Multiciencias, 12(2):199-205.
- Barrera H, Pacheco S (2010). *Planeación participativa como una alternativa de desarrollo*. Ciencia y Agricultura; 2013, 10 (2):29-36
- Bautista N (2011). *Proceso de la investigación cualitativa: Epistemología, metodología y aplicaciones*. Bogotá: Manual Moderno, 2011.254 p.
- Cardoso M et al (2007). *Investigación cualitativa y fenomenología en salud*. VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 10(1-2):25-32.
- Carmona G, Donaires L (2016). *Percepciones comunitarias relativas a la prevención del dengue en asentamientos humanos afectados. Lima-Perú, 2015*. Interface (Botucatu) [online]. 2016, vol.20, n.59, pp.839-852. Epub June 16, 2016.

- Carrasco M, Candela J, Fuentes M, Inca I. (2000). *Percepción de estudiantes de postgrado sobre el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública*. Kiru 2000,4;(1):65-79
- Cassetti V, López V, Paredes JJ (2018). *Participación comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en Salud*. Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 65 p.
- Chinguel P (2017). *Plan de desarrollo local, para las personas adultas mayores, en la mejora de la calidad de vida en San Juan de Lurigancho*. Tesis para optar el Título Profesional de Ingeniero Industrial. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ingeniería Industrial, E.A.P. Ingeniería Industrial, Lima - Perú, 2017.
- Copa A, Delgadillo J (2015). *Guía de procedimientos de la gestión participativa local en salud*. Ministerio de Salud de Bolivia. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. La Paz : Servicios Integrales Victoria, 2015, 135p. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/g_dgps_upsyms_p3_81.pdf [Fecha de consulta: 25/01/21]
- Córdova J et al (1998). *Organizaciones de base y desarrollo local en Bolivia: Estudio en los municipios de Tiahuanacu, Mizque, Villa Serrano y Charagua*. The World Bank Social Development Family Environmentally and Socially Sustainable Development Network. Washington, DC, 122p.
- De la Cuesta C (2006). *Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud*. Nure Investigación, N° 25, Noviembre - Diciembre 2006
- Delgado M (2013). *Evolución del conocimiento del sistema de salud, derechos en salud, de la política de participación y de las experiencias de participación de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: Una comparación entre 2000 y 2010*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina, Bellaterra - Barcelona, 224p.
- Delgado M et al. (2005). *Participación social en salud: Conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa*. Rev Esp Salud Pública 2005; 79: 697-707

- Delgado M, Vázquez L (2006). *Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia: percepciones de los actores principales*. Revista de Salud Pública, vol. 8, núm. 2, julio, pp. 128-140
- Delgado M, Vázquez M. (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
- Díaz J (2014). *Organización, participación y visión de desarrollo en 35 comunidades del distrito de Pueblo Nuevo, Chincha*. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Sociología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, E.A.P. Sociología, Lima - Perú, 184p.
- Duque H, Aristizábal E (2019). *Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología*. Pensando Psicología, 15(25), 1-24.
- Duque N. (2019). *Los vacíos de la planeación participativa en la formulación de los planes de desarrollo local en Bogotá*. URBE. Revista Brasileira de Gestão Urbana, v.11 e20180193
- Erice M (2010). *Percepciones, valoraciones e intereses de distintos actores y organizaciones sociales de Mendoza (Gran Mendoza y Malargüe), Argentina, en torno a las temáticas ambientales*. Tesis para optar el Título de Doctora por la Universidad de Girona. Girona - España, 594p.
- Falleti T, Cunial S (2019). *Participación cívica en programas de Salud Pública: El caso de Argentina*. Cad. Saúde Pública 2019; 35 Sup 2:e00243218
- FAO – PESA – SAGARPA (2007). *Manual de campo de Planeación comunitaria participativa*. PESA México. Disponible en: <http://www.iiap.org.pe/Upload/Publicacion/PUBL449.pdf> [Fecha de consulta: 25/01/21]
- Fermoso P (1989). *El modelo fenomenológico de investigación en Pedagogía social*. Educar, 14-15:121-136.
- Fuster D (2019). *Investigación cualitativa: Método Fenomenológico hermenéutico*. Propósitos y Representaciones, Lima-Perú, 7(1), 201-229.
- Garrido F (2002). *Planificación participativa para el desarrollo local*. Observatorio Internacional de ciudadanía y medio ambiente sostenible. Cimas cuadernos.

- Disponible en: https://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_JGarrido_PLANIF.pdf [Fecha de consulta: 25/01/21]
- Gatti C et al. (2017). *Salud y participación comunitaria, módulo 7*. Ministerio de Salud de Argentina. Disponible en: http://200.51.229.20/images/stories/bes/graficos/0000001032cnt-modulo_7_salud-participacion-comunitaria.pdf [Fecha de consulta: 25/01/21]
- Geilfus F (2002). *80 herramientas para el desarrollo participativo: diagnóstico, planificación, monitoreo, evaluación*. San José, C.R.: Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura - IICA, 2002. 217 p
- Gobierno Vasco (2016). Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia-metodologia-esp.pdf [Fecha de consulta: 25/01/21]
- Gómez E et al (2012). *Planeación participativa. Realidades y mitos*. Universidad de Antioquía, Centro de investigaciones sociales y humanas (CISH), Grupo de investigación cultura, política y Desarrollo social. Alcaldía de Medellín – Colombia. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000028.pdf> [Fecha de consulta: 25/01/21]
- Gómez M et al (2017). *Análisis de las buenas prácticas de participación ciudadana en las unidades de gestión clínica del Servicio Andaluz de Salud*. Gac Sanit. 2017;31(2):139–144
- Grimaldo M (2009). *Investigación cualitativa*. Manual de Investigación en Psicología. Capítulo: Investigación Cualitativa. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, 37p.
- Guerra F (2014). *Participación de los actores sociales en el proceso de descentralización educativa en la Provincia de Cajamarca*. Tesis para optar el Título Profesional de Magíster en Sociología, mención: Sociología de la Educación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, E.A.P. Antropología Forense y Derechos Humanos, Lima - Perú, 202p.

- Hails S (2014). *Guía de planificación participativa de la acción y técnicas para la facilitación de grupos*. Disponible en: https://www.ramsar.org/sites/default/files/documents/pdf/outreach_actionplanning_guide_s.pdf [Fecha de consulta: 25/01/21]
- Harnecker M, Bartolomé J (2015). *Planificando desde abajo. Una propuesta de planificación participativa descentralizada*. Disponible en: <https://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2017/11/planificandoDesdeAbajoHanneker.pdf> [Fecha de consulta: 25/01/21]
- Heredia H y cols. (2011). *Priorización y análisis de problemas de salud con una mirada desde la equidad: experiencia en el nivel local en Venezuela*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.3, pp.1887-1898.
- Hernández M, Bueno W, Cantillo A y cols. (2015). *Percepciones, conocimientos y actitudes de diferentes organizaciones basadas en la fe frente a su participación en la formulación del Plan de Salud Territorial del distrito de Barranquilla (Colombia), 2015*. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2015; 31 (2): 403-414
- Jerí M. (2018). *Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud en el Perú: conocimientos, percepciones y prácticas sobre la protección de sus derechos*. An Fac med. 2018;79(1):17-21 DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i1.14587>
- Junta de Andalucía (2010). *Los Planes locales de salud*. Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. 155p. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/guia_rapida_planes_locales_salud_2014.pdf [Fecha de consulta: 25/01/21]
- Kestelman N et al. (2017). *Herramientas para la planificación y programación local, módulo 4*. Ministerio de Salud de Argentina. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento177.pdf> [Fecha de consulta: 25/01/21]
- Lambert C (2006). *Edmund Husserl: La idea de la fenomenología*. Teología y Vida, XLVII:517 - 529
- Lara M y col. (2013). *Plan Local de Acción en Salud de Montoro 2013-2015*. Disponible en: <https://www.redlocalsalud.es/wp-content/uploads/2017/02/Montoro-PLS-1.pdf> [Fecha de consulta: 25/01/21]

- León P (2014). *Percepción del quehacer de enfermería en el Plan de Salud Territorial: una mirada desde enfermería*. Invest Enferm. Imagen Desarr. 2014;16(2):13-25
- Li J (2005). *Planificación en los Servicios de Salud: módulo VII*. Curso Especial de Postgrado en Gestión Local de Salud. San José, C.R.: EDNASSS-CCSS. 2005 p.109
- Llanos C. (2016). *Percepciones sobre alimentación saludable y no saludable en madres y escolares del nivel primario de una institución educativa, Santa Anita – Lima..* Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Nutrición. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, E.A.P. Nutrición, Lima - Perú, 2016.
- López J (2011). *Percepciones y dificultades de participación comunitaria en salud de actores sociales en Carapari - Tarija Junio 2011*. Proyecto de intervención para optar al Grado de Especialista en Interculturalidad y Salud. Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica. Unidad de Postgrado. Tarija, Bolivia. 67p
- Lucumi D y cols. (2008). *Planeación local para enfrentar el desafío de las enfermedades Crónicas en Pasto, Colombia*. Rev. Salud Pública 10(2): 343-351
- Marí R, Bo R, Climent C (2010). *Propuesta de Análisis Fenomenológico de los Datos Obtenidos en la Entrevista*. UT. Revista de Ciències de l'Educació, Juny 2010. Pag. 113-133
- Martínez M (2006). *La investigación cualitativa (síntesis conceptual)*. Revista IIPSI, Facultad de Psicología, UNMSM, 9(1) 123-146.
- Matus C (1987). *Adiós, Señor Presidente*. Caracas: Editorial Pomaire, 161p.
- Mayca J, Palacios E, Medina A, Velásquez J, Castañeda D (2009). *Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la Región Huánuco*. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009; 26(2): 145-60.
- Méndez C, Vanegas J (2010). *La participación social en salud: el desafío de Chile*. Rev Panam Salud Pública. 2010;27(2):144–8.

- Mendieta G, Ramírez JC, Fuerte JA (2015). *La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: Una propuesta metodológica para la Salud Pública*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33(3): 435-443
- Mendoza P, Robles L (2009). *Planeamiento estratégico para la gerencia en salud*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Mensa C, Samoluk M (2010). *Planificación local participativa en Salud. Experiencia comunitaria con familias campesinas de parajes rurales de Villa Tulumba*. Informe final de Beca SEU 2010. Disponible en: <http://www.producciones.extension.unc.edu.ar/summaries/201cplanificacion-local-participativa-en-salud.-experiencia-comunitaria-con-familias-campesinas-de-parajes-rurales-de-villa-tulumba201d/MENSA%20-%20SAMOLUK%20-%20Informe%20Final.pdf> [Fecha de consulta: 25/01/21]
- Michelow D (2018). *Fenomenología, Verdad y Horizonte*. Trans/Form/Ação, Marília, 41 (1): 209-222.
- MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA (2017). *Guía de evaluación participativa de proyectos locales en ciudades, municipios y comunidades saludables*. 2º edición. Disponible en: <https://evalparticipativa.net/wp-content/uploads/2019/06/32.-guia-de-evaluacion-participativa-de-proyectos-locales-en-ciudades-municipios-y-comunidades-saludables.pdf> [Fecha de consulta: 25/01/21]
- MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA (2017). *Guía de planificación local participativa*. Disponible en: <http://municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/Gu%EDa.pdf> [Fecha de consulta: 25/01/21]
- MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA (2017). *Proyectos locales participativos. Guía para el diseño, ejecución y evaluación*. Disponible en: <http://186.33.221.24/files/GuiaPLP.pdf> [Fecha de consulta: 25/01/21]
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2008). *Guía de diagnóstico participativo*. Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana. Disponible en: https://www.u-cursos.cl/inta/2012/1/01OPS06/1/material_docente/bajar%3Fid_material%3D606936 [Fecha de consulta: 25/01/21]

- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2008). *Participación ciudadana en atención primaria. Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria*. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención primaria. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/2_PARTICIPACION-CIUDADANA-APS.pdf [Fecha de consulta: 25/01/21]
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2009). *Participación Social en Salud: Reflexiones y herramientas para la acción social en Chile*. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención primaria. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/Participacion-Social-en-Salud.pdf> [Fecha de consulta: 25/01/21]
- MINISTERIO DE SALUD DEL ECUADOR (2013). *Instructivo para la elaboración del Análisis Situacional Integral de Salud. Diagnóstico Situacional. Metodología de trabajo*. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/AN%C3%81LISIS%20SITUACIONAL%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20FINAL.pdf> [Fecha de consulta: 25/01/21]
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL DE PARAGUAY (2012). *Guía de Planificación Participativa*. Serie de Atención Integral a la familia y comunidad para los ESF – Guía 6. Asunción: 2012, 24p. Disponible en: https://www.paho.org/canada/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6581-paraguay-guia-de-planificacion-participativa-2012&category_slug=paraguay&Itemid=308&lang=es [Fecha de consulta: 25/01/21]
- MINSa – Dirección Regional de Salud Cajamarca, APRISABAC (2016). *Planificación local concertada para el desarrollo. Desarrollo comunitario, Serie 2*. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/764_MINSA188.pdf [Fecha de consulta: 25/01/21]

- MINSA (2005). *Guía metodológica para la implementación de Comunidades Saludables, para uso del Personal de Salud*. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria en Salud. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud, 122 p.
- MINSA (2014). *Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del agente comunitario de Salud: Documento técnico*. Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud – Lima-Perú, 47p.
- Miranda V, Mendoza M (2006). *Programa de Formación de líderes comunitarios (as). Módulo 2: Diagnóstico y Planificación Comunitaria*. Disponible en: <http://www.asocam.org/sites/default/files/publicaciones/files/ff203078ec818bb075fc4869c7638334.pdf> [Fecha de consulta: 25/01/21]
- Miranda Y (2008). *Actores sociales, su papel en el campo de la salud*. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Medisur 2008; 6(1):63-70 Especial CTS
- Molleda F (2001). *Evaluación de la “Planificación participativa” En los proyectos de salud del Servicio Departamental de Salud La Paz – Bolivia*. Proyecto de intervención para optar al Grado de especialidad en Salud Pública con mención en: Gerencia en Salud. Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica. La Paz, Bolivia.
- Noreña A, Alcaraz N, Rojas J, Rebolledo D (2012). *Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa*. Aquichan 2012; 12 (3): 263-274
- Ojeda N, Ortega M, Morillo N (2019). *La fenomenología en el mundo investigativo*. Revista Internacional de Investigación y Formación Educativa, enero-marzo 2019.
- Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unánue (2008). *Anexo 4. Sistematización de la experiencia: Capacitación y asistencia técnica para el desarrollo de planes locales de salud en Perú*. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/documentos/PERU%20SISTEMATIZACION%20PLS%20mayo08.pdf> [Fecha de consulta: 25/01/21]
- Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unánue (2008). *Informe técnico de la Sistematización de la experiencia Planes locales de salud en Colombia, Ecuador y Perú*. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/documentos/1->

[Informe%20tecnico%20Sist%20PLS%208ago08%20ok%20y%20anexo%201.pdf](#) [Fecha de consulta: 25/01/21]

Organización Panamericana de la Salud OPS, Organización Mundial de la Salud OMS (1999). *Planificación local participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe*. Serie PALTEX para ejecutores de Programas de Salud N° 41

Organización Panamericana de la Salud OPS. (2006). *Análisis del sector salud: Una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos*. Serie Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, Edición Especial N° 9, Washington D.C., 355p

Ovando C (2001). *Comunidades rurales y la inserción de Actores sociales en el proceso de Planificación del Desarrollo*. Informe final del concurso: Globalización, transformaciones en la economía rural y movimientos sociales agrarios. Programa Regional de Becas CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/becas/2000/ovando.pdf> [Fecha de consulta: 25/01/21]

Oyola A (2015). *Metodología para el análisis de situación de salud local*. MINSA, Dirección General de Epidemiología. Burcon impresores y derivados S.A.C. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3399.pdf> [Fecha de consulta: 25/01/21]

Paño P, Rébola R, Suárez M (2019). *Procesos y Metodologías Participativas. Reflexiones y experiencias para la transformación social*. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190318060039/Procesos_y_metodologias.pdf [Fecha de consulta: 25/01/21]

Pardo I, Gil J, Arenas B (2018). *Una mirada de la salud desde la participación social en población dispersa del Pacífico Colombiano*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 34(3)

Páucar D, Jurado J (2016). *Nivel de percepción de los actores sociales sobre el desarrollo del proceso de presupuesto participativo regional del Departamento de Huancavelica 2013*. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Administración. Universidad Nacional del Centro del Perú, Facultad de Ciencias de la Administración, Huancayo-Perú, 170p.

- Picado L. *Resultados del estudio de percepciones de actores sociales sobre salud, promoción de la salud, participación social, y de planes municipales región central de occidente, Costa Rica - 2011*. Rev Univ. Salud. 2014;16(2): 150 - 166
- Quijano A, Gutiérrez L (2005). *Guía para el diagnóstico local participativo: Componente comunitario de la estrategia AIEPI*. Organización Panamericana de la Salud OPS. Washington D.C., 64p
- Quispe L (2017). *Participación articulada de actores sociales como determinante de la calidad del servicio en salud del sector público en la Región Huancavelica*. Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Administración. Universidad Nacional del Centro del Perú, Escuela de posgrado, Unidad de posgrado de la Facultad de Ciencias de la Administración, Huancayo-Perú, 259p.
- Rivas C. (2016). *Percepciones, creencias y sentimientos acerca de su alimentación en miembros de una asociación de diabéticos. Distrito Pueblo Libre, Lima 2014*. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Nutrición. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, E.A.P. Nutrición, Lima - Perú, 2016.
- Rivera O, Domínguez K (2020). *Guía de Elaboración de Tesis, Enfoque Cualitativo*. Universidad Privada Norbert Wiener, Vicerrectorado de Investigación, Lima-Perú, 56p.
- Rovere M (2006). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. 2° ed. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 299p.
- Salgado A (2007). *Investigación Cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. LIBERABIT, Lima-Perú, 13:71-78.
- Sanabria G (2004). *Participación social en el campo de la salud*. Revista Cubana de Salud Pública, jul-set. 30(3)
- Sandoval C, Sanhueza A, Williner A (2015). *La planificación participativa para lograr un cambio estructural con igualdad. Las estrategias de participación ciudadana en los procesos de planificación multiescalar*. Naciones Unidas, Manuales de la CEPAL N° 01. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39055/7/S1501278_es.pdf [Fecha de consulta: 25/01/21]

- Santos G y cols (2009). *Percepción de los estudiantes de ciencias de la salud acerca de su formación en promoción de la salud*. An Fac med. 2009;70(4):277-82
- Sosa I et al (2013). *Propuesta metodológica para la planificación, implementación y evaluación participativas en Áreas de Salud - Consejos Populares*. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013; 29(2):173-183.
- Speroni K et al (2016). *Percepciones de los agentes comunitarios de salud - contribuciones a la gestión en salud*. Rev Cuidarte 2016; 7(2): 1325-37
- Tapella E (2007). *El mapeo de actores claves*. Documento de trabajo del proyecto Efectos de la biodiversidad funcional sobre procesos ecosistémicos, servicios ecosistémicos y sustentabilidad en las Américas: un abordaje interdisciplinario”, Universidad Nacional de Córdoba, Inter-American Institute for Global Change Research (IAI).
- Toledo ME, Baly A, Ceballos E, Boelaert M, Van der Stuyft P (2006). *Participación comunitaria en la prevención del dengue: un abordaje desde la perspectiva de los diferentes actores sociales*. Salud Pública Mex;48(1):39-44.
- Trejo F (2012). *Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería*. Enf Neurol (Mex), 11(2): 98-101.
- Valenzuela F y cols. (2015). *Percepción del usuario sobre los servicios de salud de la Comunidad de Chopcca, Huancavelica, desde una mirada Intercultural (resultado preliminar)*. Bol - Inst Nac Salud 2015; año 21 (1-2) enero - febrero
- Vargas L (2006). *Percepciones y perspectivas en promoción de la salud en el personal de establecimientos del primer nivel de atención*. Red Ventanilla. Dirección de Salud Callao. 2004. Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Postgrado.
- Velásquez A (2006). *Planificación Estratégica Participativa Basada en Evidencias, Guía Metodológica*. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias - PRAES, Abt Associates Inc. Pp93

ANEXOS

ANEXO N° 01: MATRIZ DE CATEGORIZACIÓN

Problema general	Objetivo General	Categorías	Sub-categorías	Metodología	Técnicas e instrumento
¿Qué percepciones poseen los agentes comunitarios acerca de la relación entre el diseño del Plan de Salud Local y la participación comunitaria, en la comunidad del distrito de Bellavista, en la Provincia Constitucional del Callao, durante el período de Febrero a Julio del 2020	Explorar qué percepciones poseen los agentes comunitarios acerca de la relación entre el diseño del Plan de Salud Local y la participación comunitaria, en el distrito de Bellavista, en la Provincia Constitucional del Callao, durante el período de Febrero a Julio del 2020.	1. Percepciones de la elaboración del Plan de Salud Local.	<ul style="list-style-type: none"> Definición sobre Plan Local de Salud. Nivel de participación en diseño del Plan local de salud. Factores facilitadores. Factores limitantes. Abordaje del Plan local de Salud. 	1. Tipo de investigación: Investigación cualitativa. 2. Diseño de estudio: Diseño Fenomenológico	Técnicas: Entrevista a profundidad Instrumentos: Guía de Entrevista a profundidad.
	Objetivos Específicos			Sujetos de intervención	Procesamiento y análisis de información
	<ul style="list-style-type: none"> Explorar las diversas percepciones acerca del diseño del Plan de Salud Local, desde la perspectiva de los agentes comunitarios incluidos en este estudio. 	2. Percepciones de la Participación comunitaria en Salud.	<ul style="list-style-type: none"> Definición de Participación comunitaria. Operativización de la participación. Ejecución de la participación. 	Se entrevistaron 08 agentes comunitarios activos que participan en alguna de las Organizaciones sociales de base de la comunidad del distrito de Bellavista, en la Provincia Constitucional del Callao, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, a quienes se entrevistó en un ambiente cómodo y agradable, a razón de 45 minutos a 01,5 horas aproximadamente, y se realizó hasta obtener la saturación teórica respectiva.	La información fue analizada mediante la técnica propia de estudios cualitativos, se revisaron apuntes y escucharon las grabaciones, y se transcribieron las versiones. Se utilizó el programa Atlas Ti v.09 para el análisis cualitativo correspondiente
	<ul style="list-style-type: none"> Explorar las diversas percepciones acerca de la Participación comunitaria en Salud, desde la perspectiva de los agentes comunitarios incluidos en este estudio. 	3. Percepciones de la labor realizada por los Actores Sociales.	<ul style="list-style-type: none"> Definición de Actor Social Condiciones para ser Actor social 		
	<ul style="list-style-type: none"> Explorar las diversas percepciones acerca de la labor realizada por los Actores Sociales, desde la perspectiva de los agentes comunitarios incluidos en este estudio. 	4. Percepciones de su relación con el establecimiento de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios de su relación con el establecimiento de salud. Limitantes de su relación con el establecimiento de salud. 		
<ul style="list-style-type: none"> Explorar las diversas percepciones acerca de su relación con el establecimiento de servicio de salud, desde la perspectiva de los agentes comunitarios incluidos en este estudio. 	5. Percepciones acerca del estado de salud familiar y de la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> Autopercepción del Estado de Salud Familiar. Percepciones de la salud de la comunidad. 			
<ul style="list-style-type: none"> Explorar las diversas percepciones acerca del Perfil de Salud familiar y comunitario, desde la perspectiva de los agentes comunitarios incluidos en este estudio. 					

ANEXO N° 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GUÍA DE ENTREVISTA

“PERCEPCIONES DE LOS ACTORES SOCIALES SOBRE LA RELACIÓN DEL DISEÑO DEL PLAN LOCAL DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA COMUNIDAD DE BELLAVISTA – CALLAO, 2020”

Estimado(a) Vecino (a):

La presente ENTREVISTA nos ayudará a definir sus percepciones sobre la relación del diseño del Plan Local de Salud y la participación comunitaria en la comunidad de BELLAVISTA. RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS CON TODA SINCERIDAD, pues esta entrevista ES ANÓNIMA y solamente lo haremos si Ud. está de acuerdo.

Muchas Gracias !!!

NOTA: PLS = PLAN LOCAL DE SALUD

INFORMACIÓN PRELIMINAR

- 1) ¿Hace cuánto tiempo es miembro de la Organización social de base que representa?, ¿Cuál es su función, puede describirmela?
- 2) ¿En qué otras instituciones, también participa?
- 3) ¿Por qué razones se afilió a esta organización social de base?

DEFINICIÓN DE P.L.S.

- 4) ¿Cuál es su definición de Plan Local de Salud (PLS)?
- 5) ¿Cuál es la finalidad de la elaboración de un PLS?
- 6) ¿Qué opina de la utilidad de su elaboración?, ¿Por qué?

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

- 7) ¿Qué opina de la Participación Comunitaria en Salud?
- 8) ¿De qué manera ha participado Ud. en el diseño del Plan Local de Salud de su comunidad?
- 9) ¿Cómo fue la Participación de la comunidad o actores sociales en la elaboración de su P.L.S.?, ¿Puede describirme la forma?
- 10) ¿Quiénes participaron en su elaboración? ¿Cómo se organizó?
- 11) ¿Cómo considera que debe ser su participación y la de la organización que lidera en aspectos de salud?
- 12) ¿Qué entiende por empoderamiento?, ¿Podría citarme ejemplos en su organización social de base?

PERFIL DE SALUD

- 13) ¿Puede definir Qué es un Perfil de Salud de la comunidad?
- 14) ¿Cómo identifican los problemas de salud de la comunidad?, ¿establecen alguna prioridad?, ¿cómo?
- 15) En la Comunidad, ¿cómo es su nivel de organización cuando detectan un problema de salud?
- 16) ¿Cuál considera que es su estado de salud actual?, ¿y el de su comunidad?, ¿por qué?
- 17) ¿Cómo relaciona el perfil de salud de su comunidad con el Plan Local de Salud?, ¿Podría mencionar ejemplos?

FACILITADORES U OBSTÁCULOS:

- 18) ¿Qué factores limitan o dificultan la elaboración del PLS?
- 19) ¿Qué factores facilitadores identifica para la participación comunitaria en salud?, ¿Y qué factores limitantes puede identificar?

IMPORTANCIA DEL PLAN LOCAL DE SALUD

- 20) ¿De qué manera contribuye el PLS a la gestión de un establecimiento de salud?, ¿Y de la comunidad?
- 21) En su opinión ¿en que beneficiará el PLS al establecimiento de salud?, ¿Y a la comunidad?
- 22) ¿Qué cambios ha podido evidenciar en el Estado de Salud en su comunidad luego de elaborado su Plan Local de Salud?
- 23) ¿Desea hacer alguna recomendación o pregunta final?

!!!Muchas Gracias por vuestro valioso aporte!!!

ANEXO N° 03

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TIPO VERBAL, PARA PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN LA INVESTIGACIÓN

<p>“PERCEPCIONES DE LOS ACTORES SOCIALES SOBRE LA RELACIÓN DEL DISEÑO DEL PLAN LOCAL DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA COMUNIDAD DE BELLAVISTA – CALLAO, 2020”</p>

1. Estimado (a) Amigo (a), le invitamos a participar en el estudio **“PERCEPCIONES DE LOS ACTORES SOCIALES SOBRE LA RELACIÓN DEL DISEÑO DEL PLAN LOCAL DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA COMUNIDAD DE BELLAVISTA – CALLAO, 2020”**. Este estudio se realiza con la finalidad de conocer sus opiniones sobre la labor comunitaria realizada.
2. Si usted acepta voluntariamente participar, deberá responder un cuestionario anónimo, con preguntas sobre su salud individual, de su familia y de las características de su vivienda. Responder este cuestionario le tomará aproximadamente 20 minutos.
3. La recolección de información se realizará por una sola vez y no tiene mayor riesgo para su salud. No se le tomará ningún tipo de muestras para realizar análisis de laboratorio.
4. La decisión de participar es totalmente voluntaria y será muy importante para determinar las ideas, opiniones que Ud. posee. Usted podrá retirarse del estudio si así lo decide incluso después de responder el cuestionario. Si decide no participar, no habrá ninguna sanción para usted en el Centro de Salud o por parte del Ministerio de Salud o Gobierno Regional del Callao.
5. Si tiene alguna duda o necesita alguna información adicional o si decidiera retirarse del estudio puede comunicarse con el Autor, Mg. Ronald Ayala Mendivil, teléfono 263-8645, o al celular 99735-4918.
6. La información que nos proporciona es estrictamente confidencial; se mantendrá de acuerdo a las normas éticas internacionales vigentes; sólo tendrá acceso a esta información el investigador. Su nombre no aparecerá en ninguna publicación ni presentación de resultados del presente estudio.

ANEXO N° 04

**MODELO DE AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA
INVESTIGACIÓN**

**“PERCEPCIONES DE LOS ACTORES SOCIALES SOBRE LA RELACIÓN
DEL DISEÑO DEL PLAN LOCAL DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN
COMUNITARIA EN LA COMUNIDAD DE BELLAVISTA – CALLAO, 2020”**

Yo, _____, identificado
con D.N.I. N° _____, domiciliado en
_____, certifico que he leído o
me han leído los objetivos de la investigación que se realizará con los representantes
de las organizaciones sociales de base de la jurisdicción del C.S. PERÚ KOREA
BELLAVISTA y los beneficios y riesgos si participo en el estudio. Me han hecho
saber que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en
cualquier momento.

Se me informó además que responderé a un cuestionario, no se me tomarán muestras
de ningún tipo y que mi nombre no aparecerá en ningún informe o publicación, la
información que brinde será estrictamente confidencial, anónima y de uso solo para
la investigación.



Firma del que da consentimiento

Huella digital

Fecha: _____