



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



**Participación comunitaria en las comunidades de la zona norte del municipio  
de Cuscatancingo, San Salvador, noviembre 2016- marzo 2017.**

**TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA.**

**Presentado por:**

Dra. Lourdes Marlene García Reyes  
Lic. Henry Alexander Mendoza García.

**Asesora de tesis:**

Licda. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza

Ciudad Universitaria, abril 2017

## AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE EL SALVADOR

Maestro. Roger Armando Arias.  
**Rector**

Dra. Maritza Mercedes Bonilla.  
**Decana.**

Licda. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza.  
**Coordinadora de la Maestría en Salud Pública.**

### **Jurado.**

Licda. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza.

Licda. Msp. Margarita Elizabeth García.

Licda. Msp. Edith Veraliz Moran.

## **Dedicatoria Dra. Lourdes Marlene García Reyes.**

A:

*Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio. Además de haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, por su infinita bondad y amor.*

*Mi madre Marcia Reyes, por darme la vida, amarme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaste. Mamá gracias por todo lo que me has dado, todo esto te lo debo a ti.*

*Mi padre Horacio García por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha inculcado siempre, por todo su incondicional apoyo, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.*

*Mis hermanos Marvin y Reynaldo por su incondicional apoyo y por estar siempre conmigo a pesar de la distancia, los quiero mucho.*

*Mi sobrina, María Cristina, para que veas en mí un ejemplo a seguir.*

*Mis maestros por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestra maestría y para la elaboración de esta tesis; a la Lic. Reina Araceli Padilla por su apoyo ofrecido en este trabajo, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, se le aprecia mucho.*

*Todos mis amigos, Judith, Claudia Perla, Pamela, Sebastiana, Claudia Ancheta, Víctor, Henry, Néstor, Gustavo por compartir los buenos y malos momentos y por permitirme disfrutar de la maestría en su compañía.*

*Todos aquellos familiares y amigos que no recordé al momento de escribir esto. Ustedes saben quiénes son.*

**Lic. Henry Alexander Mendoza García.**

*Dedicado a mi querido padre, quien en vida fuera: José Inocente Mendoza Mendoza por el ejemplo de lucha por la vida y perseverancia, por el amor y el apoyo incondicional que me brindó.*

*A mi madre por darme la vida y por ser la consejera de mi vida, y la luz de mi camino.*

*A mí amada esposa, quien sin esperar nada a cambio me ha acompañado en este proceso, me ha guiado y me ha dado la fortaleza para crecer en la vida. A mí amada hija por ser la fuerza interna de mi vida y la fortaleza para no desmayar en mi camino.*

*A mis hermanos por ser parte de mi vida, y parte de la construcción de lo que hasta ahora soy.*

*A todas las personas arriba mencionadas les dedico este triunfo, porque cuando nadie creyó, ellos confiaron, porque cuando todos huyeron, ellos resistieron. Y porque cuando todos fallaron, ellos estuvieron ahí... la construcción de un futuro mejor depende de quienes estén a nuestro lado... y sin duda alguna las mejores personas han estado a mi lado.*

## RESUMEN

**Título:** Participación comunitaria en la zona Norte del municipio de Cuscatancingo, San Salvador, noviembre 2016 – marzo 2017.

**Propósito:** realizar una aproximación a los procesos participativos que se desarrollan en la comunidad, que permita identificar limitantes y fortalezas que contribuyan a los procesos de participación de las comunidades en la construcción social de la salud.

**Material y métodos:** El estudio realizado fue de tipo descriptivo, en el cual participaron 10 líderes y lideresas de 3 comunidades; Sinaí, Arca de Noé, y La paz, del municipio de Cuscatancingo, y 5 promotores de salud pertenecientes a Ministerio de Salud, se realizaron entrevistas a profundidad, posteriormente se realizó limpieza de la información y clasificación de la misma de acuerdo a criterios de síntesis, para realizar la posterior discusión.

**Resultados:** Según los hallazgos, las asambleas comunitarias, las reuniones de las expresiones organizativas y la rendición de cuentas son los mecanismos de participación que se generan en la comunidad, empero es importante mencionar que la generación de cualquier otro espacio y acciones de convergencia comunitaria son reconocidos como mecanismos de participación. Por otro lado las organizaciones de la sociedad civil son los principales actores sociales que promueven la participación en la comunidad, y el Ministerio de Salud, la Alcaldía y el Ministerio de Justicia a través de PREPAZ son las únicas instituciones públicas reconocidas en la promoción de la participación comunitaria. En cuanto a los proyectos desarrollados en la comunidad, estos están dirigidos principalmente a fomentar el desarrollo de la organización comunitaria, a través del fortalecimiento de competencias en temas relacionados a la prevención de enfermedades, derechos humanos, equidad de género, entre otros. Otros hallazgos relevantes es el reconocimiento por parte de las personas participantes de la importancia de la organización y desarrollo de capacidades organizativas para la promoción de la participación comunitaria, así como la percepción del trabajo desarticulado entre instituciones.

**Conclusiones:** Aunque en la comunidad se implementen mecanismo de participación, estos muchas veces no son espacios para la toma de decisiones protagónicas por parte de la comunidad, así mismo es importante que las instituciones públicas generen mecanismo de promoción de la participación comunitaria, y se visualice el trabajo intersectorial e nivel local con la implementación de proyectos integrales de desarrollo humano y construcción social de la salud.

**Recomendaciones:** Fortalecer el desarrollo de capacidades en el personal de salud sobre la promoción de la participación comunitaria con un enfoque de determinación social de la salud, por otro lado promover el acercamiento de otras instituciones públicas hacia la comunidad, a fin de fomentar el trabajo coordinado y articulado entre las instituciones.

## CONTENIDO.

CAPITULO	PÁGINA
<i>I. INTRODUCCIÓN.....</i>	<i>1</i>
<i>II. OBJETIVOS.....</i>	<i>3</i>
<i>III. MARCO DE REFERENCIA.....</i>	<i>4</i>
<i>IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....</i>	<i>63</i>
<i>V. RESULTADOS.....</i>	<i>68</i>
<i>VI. DISCUSIÓN.....</i>	<i>95</i>
<i>VII. CONCLUSIONES.....</i>	<i>107</i>
<i>VIII. RECOMENDACIONES.....</i>	<i>109</i>
<i>IX. BIBLIOGRAFÍA.....</i>	<i>109</i>
<i>ANEXOS.....</i>	<i>114</i>

## I. INTRODUCCIÓN.

La participación comunitaria conocida como el proceso mediante el cual las personas integrantes de una comunidad se organizan para el establecimiento de prioridades en materia de salud, la formulación de estrategias y su implementación, con el fin de intervenir sobre la determinación social de salud, y mejorar la salud de la población, ha representado un eje fundamental en diversos instrumentos de organismos internacionales y nacionales, desde la declaración de Alma Ata en 1978 y su definición de la Atención Primaria en Salud (APS), hasta la actual Política de Salud implementada por el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL).

En la Política Nacional de Salud “Construyendo la esperanza”, se sustenta el enfoque de Atención Primaria en Salud Integral, por lo que el MINSAL; como ente rector de la salud pública en el país; ha tomado a bien, impulsar la participación comunitaria a través de la implementación de estrategias que permitan el involucramiento de todos los sectores, dando lugar a la formación de ejes de acción contemplados en la reforma de salud, tales como el “Foro Nacional de Salud”, que apertura y fomenta la participación comunitaria, que nace del compromiso social de promover la construcción de poder popular, la contraloría social y la participación activa de la comunidad en la construcción social de la salud.

La Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) Villa Mariona del MINSAL, y como organización local en salud, reconoce el rol fundamental de la organización y participación comunitaria, como objetivo principal del trabajo en salud, en la construcción de poder popular y de la transformación social en salud. Dicha participación como fenómeno socio-histórico de la sociedad, y de la comunidad, se dificulta principalmente al desarrollar acciones que para incidir en la determinación social de la salud, la cual pretende abordar los problemas de salud considerando su dimensión individual, particular y general como resultado de las inequidades social y el modelo de producción y reproducción social.

A pesar de las diversas organizaciones comunales que existen en la zona, la participación de las personas cuyo principal fin y objetivo sea la acción articulada con la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) es limitada, y dicha limitante se traduce en baja incidencia sobre la determinación social de salud en la comunidad, así mismo se traduce en baja cobertura en los componentes preventivos que podría limitar el acceso a servicios de promoción de salud, y atención integral.

La educación y la participación social, como pilares fundamentales de la promoción de la salud, fortalecen la participación comunitaria a fin de favorecer la promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades, permitiendo ejercer un mayor control sobre la determinación social de la salud, y mejorando de esta manera la calidad de vida de la población.

En el entendido que la participación comunitaria y la construcción social de salud se desarrolla en un contexto en el que influyen, los modos de producción, los modos de vida, donde la identidad cultural, el sentido de pertenencia, la confianza, la violencia, y la económica determinan en los comportamientos de las personas, frente a los problemas en salud y frente a la determinación social de la salud.

En tal sentido esta investigación tiene el propósito de describir el proceso de participación que se desarrolla en la comunidad, con el objetivo de identificar fortalezas y posibles limitantes en los mecanismos de participación comunitaria, así como caracterizar los diferentes actores sociales relacionados con la promoción de la participación comunitaria, a fin de realizar una aproximación a los procesos participativos que se expresan en la comunidad.

### **Enunciado del problema.**

¿Cómo se desarrolla la participación comunitaria, en las comunidades de la zona norte del municipio de Cuscatancingo, San Salvador, en noviembre de 2016-marzo 2017?



## **II. OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Analizar la participación comunitaria de las comunidades de la zona norte del municipio de Cuscatancingo, San Salvador en el mes de noviembre de 2016 a marzo 2017.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Caracterizar los mecanismos de participación comunitaria en salud de la Comunidad.
- Describir los proyectos que se implementan en la comunidad.
- Identificar los actores sociales que promueven la participación comunitaria.

### III. MARCO DE REFERENCIA.

#### 3.1. ATENCION PRIMARIA EN SALUD COMO UN MODELO ORIENTADO A LA COMUNIDAD.

En 1977 se celebró la 30ª Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se estableció que el principal objetivo de los países y de la Organización Mundial de Salud sería alcanzar “Salud para todos en el año 2000”<sup>1</sup>

Para tal objetivo se exhortó a los Estados del mundo a establecer políticas, y programas en función de favorecer la salud, a través de la asignación de recursos en favor de promover y mantener la salud de las personas, familias y comunidades, en tal sentido; salud para todos significa; que el bienestar integral ha de ponerse al alcance de todas las personas<sup>2</sup>.

Así mismo salud para todos alude que la salud debe considerarse como el objetivo principal para el desarrollo de los países, y no solo como uno de los medios para desarrollar dicho proceso, en el cual se debe considerar los efectos que para la salud tienen los procesos económicos, industriales, educativos, y sin olvidar el ejercicio de la salud pública, entendida esta última como; un proceso social y político orientado a mantener la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las personas mediante procesos de promoción de la salud, la prevención de enfermedades y otras formas de intervención sanitaria<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de Salud, 30ª Asamblea Mundial de Salud, 14ª sesión plenaria, Ginebra, Suiza, mayo 1977.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud, La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Revista Cubana de Salud Pública [en línea] 2009, 35 (Diciembre-Sin mes) : [Fecha de consulta: 28 de enero de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21418848004>> ISSN 0864-3466

<sup>3</sup> Acheson, D, “Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London: HMSO, 1988.

En la declaración de Alma Atá sobre Atención Primaria en Salud (APS)<sup>4</sup>, se estableció que la salud es derecho humano fundamental y establece la responsabilidad ineludible del Estado de asegurar este derecho a la población para garantizar este derecho, y como estrategia para lograr salud para todos en el año 2000, se definió a la atención primaria en salud como: la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

En tal sentido, el abordaje de la atención primaria en salud se orienta hacia los principales problemas de salud de los colectivos sociales, y comunidades, a través de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación. Así mismo la APS promueve el acercamiento de la atención en salud al lugar donde viven, estudian y trabajan las personas. Por otro lado, permite el fomento del reconocimiento de la autorresponsabilidad de las personas, y promueve la participación de la comunidad en la toma de decisiones a favor del desarrollo integral de los colectivos.

De manera que la APS, plantea una visión estratégica que puede posibilitar el ejercicio del derecho a la salud en un contexto en el que coloca a los estados como garantes del derecho a la salud, facilitando y promoviendo de forma activa que las personas titulares de esos derechos, que son todas las habitantes, se empoderen y lo reivindiquen a través de la organización comunitaria, la participación social, la búsqueda constante de la equidad y el establecimiento de un abordaje intersectorial e integral de los determinantes sociales de la salud.

---

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. Alma-Atá.URSS (6-12 septiembre de 1978). Ginebra, 1978.

Desde 1977 cuando se exhortó a los Estados del mundo a establecer políticas, y programas en función de favorecer la salud, a través de la asignación de recursos en favor de promover y mantener la salud, hasta la década de los 90's dichas proclamaciones seguían sin resolverse. De tal manera que a finales de los años 90's los países de Latinoamérica enfrentaban graves problemas por la imposición del modelo neoliberal en todos los países, dichos problemas se agravaron por la crisis económica y los actos de corrupción de los recién llegados gobiernos civiles<sup>5</sup>.

Por otra parte en este período se gestaron diversas acciones de movimientos sociales y organizaciones que luchaban en contra a la privatización de los servicios básicos producto de la implementación de los Programas de Ajuste Estructural (recorte a los recursos de los servicios públicos) por toda Latino América<sup>6</sup>.

Sin duda alguna la implementación, de estas propuestas produjeron efectos significativamente negativos en los indicadores sociales de los países, dentro ellos los relacionados a salud<sup>7</sup>. Además, durante este proceso se formularon diversas propuestas de reforma a los sistemas de salud, cuyos objetivos y fines pretendían privatizar los servicios de salud.

En contraste y de forma paralela a este proceso las luchas sociales por el derecho a la salud se incrementaron y devinieron diversas propuestas para cambiar la forma de organizar y financiar la atención a la salud<sup>8</sup> que terminaron en la formulación de propuestas progresistas que buscaban garantizar el ejercicio del derecho humano a la salud de los pueblos.

---

<sup>5</sup> Espinoza E, comp. Gonzales R, Barría S, Sengupta A, comp. “La lucha por el derecho a la salud en América Latina, 1ª edición, Editorial Universitaria (UES), San Salvador, El Salvador 2014.

<sup>6</sup> Gigli, Juan Manuel, Neoliberalismo y Ajuste Estructural en América Latina.

<sup>7</sup> Franco-Giraldo A, Palma M, Álvarez-Dardet C. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980–2000. Rev Panam Salud Pública. 2006;19(5):291–9.

<sup>8</sup> Edu Med Salud, Convocatoria de Investigación sobre desarrollo de recursos humanos: gestión de recursos humanos, calidad y productividad en salud. 1995;29(2):228-35

No cabe duda que el interés y las acciones relacionadas con la Atención primaria de Salud (APS) en el mundo se incrementaron significativamente a partir de la Conferencia Internacional sobre APS, desarrollada en Alma-Ata en 1978. Empero, los procesos políticos y la organización particular de cada país ha originado una comprensión e implementación variada de país a país.

En ese sentido a lo largo de los años, se han desarrollaron diversas experiencias que se establecieron y adoptaron como APS, así mismo miles de textos, y declaraciones fueron elaboradas, en las cuales se evidenció por un lado la adaptabilidad de la estrategia y por el otro se ha reconocido el sentido político y transformador de su enfoque.

Un elemento de significativa relevancia es el enfoque comunitario que la atención primaria en salud proporciona, ya que está basada en los principios de la medicina comunitaria, cuyos principales elementos son la evaluación activa y detallada de las necesidades de salud de la comunidad y la respuesta a esas necesidades, considerando la comunidad en su conjunto<sup>9</sup>.

Bajo el contexto de la medicina comunitaria se debe considerar el análisis de elementos esenciales para la comunidad, tales como<sup>10</sup>: El estado de salud de la comunidad, identificación y análisis de los factores que influyen sobre el bienestar de la población, así como las propuestas comunitarias para la intervención hacia los determinantes de la salud.

Es importante recalcar que la orientación de la APS; debe considerar entre todo el conjunto de acciones, una visión orientada a la comunidad; con participación

---

<sup>9</sup> Gofin J. Planning the teaching of community health (COPC) in an MPH program. *Public Health Rev.* 2002;30(1-4): 293–301.

<sup>10</sup> Kark SL. *The practice of community oriented primary health care.* New York: Appleton-Century-Crofts; 1981

protagónica de esta última en el proceso de construcción social de la salud.<sup>11</sup> Es decir; la participación comunitaria (individual y colectiva) debe reflejarse en las actividades del cuidado y mejora de la salud dirigida desde y hacia la comunidad. Bajo este enfoque se establece una relación horizontal entre los trabajadores de la salud y las diversas expresiones organizativas de la comunidad para realizar procesos que promuevan la organización comunitaria, y la coordinación y acción intersectorial a favor de la salud.

Lo anterior requiere que se entienda a la atención primaria en salud como un proceso dinámico en el que se consideran algunas etapas<sup>12</sup>, como la identificación de prioridades en salud, que permite el reconocimiento de las mismas por la comunidad, para su posterior intervención, sin embargo este proceso requiere entre otras cosas<sup>13</sup>; un franco interés de la comunidad.

Otra etapa importante de este proceso es la **planificación participativa del diagnóstico comunitario**, que permite a la comunidad reconocer sus problemas desde la perspectiva de su propia realidad, lo que permitirá lograr la **planificación e implementación de programas y proyectos comunitarios** orientados a promover el desarrollo integral, con énfasis en favorecer la construcción social de salud.

Sin embargo tal y como se había planteado anteriormente, las decisiones políticas y los cambios en la conceptualización e implementación de la APS, ha tenido una evolución dispar entre regiones y países, empero el enfoque de APS como estrategia ha representado uno de los componentes más estables de las propuestas de reformas tanto a nivel mundial, como en América Latina<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Gofin J, Gofin R. Community oriented primary care (COPC): features of practice and training. Turkish J Public Health. 2004;2(2):92-8.

<sup>12</sup> McKeown T. An interpretation of the modern rise in population in Europe. Popul Stud. 1972;26:345-82.

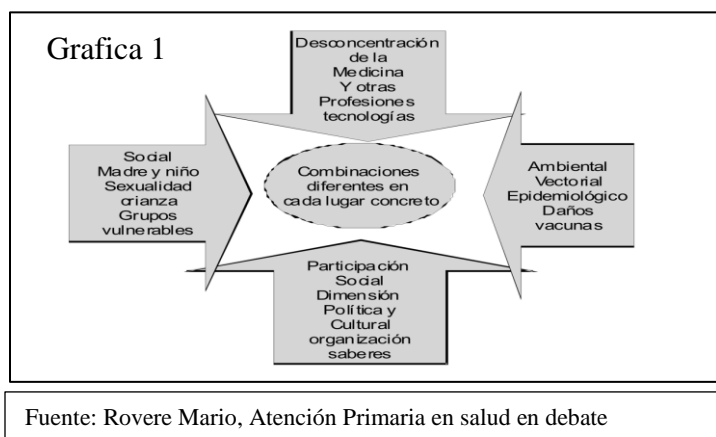
<sup>13</sup> Laframboise HL. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments CMAJ. 1973;108:388-91.

<sup>14</sup> Rovere Mario, Atención Primaria de la Salud en Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 327-342, jul./set. 2012, P-328.

Por lo tanto, la salud para todos sigue siendo un sueño y lo seguirá siendo mientras ese sueño se siga formulando en términos puramente tecnocráticos: medicamentos, enfermeras, vacunas, hospitales, doctores y equipos de rayos X. Para que este sueño se haga realidad, es indispensable transformar radicalmente las actuales estrategias de atención en salud enfocándolas más, allá de las meras atenciones curativas, en toda una construcción social de salud.

### 3.1.1. Modelos en conflicto.

Tomando en cuenta que la Declaración de Alma Ata reconoce la relevancia de la APS como asistencia sanitaria esencial, fundamentada científica y tecnológicamente; que además es socialmente aceptable e involucra la participación comunitaria sostenible a lo largo del desarrollo del país, con un sentido de autorresponsabilidad y autodeterminación, lo que la convierte en un concepto altamente amplio que involucra no únicamente la concepción tradicionalmente reconocida con tintes curativos, sino más bien, conlleva una visión más integral que permite el reconocimiento del importante papel que desempeña la determinación social en la salud de la población.



A través de un cuadro-síntesis, presentado a continuación (grafica 1), se procura reflejar tendencias, a veces complementarias, a veces contradictorias, que pujan por ocupar el centro de la escena en cada situación concreta. Las

'fuerzas' que provengan de 'arriba' de la extensión o descentralización de los servicios formales de salud, de la mano de las innovaciones científicas y de un intento por extender el acceso de los beneficios científicos a toda la población. Sin embargo, otras lógicas como reducción de costos, freno a la demanda (goal-keepers), medicalización o la extensión de fronteras de mercado para productos médico-farmacéuticos

(‘medicamentalización’) son lógicas que también confluyen y complejizan aún más un campo ya de por sí diverso.

De igual forma según Mario Rovere, las fuerzas que puján desde la derecha del cuadro se basan en antiguas tradiciones, primero miasmáticas y luego vectoriales de la ‘epidemiología’, que distan de haberse retirado. Hoy con el recuerdo fresco de epidemias de dengue y de gripe porcina y las reacciones gubernamentales en la región, es relativamente sencillo explicar su vigencia que se extiende no solo a los vectores sino a las otras actividades ‘contagiosas’, las cuales en caso necesario se pueden o deben llevar ‘casa por casa’.

En ocasiones, esta perspectiva permite especular sobre cómo extender hacia los viejos y nuevos determinantes ambientales del proceso salud-enfermedad a nivel local.

La ‘entrada social’ del gráfico se refiere a las dimensiones más tradicionales vinculadas a la educación para la salud, y a la materno-infancia provienen de la dimensión más moralista del ‘trabajo social’ sobre las poblaciones migrantes en las zonas marginales o “favelas” de las grandes ciudades. La APS hoy despejada de algunas de sus tradiciones más moralistas se están repensando con lógicas de educación popular, inspirados en los trabajos de Paulo Freire, insertas en estrategias de promoción de la salud, como formas de transferir y de construir conjuntamente conocimientos relevantes para la población en materia de cuidado de la salud, de sexualidad, de salud de la mujer, de planificación familiar, de prevención de las muertes por abortos y complicaciones, de la salud de los trabajadores y trabajadoras, de salud de los adolescentes, tercera edad, etc.

Otra dimensión fundamental que ingresa ‘desde abajo’ es ‘la de participación social’. Siempre más o menos postergada, tiene que ver con el poder decisorio informado de las propias comunidades, muchas veces desalentada por el temor de los profesionales y trabajadores de salud en general, por el clientelismo político, por la desvalorización



de los saberes tradicionales o de la capacidad de las propias comunidades de participar activamente en la resolución de sus problemas. Se deja de lado así elementos fundamentales de la concepción de APS, no solo porque la participación es clave para la sustentabilidad de los resultados o para la búsqueda de las mejores respuestas, social y culturalmente aceptadas y técnicamente ajustadas, sino sobre todo y por encima de todo porque la participación social es un derecho inalienable y deber del sector de salud facilitarla y promoverla.

En este último sentido, a principios del año 2000, actores de varios países se reunieron en Bangladesh con la intención de recuperar el potencial transformador de la APS inserta en procesos políticos orientados a la equidad. Resultaba obvio en las declaraciones es que; las buenas intenciones de los gobiernos que firman las declaraciones no son alcanzadas.

Estos acuerdos son muy importantes y relevantes y se constituyen en una condición necesaria, pero frecuentemente no son suficientes, ya que la sustentabilidad de la APS depende de que los pueblos se movilicen y se apropien de herramientas para la autogestión, para la cogestión y para el control social de las acciones gubernamentales o programas de otros actores que operan en su nombre o bajo su autorización o regulación (organizaciones no gubernamentales, organismos internacionales).

La idea de “pueblos movilizados” necesitaba extenderse también al ámbito internacional y el “Movimiento por la Salud de los Pueblos” (People Health Movement, en inglés) ha sido desde entonces, un espacio trascendental para organizar una voz alternativa de alerta y de movilización, enfrentando no solamente la ‘pasteurización’ de los componentes más transformadores por parte de las declaraciones de organismos internacionales, sino sobre todo la forma como el complejo médico industrial y las entidades académicas que le resultan más funcionales han ‘redescubierto’ la APS selectiva como una verdadera reserva de mercado.

Por todo ello es que cuando en el año 2003 se festejaron los 25 años de Alma Ata y la 'supervivencia' del potencial de movilización de la APS, a pesar del obvio incumplimiento de la meta Salud para Todos en el año 2000, se estaba festejando en realidad aunque sin explicitarlo – al menos en las ceremonias oficiales – el fracaso de las principales operaciones político-económicas de los años 1990 extendidas en una sucesión de estallidos que comienzan con la crisis de Argentina (2001), un país que al igual que Colombia o Chile había llevado su alineamiento con estas políticas hasta poner su sistema público de salud al borde de la liquidación y que termina con la propia crisis del sistema económico mundial a fines del 2008.

Resulta obvio que una política internacional de salud no puede resultar solo de la recuperación de aquello que fue reprimido por más de una década, aunque haya mostrado su capacidad de resistencia y de corporizarse en cientos de comunidades y en miles de trabajadores de salud. La tarea de redefinir los ejes, de construir las alianzas, de generar iniciativas sustentables, de garantizar el derecho a la salud para muchos de nuestros países recién comienza y aún hay mucho que recuperar y aprender.

### **3.1.2. Atención primaria de la salud en debate: panorama reciente y perspectivas.**

La deconstrucción de la APS es una tarea imprescindible para perfilarla como una herramienta de transformación social en los tiempos que corren. El contexto de crisis económica y desconcierto político de los países centrales, el fracaso – por mérito propio – de los organismos internacionales de crédito, el surgimiento de nuevas experiencias sociales y políticas en la mayor parte de los países de América Latina son elementos útiles, pero no suficientes como para apenas agregarle algún 're' ('re' vitalización, 're' lanzamiento) a la APS.

Parece necesario evaluar sus principales componentes, despejar sus equívocos, desidealizar sus enunciados, enfrentar todo intento de canibalizar su terminología, armar campos de fuerza en donde quede claro cuáles son los actores y cómo se posicionan respecto al derecho a la salud, a la inclusión social y a profundizar la equidad, desarrollar estrategias en consecuencia y pensar nuevas reglas de juego.

Pero no se trata de una tarea de laboratorio, se puede monitorear las diversas experiencias que se están dando en América Latina, ponderando, entre otros:

- Los aportes de la 'cooperación técnica cubana', que está redireccionando con sentido Norte Sur, la solidaridad con los países y localidades más pobres a través de la diplomacia médica, de las misiones de profesionales y con la formación en las Escuelas Latinoamericanas de Educación Médica;
- La 'experiencia boliviana' de formación en interculturalidad (residencias en salud familiar comunitaria e intercultural) resulta consistente con su política de descolonización del estado.
- La fase actual del programa de Salud de la Familia de Brasil, la experiencia de mayor escala de cobertura poblacional en tiempos recientes orientado por la APS.
- Experiencias con dimensiones fuertes de participación y protagonismo comunitario, como la recuperación de la APS del primer sandinismo y sus mecanismos de rendición de cuenta 'de cara al pueblo' en Nicaragua, las experiencias locales de El Salvador, especialmente el Proyecto Guarjila basado en la gesta de un pueblo desplazado por la guerra civil y actualmente recuperada por el desarrollo en gran escala de los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS).

### **3.1.3. Atención primaria de salud y participación comunitaria**

Los intentos en el mundo por alcanzar la meta "Salud para todos en el año 2000", destacan que la atención primaria de salud constituye la principal estrategia, y la plena participación comunitaria, una necesidad técnica sin la cual sus programas no pueden

conseguir cobertura y eficiencia<sup>15</sup> (OMS. Alma Ata 1978. Atención primaria de salud. Ginebra: OMS, serie "Salud para todos", No. 1, 1978.).

Ante todo; es importante revisar los conceptos actuales de comunidad, salud, participación de la comunidad y participación social:

Se reconoce que la comunidad<sup>16</sup> no debe considerarse solamente como un espacio geográfico con una población determinada con los mismos ideales, hábitos y costumbres, sino además un espacio social en el cual se incorporará el concepto de satisfacción de sus necesidades, y de poder interno de ese grupo para tomar decisiones en la solución de sus problemas, y en la que la salud de la población es determinante, pues la salud es creada, y producida por las personas en el marco de su vida cotidiana; es un concepto positivo que destaca los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas y mentales. Los determinantes de la salud dependen fundamentalmente de la educación, la alimentación, la vivienda, los ingresos, los servicios básicos, el ambiente, la equidad, la paz y la democracia<sup>17</sup>.

En la búsqueda de una comunidad en la que se aborde la determinación social, se destaca la participación comunitaria que constituye un conjunto de acciones individuales, familiares y comunitarias para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance<sup>18</sup>. Por otro lado la participación social, se refiere a los procesos sociales a través de los cuales los grupos: comunidad, organizaciones, sectores e instituciones (actores sociales de todas las cuestiones de salud u otros

---

<sup>15</sup> Ochoa Soto R, Jústiz González R. La participación comunitaria. En: Ochoa Soto R. Promoción de salud. Cuba: CNPES, 1997;54-65.

<sup>16</sup> Calvo Martínez Silvia, "Consideraciones sobre participación de la comunidad", La Habana, agosto de 1989.

<sup>17</sup> Castanedo Rojas I, Ochoa Soto R, Terry González S. Municipios por la salud. En Ochoa Soto R. Promoción de salud. Cuba: CNPES, 1997:30-37

<sup>18</sup> Cerqueira MT. La participación social. Estrategias en la promoción de la salud. Washington DC: OPS/OMS, 193:13

problemas afines) se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones<sup>19</sup>.

Puntualizando lo anterior, es importante recalcar las condiciones necesarias para continuar profundizando en algunos elementos básicos relativos a la participación de la comunidad, como es su organización, requisito indispensable para desarrollarla, determinada por la forma socioeconómica predominante, donde la base de la estructura comunitaria de vida social y psicológica la constituye la familia (unidad social), y donde la idea de que la parcelación comunitaria es un proceso susceptible de estimularse desde afuera, y que la mayor o menor movilización de la población puede ser manipulada por agentes externos. En tal sentido se han establecido 3 grados de participación<sup>20</sup>:

1. Utilización: Uso de los servicios institucionales de salud por parte de la comunidad, sin que sus miembros proporcionen un insumo directo o realimenten su diseño o aplicación. No entraña participación auténtica, pero es requisito esencial para que se produzca la participación.
2. Cooperación: Cooperación de la comunidad con iniciativas de salud planteadas por algún organismo o institución "externa". La cooperación comunitaria puede incluir no sólo trabajo, fondos o materiales aprobados, sino también asistencia para llevar a cabo planes y programas que hayan sido desarrollados por dicho organismo o institución.
3. Intervención en la adopción de decisiones: Participación comunitaria en la planificación, administración y ejecución de actividades y programas de salud. Aparece cierto grado de compromiso de la comunidad en cuanto a la aceptación de su responsabilidad en la determinación de problemas vinculados con la salud y en el desarrollo y aplicación de soluciones.

---

<sup>19</sup> OMS. Veinte pasos para formular un proyecto de ciudades sanas. Washington DC: OPS, 1995:92. Pub. No. HPP/HPS/95-3.

<sup>20</sup> Ruiz L. Promoción y prevención en el campo de la salud: Aspectos metodológicos. En: Romero MI. Promoción y prevención en salud. Santiago de Chile: CPU, 1991:47-80.

En este caso, la función de los organismos e instituciones "externas" consiste en cooperar con las iniciativas de la comunidad. Por su parte, los tipos de participación de la comunidad comprenden<sup>21</sup>, en primer lugar la planificación, donde entran la definición de necesidades, los objetivos y estrategias, la adopción de decisiones con respecto a servicios, la determinación de los medios de obtener y el empleo de recursos. En segundo lugar se puede citar la ejecución, que significa tanto la administración de fondos y personal, como la obtención de recursos y la asistencia para llevar a cabo las actividades. Finalmente está la evaluación de las actividades, que puede incluir formas estructurales o no de averiguar las opiniones de los miembros de la comunidad en materia de actividades de salud.

La mayoría de los países concuerdan en que la comunidad debe desempeñar una función activa en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud. Sin embargo, la mayor parte del personal de salud considera que la participación comunitaria es un medio de conseguir cooperación y recursos adicionales.<sup>19</sup>

La participación de la comunidad debe verse como un proceso en el cual es posible identificar en un momento determinado, las etapas o fases siguientes:

1. Conciencia social del trabajo por realizar.
2. Participación en la ejecución de acciones relacionadas con determinados sectores.
3. Reconocimiento social de la labor realizada por la comunidad.
4. Supervisión de estas acciones y ejecución de otras de complejidad creciente, si existe realización correcta de las anteriores.
5. Control popular de recursos, medios y formas de prestación de servicios en la comunidad.
6. Participación en la toma de decisiones y la planificación.

---

<sup>21</sup> OPS. Las condiciones de salud de las Américas. Washington, 1990;vol 1: 269-73.

Los programas de salud emplean 3 tipos principales de mecanismos para alcanzar la participación comunitaria, que son los grupos que crea la comunidad, los grupos que existen en la comunidad y los que se crean a iniciativa del sistema de salud.

Los contextos organizacionales, comunitarios y sociales en general constituyen hoy día, fuerzas poderosas que contribuyen a que la gente desarrolle comportamientos nocivos para su salud: fumar, beber alcohol en exceso, desarrollar dietas inadecuadas, etcétera.

La participación social en atención primaria de salud se interrelaciona con los siguientes elementos: reorganización del nivel central, descentralización, fortalecimiento de la capacidad administrativa (planificación, programación, coordinación, supervisión, observación y evaluación), ajuste de los mecanismos de financiación, desarrollo de un nuevo modelo de atención, la capacitación en salud, así como las investigaciones (las de acción participatoria resultan muy eficaces)<sup>22</sup>.

#### **3.1.4. Atención Primaria Integral de Salud – APIS**

De acuerdo con los valores proclamados en la convención de Alma-Ata; la salud es un derecho humano fundamental de todos los pueblos cuya realización exige la intervención del estado y el aporte de otros sectores sociales y económicos, además del sector salud. En tal sentido la equidad es una noción amplia de justicia social<sup>23</sup>; idea fuerza para la acción que plantea que las desigualdades evitables y sistemáticas de los grupos sociales en desventaja en relación con el estado de salud, el acceso a los servicios de salud y a otros medios que benefician la salud son injustas e inaceptables política, social y económicamente tanto entre países como dentro de cada país, por lo cual debe ser de preocupación común de todas las personas y países

---

<sup>22</sup> Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La administración estratégica. Lineamientos para su desarrollo: Módulo educacional. Washington DC, 1994;12-23.

<sup>23</sup> People's Health Movement, "People's Charter for Health, Savar, Bangladesh, December 2000. Página 5-7.

del mundo. La solidaridad es la ayuda y compromiso entre las personas y las naciones, necesaria para garantizar la Atención Primaria de Salud a los pueblos y alcanzar la “Salud para Todos”.

De los valores antes mencionados, se desprenden principios que nos permiten comprender que la salud está determinada socioeconómica, política y culturalmente, y no sólo por la biología; que la asistencia sanitaria no debe reducirse a la atención de enfermedades ni hay que dejarla al libre albedrío de las fuerzas del mercado. Al centrarse en la persona y en la población, y al responder a los desafíos de las inequidades en salud, los sistemas y servicios de salud deben actuar teniendo en cuenta el contexto sociocultural de las personas y de la población y coadyuvar a la transformación de los determinantes sociales y ambientales de las inequidades en salud.

Como fundamento de los sistemas de salud, la APS es el elemento esencial de éstos para incidir en el desarrollo social, económico y cultural de los pueblos y una estrategia eficaz para alcanzar niveles óptimos de salud, mejorar la equidad en el estado de salud y en el acceso a los servicios de salud, y para asignar y utilizar en forma más eficiente los recursos mundiales, de cada país y del sector salud en función de la salud.

Desde esta perspectiva, la definición de salud contenida en la APS tiene una connotación holística y positiva de bienestar, calidad de vida y equidad, y no se refiere sólo a la ausencia de enfermedad. Por lo tanto, la APS debe ser entendida más como un proceso social, económico y cultural para desarrollar la salud y no simplemente como un conjunto de intervenciones médicas costo-efectivas, de prevención y tratamiento de enfermedades específicas prevalentes (Rifkin & Walt, 1986).

En coherencia con una concepción de salud y de equidad en salud, fruto de las características del proceso de desarrollo social, económico y cultural; la APS contiene elementos operativos que le permiten actuar frente a los determinantes de las inequidades en salud y dar respuesta integral a las demandas y expectativas de salud



más comunes de las personas y las comunidades. Entre tales elementos destacan la acción intersectorial por la salud, la participación comunitaria, el acceso a los servicios de salud y la integralidad, integración y coordinación de las acciones de éstos.

La acción intersectorial se estableció para desarrollar la salud actuando conjuntamente con otros sectores, en el entendido que si bien la atención de la enfermedad por parte de los servicios de atención primaria es un componente necesario de éstos, no es suficiente para materializar un enfoque integral de APS que busca incidir sobre procesos y condiciones que se encuentran por fuera del dominio de acción de sistemas de salud centrados en la atención de la enfermedad (WHO, 1997).

La APS promueve y necesita de la acción intersectorial para contribuir al desarrollo de políticas públicas y planes de desarrollo económico y social que mejoren o, por lo menos, no deterioren la salud, y no se apoya sólo en acciones sectoriales para prevenir y atacar las enfermedades con intervenciones médicas, si bien las acciones sectoriales de apoyo logístico, prevención y tratamiento de la enfermedad, son dispositivos indispensables para completar el carácter integral de las actividades de la APS.

De tal manera que la intersectorialidad es ineludible en la medida en que el desarrollo económico y social es fundamental para el logro de una buena salud y ésta, a su vez, es necesaria para alcanzar el desarrollo económico y social, mejorar la calidad de vida y la cohesión social (Public Health Agency of Canada, 2007); y en la medida en que estando las inequidades en salud determinadas socialmente por procesos contextuales y estructurales por fuera del control directo de los sistemas de salud, la APS es una estrategia que permite que éstos actúen sobre aquellos en alianza con otros sectores del Gobierno, el sector privado y la sociedad civil.

Entre los procesos sociales determinantes de las inequidades en salud, están las relaciones de clase social, étnicas y de género prevalentes en una formación económico social y el contenido y alcance de las políticas públicas, económicas,

sociales y culturales que se derivan de las relaciones de poder acumuladas entre esos actores sociales.

De conjunto, ellos dan configuración al patrón de distribución de la riqueza, los ingresos y los empleos; al contenido de las orientaciones de equidad en el acceso a los alimentos, saneamiento básico, vivienda, servicios de salud y educación; y a las consideraciones sobre derecho a la igualdad y no discriminación, entre otros, que son condiciones esenciales para el bienestar y la calidad de vida y, por ende, para el logro de resultados equitativos en salud (OMS/CDSS, 2008).

Debido a las asimetrías de poder entre las clases, etnias y demás actores sociales que están en la base de las desiguales oportunidades para alcanzar los resultados de salud deseables y eliminar o reducir las inequidades sociales en salud, la APS promueve y requiere de la participación amplia y efectiva de las comunidades en todo el proceso de desarrollo de la salud y en la búsqueda de la equidad en salud (HSNK, 2007), y no simplemente del uso de la participación de éstas como estrategia para que acepten y cambien su comportamiento frente a las prioridades y programas de intervención definidas por los expertos o los gobiernos (Rifkin & Walt, 1986).

La participación autónoma, individual y colectiva, entendida como un derecho de todos los pueblos, además de servir para la profundización de la democracia y la aplicación de los derechos sociales, debe garantizarse en la formulación de las políticas públicas, planes de salud y de desarrollo económico y social para mejorar la salud y alcanzar la equidad en salud, incluyendo su seguimiento y evaluación (Escorel & Moreira, 2008).

Siendo los anteriores, aportes de la Declaración de Alma-Ata, y básicos para la operación de los sistemas de salud, conceptos que esclarecen que la materialización de la intersectorialidad se logra a través de la conjunción de procesos dinámicos y flexibles que incluyen desde la abogacía, asesoría y cooperación del sector salud con otros sectores para la formulación de políticas públicas con efectos positivos en salud, hasta el trabajo conjunto del sector salud con el Gobierno, el sector privado y las

comunidades para el desarrollo de políticas públicas, planes y estrategias integrales que respondan a las necesidades y expectativas en salud de la población.

Ha quedado claro que la intersectorialidad no tiene como objetivo simplemente la solicitud de recursos a otros sectores, o su utilización instrumental para la realización de tareas o la solución de problemas del sector salud, ni es un ritual sin consecuencias para el compromiso de otros sectores con la salud de las poblaciones.

Otro corolario conceptual importante de Alma-Ata es el planteamiento de que la movilización y empoderamiento comunitarios, particularmente de los grupos sociales en peor situación y excluidos, son necesarios para propiciar la participación de las comunidades en los procesos de toma de decisiones, concertación, ejecución, seguimiento de las acciones y evaluación de los resultados, y en el control de la asignación de los recursos.

Así mismo, la noción de la reorganización de la prestación de los servicios con fundamento en criterios como la integralidad de la atención, entendida como la respuesta a las necesidades de salud individuales y colectivas a través de la integración de las actividades y servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; la coordinación y continuidad de la atención, y la regularidad y permanencia de la relación entre el equipo de atención primaria y la población a cargo<sup>23</sup>.

La precisión de que, el primer contacto entre los individuos y las comunidades con los servicios de salud, debe entenderse en función de la equidad en la accesibilidad y utilización de los servicios según necesidad. Elementos todos que requieren de cambios en el sistema de salud, haciéndolo de cobertura y acceso universal y basado en la Atención Primaria de Salud.

De la Declaración también se desprende que, el cuidado de la salud es una obligación de los gobiernos y responsabilidad de los propios pueblos, que debe garantizarse la

protección financiera de los hogares en la atención de los servicios de salud en condiciones de enfermedad, y la eficiencia y equidad del gasto en salud de los países.

El recurso humano requerido para el desarrollo de este enfoque de la APS debe ser apropiado en cantidad, pertinencia y calidad de su formación, y la APS debe adecuarse a las condiciones socioeconómicas, culturales, políticas y tecnológicas de la población y del país.

La Declaración de Alma-Ata abre la perspectiva a la comprensión y praxis intercultural de la salud, entendiendo por interculturalidad el reconocimiento de la identidad y autonomía de los sistemas de salud propios de los pueblos, de su cosmovisión y práctica, por razones de su pertenencia étnica o de género, y la complementariedad entre éstos y los sistemas de salud occidentales.

La filosofía original de Alma-Ata que hacía énfasis en la integralidad de la APS fue posteriormente reemplazada por el enfoque de APS Selectiva propiciado por la UNICEF y el Banco Mundial (Cueto, 2004) como un programa de lucha por la sobrevivencia infantil. Este enfoque estuvo orientado principalmente al control de las enfermedades endémicas de los países en desarrollo mediante intervenciones médicas costo-efectivas.

Según el Banco Mundial, la APS Integral, como comenzó a ser conocida la formulación que se desprendió de la Declaración de Alma-Ata (Cueto, 2004), no era alcanzable por su amplitud, alto costo y cantidad de personal entrenado requerido. Como alternativa a la APS Integral el Banco Mundial y la UNICEF propusieron un conjunto limitado de intervenciones médicas de primer nivel de atención para los pobres, orientado solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para afrontar algunas de las enfermedades prevalentes de los países en desarrollo.

De acuerdo con Walsh y Warren (1979: 972) el enfoque selectivo de control de las enfermedades endémicas en los países en desarrollo es potencialmente la

intervención médica más costo-efectiva. Con base en una alta mortalidad y morbilidad, y la factibilidad de controlarla, se escoge un número limitado de enfermedades en una población definida para su intervención”. Los principales programas que incluyó este tipo de servicios, que se extendió por gran parte de los países en desarrollo, incluido el nuestro, fue conocido por su sigla en inglés GOBI, que abarca: control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización.

Posteriormente, dicho programa fue ampliado y se conoció luego como GOBI-FFF – por sus siglas en inglés– porque incluyó tres intervenciones médicas adicionales: alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar. Ese mismo modelo racional de toma de decisiones para selección de intervenciones médicas (Walt, 1994) costo-efectivas fue empleado posteriormente por el Banco Mundial en su enfoque de intervenciones clínicas esenciales, y es el mismo que ha sido aplicado en Colombia por los reformadores que formularon la Ley de 1993 al diseñar los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Banco Mundial, 1993).

Un decenio después de la emergencia de la APS Selectiva, la lógica económica de dividir conceptualmente las acciones en salud entre “bienes públicos” y “bienes privados” permitió al Banco Mundial, y a quienes apoyaron su propuesta de política de salud neoliberal en cada país (Almeida, 2002), promover las reformas con orientación de mercado de los sistemas de salud que ya todos conocemos, las cuales extendieron el enfoque de la escogencia de intervenciones médicas costo-efectivas de la APS selectiva a la constitución de los planes de salud de esas reformas de mercado (Frenk & González Block, 1992).

Esta nueva racionalidad de la política de salud entregaría al sector privado el aseguramiento y la prestación de los bienes privados, generalmente procedimientos y tratamientos de atención médica individual como los incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, y reduciría el papel del Estado al de regulador del mercado de la salud y al de prestador de los bienes públicos y con altas externalidades (paquete de

intervenciones convencionales de salud pública que en nuestro país tomó el nombre de Plan de Atención Básica, PAB). Esta lógica estaría llamada a escindir aún más la salud colectiva en atención clínica individual e intervenciones de salud pública, descontextualizando el proceso salud-enfermedad, limitando a la APS a un paquete básico de servicios clínicos esenciales, permitiendo reducir la salud pública a un paquete de atención básica costo-efectiva, y a mantener la focalización, segmentación y fragmentación de las atenciones clínicas individuales de los sistemas de salud.

Al contrario de la APS Selectiva y de la atención primaria de primer nivel, la APS Integral (Labonté, et ál., 2008) se considera tanto una filosofía política de la salud como una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad, con el fin de desarrollar la salud actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

Como una filosofía, hace énfasis en la distribución equitativa del acceso a los servicios básicos de atención de salud; en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud; en la participación comunitaria en la formulación de políticas públicas y en la planeación de programas y servicios; en la acción intersectorial por la salud y en la coordinación de programas y servicios; y en el uso de tecnologías apropiadas.

Como estrategia de implementación se ha apoyado en los ocho elementos esenciales de Alma-Ata, y propende por la actualización de éstos con base en lo propuesto en el Artículo 12 de la Convención Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1996).

Actualmente, el enfoque de Atención Primaria Integral de Salud, APIS ha sido también reivindicado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS como estrategia clave para actuar sobre los determinantes sociales de las inequidades en salud (OMS/CDSS, 2008). Este enfoque incluye el primer nivel de atención de las personas pero extiende sus acciones a la familia, a la comunidad y a sus contextos; se articula con los niveles secundarios y terciarios del sistema de salud pero no se reduce a la curación, rehabilitación, prevención y promoción dentro del sector salud, sino que compromete la acción de las comunidades y de otros sectores para afectar

los determinantes sociales y ambientales de la salud en función de las necesidades y expectativas de la población.

A diferencia de la promoción de la salud el enfoque de APS Integral incluye la atención clínica individual y se apoya necesariamente en los servicios de atención en salud para actuar sobre los determinantes sociales de la salud (OMS/CDSS, 2008: 8).

Al fundamentarse en la Declaración de Alma-Ata, la APS Integral también se define como un primer nivel amplio e integrado que incluye elementos como participación comunitaria, acción intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales y de las comunidades. Se ha enriquecido con la promoción de la salud y con el enfoque basado en el derecho a la salud y al desarrollo que incluye los siguientes principios:

- Respuesta a los más amplios determinantes de la salud.
- Cobertura y accesibilidad universal del sistema de salud según la necesidad.
- Autocuidado y participación individual y comunitaria.
- Acción intersectorial por la salud.
- Tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles.

Algunos elementos conceptuales, fruto de la discusión internacional (Rifkin & Walt, 1986) nos permiten hacer distinciones entre los enfoques selectivo e integral de la APS, así:

- La definición de la salud en la Integral APSI tiene una connotación positiva de bienestar y de calidad de vida. La definición de salud en la APS Selectiva se identifica como ausencia de enfermedad.
- La APS Integral es un proceso económico, social y cultural para desarrollar la salud. La APS Selectiva se reduce a intervenciones médicas costo-efectivas de prevención y tratamiento de enfermedades específicas.

- En la APS Selectiva la salud es una responsabilidad de los servicios de salud y de la profesión médica. En la APS Integral la salud tiene connotaciones ambientales y sociales que requieren de la participación de otras personas y sectores.
- La APS Integral descansa en una noción amplia de equidad social en salud que requiere de la construcción de sistemas de salud universales e integrales. La APS Selectiva descansa en la noción de costo-efectividad y focalización en las enfermedades y en el acceso de los más pobres.
- La APS Integral necesita de la acción intersectorial para desarrollar la salud y la equidad en salud a través de políticas públicas. La APS Selectiva sólo se apoya en los servicios de salud para atacar las enfermedades.
- La APS Integral promueve y requiere de la participación de la comunidad en todo el proceso de desarrollo de la salud. La APS Selectiva sólo se apoya en la comunidad para que acepte y cambie su comportamiento frente a los programas de intervenciones definidos por los médicos.

### **3.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD.**

Considerando que la promoción de salud es un proceso complejo, y que a su vez presume la necesidad de interrelacionar diversos conceptos y hechos históricos de la salud pública, uno de ellos es la Conferencia Internacional de Alma Ata, desarrollada en 1978, en la que se definió la Atención Primaria en Salud (APS) como estrategia para lograr “Salud para todos en el año 2000” y que representó el punto de partida para la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, esta última ante la necesidad histórica de concebir de acuerdo a las coyunturas socioeconómica y epidemiológicas los procesos salud enfermedad de los países en el mundo.

En 1978 y muchos años antes, ya se identificaba la necesidad de influir sobre aspectos sociales, tales como la educación, trabajo, y el ambiente en general para incidir favorablemente sobre el bienestar biopsicosocial de las personas.



Diversas ideas y aprehensiones existen sobre la Promoción de Salud (PS), para realizar una aproximación sobre el tema en cuestión es menester remontarse a la Carta de Ottawa<sup>24</sup>, en la que considera que la APS permite:

“Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”

Lo anterior, enmarcado en la premisa de que existen diversas condiciones, elementos, y herramientas indispensables que intervienen en el proceso salud-enfermedad, y que a su vez, estos medios varían de país a país, de ciudad a ciudad, de pueblo a pueblo, de familia a familia, y de individuo a individuo, y que diversos medios representan la base para ejercer un dominio sobre la salud de la población.

El planteamiento de la Promoción de la Salud, como estrategia de la APS, ha propuesto diversos prerrequisitos para la salud, entre los que se pueden mencionar: La paz, educación, vivienda, alimentación, renta, un ecosistema estable, así como la justicia social y la equidad.

Dichas condiciones, son y representan en cierta forma los medios que la definición de la Promoción de la salud contiene, y que son parte de lo que desde hace muchos años atrás conocemos como “Determinantes Sociales de la Salud”.

El fin de la Promoción de la Salud ha sido desde su génesis proporcionar a los pueblos los medios necesarios para reducir la brecha entre la realidad sanitaria de quienes históricamente han tenido condiciones de vida favorables a la salud (minorías) y la precaria realidad sanitaria de otras (mayoría) ya que la PS se centra en alcanzar la equidad sanitaria, asegurando la igualdad de oportunidades a la población en general para desarrollar las potencialidades de los pueblos y las comunidades.

---

<sup>24</sup> Organización Mundial de la Salud, “Carta de Otawa para la Promoción de la Salud” Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Notario, Canadá, Noviembre de 1986.

Esto representa proporcionar a los grupos sociales acceso a información, poseer las capacidades, y oportunidades para la toma de decisiones conscientes, informadas y con un compromiso social, más que particular, en el entendido que la salud representa un bien común, y que “la salud se percibe, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana” y que la buena salud no es un hecho biológico aislado de la realidad concreta de las personas, sino un hecho social en el que convergen otros aspectos de la vida social, tales como la política, economía, aspectos sociales, culturales, ambiente y los comportamientos mismos de las personas, en ese sentido, el objetivo de las diversas acciones realizadas en el marco de la promoción de la salud es hacer que esas condiciones sociales sean favorables a la salud.

En tal sentido, a los sistemas de salud, los grupos sociales, profesionales y al personal sanitario les corresponde únicamente asumir el rol de mediadores entre los factores y sectores antagónicos y los sectores a favor de salud, en el entendido que el sector sanitario por sí solo no puede de forma aislada asegurar la salud integral de la población, más sin embargo la Promoción de la Salud demanda una acción en la cual, individuos, familias, comunidades y diversos sectores y actores sociales de forma articulada, planifiquen, organicen, ejecuten, monitoreen y evalúen acciones encaminadas a la prevención de enfermedades, promoción de estilos de vida saludable, atención, rehabilitación y mantenimiento de la salud, al sistema sanitario le compete entonces promover el trabajo intersectorial para la salud. Dicha articulación demanda una participación activa en materia de salud.

De tal manera se establece que la participación activa en la Promoción de la Salud implica<sup>24</sup>:

- Elaboración de una política pública sana.

La promoción de salud va más allá del mero hecho de incidir sobre aspectos sociales, y económicos, la promoción en salud contempla la esfera política como base de la transformación social de salud, dicha política debe comprender cuanto menos legislación, medidas fiscales, que a su vez contemple el sistema tributario, y cambios

organizativos, dicha política debe recabar en el accionar cotidiano del poder ejecutivo, legislativo, empresarial, a los funcionarios públicos y a la sociedad en general, sobre la toma de decisiones favorables a la salud, y que la omisión de estas decisiones, nada contribuyen al desarrollo humano de los pueblos. “El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas”.

- Creación de ambientes favorables.

La salud-enfermedad es la resultante de la interacción de diversos elementos, internos a la persona, como elementos externos a esta, ya que las sociedades son tan complejas y la interrelación con otros aspectos de la vida es una realidad inequívoca, la promoción de la salud debe fomentar la creación de entornos socioeconómicos y políticos favorables a la salud, claro está que como base para ello deberá coexistir la política pública sana con el interés social de conservar de forma responsable los recursos naturales. Dichos ambientes deberán incluir todas las expresiones de ambientes; laboral, escolar, comunitario, etc.

- El reforzamiento de la acción comunitaria.

Como ya se mencionó anteriormente la Promoción de la Salud, es un proceso en el cual las personas y comunidades sociales, deben participar de forma activa en la planificación, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos de salud, este elemento implica; total y constante acceso a información, Educación Para la Salud, así como el apoyo financiero, en pro del empoderamiento comunitario, se pretende en términos generales que los individuos sea sujetos y no objetos de su propia transformación sanitaria.

- El desarrollo de aptitudes personales.

Más que promover el desarrollo personal, la Promoción de la Salud promueve el desarrollo social, para ello desarrollar acciones de Educación para la salud, serán fundamentales para incrementar las opciones disponibles de las personas, con el propósito que tomen parte en el control de su propia salud, es decir, brindar las

herramientas necesarias para el empoderamiento individual, familiar, comunitario y social en salud.

- La reorientación de los servicios sanitarios.

La puesta en marcha de la Promoción de la Salud, exige una reorientación en formas de planificar, gestionar y distribuir los servicios de salud, se requiere de una trascendencia del mero hecho de brindar servicios clínicos y médicos, se requiere de una revolución sanitaria en la cual surjan cambios de paradigmas, desde las escuelas formadoras de profesionales en salud, hasta la población en general, y que dicha transformación suponga una nueva reorientación que sea equitativa, sensible y que respete las necesidades culturales de todas las partes.

Lo anterior evidencia a la promoción de la salud como un proceso sistemático, coherente y reivindicativo ante las desigualdades sociales, La conferencia internacional de Ottawa (Canadá) arroja grandes luces hacia la creación de sistemas de salud, basados en la universalidad, equidad y cobertura, resta pues que las sociedades se despojen de viejos paradigmas que desde antaño han revelado su carácter inhumano de ver la salud, no como un medio para la vida, sino como un medio de comercialización.

### **3.3. IMPORTANCIA DE LA DETERMINACION SOCIAL DE LA SALUD EN EL ENFOQUE DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

La mayoría de los grupos y/o comisiones nacionales e internacionales que estudian o abordan actualmente el tema de la determinación social de la salud, coinciden en afirmar que el estado de salud de la población de sus países cambia a partir de la presencia de efectos inadvertidos o no, relacionados con determinados aspectos definidos como factores determinantes de la salud en diferentes gradientes (OMS. Convocatoria de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2004).

Las propuestas de determinación publicadas bajo la autoría de *Marmot, Evans, Sttoddard, Raphael*, y la comisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituyen un buen ejemplo.

Bajo el influjo social de los 70 se crearon las condiciones para que varios núcleos de la medicina social de América Latina se enfocarán en la relación entre el orden social capitalista y la salud, escenario que permitió proponer de manera directa y pormenorizada el uso de la noción de “determinación social de la salud” en la epidemiología. Categoría que desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir<sup>25</sup>.

Esta herramienta teórico metodológica alimentó y animó la construcción de la epidemiología crítica latinoamericana, forjada en el debate y la ruptura con el cañón de la epidemiología clásica y su multicausalismo lineal, luego frente al modelo empírico-funcionalista de la epidemiología ecológica, y ahora, frente al de la epidemiología de los llamados "determinantes sociales de la salud".

Cabe aclarar que la epidemiología crítica latinoamericana si bien se fraguó en escenarios académicos, tuvo siempre como fuente y motivo de inspiración la lucha de los pueblos por superar un régimen social centrado en la acumulación de riqueza, y no las preocupaciones burocráticas de la llamada gobernanza. El carácter crítico de la propuesta se fundamenta en la vinculación con las luchas de los pueblos por superar un régimen social centrado en la acumulación de la riqueza y el reconocimiento de la incompatibilidad del sistema social imperante y el modo de civilización que lo reproduce, frente a la construcción de modos de vivir saludables.

---

<sup>25</sup> Breilh J. Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad". México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco; 1977

No es su objeto descifrar conexiones empíricas para promover medidas de simple reforma y representar la entelequia de la salud en una sociedad estructuralmente patógena.

Por todo lo antes expuesto, la noción de determinación social de la salud, como toda idea de ruptura, no es el producto aislado de elucubraciones personales sino la expresión del pensamiento crítico que se había apoderado del movimiento latinoamericano de medicina social (ahora mejor conocido como de salud colectiva); a cuyo origen convergieron las inquietudes de colectivos movilizados, el desarrollo de nuevos instrumentos de análisis y la presencia de un proyecto expreso de transformación del paradigma obsoleto de la vieja salud pública.

Por lo tanto la Epidemiología Crítica es un término utilizado para expresar una propuesta latinoamericana frente a la llamada Epidemiología Convencional de tradición más anglosajona y de Hemisferio Norte. La Epidemiología Crítica se concibe como uno de los ejes disciplinares del movimiento de la Medicina Social, en conjunto con la planificación y las ciencias sociales en salud. Es decir que se ubica en un contexto como disciplina dinamizadora de la Salud Colectiva como movimiento alternativo de Salud Pública.

La perspectiva cartesiana había penetrado en esos enfoques del análisis epidemiológico, reduciendo la realidad al sólo plano de los fenómenos; asumiendo las propiedades de las partes (individuos) como base del comportamiento del todo; y otorgando, de ese modo, prioridad interpretativa a los atributos individuales (la parte) sobre el todo.

A partir de ese marco, la epidemiología convencional cayó en una distorsión múltiple de la metodología, posible de sintetizar en los siguientes cinco elementos:

- Una explicación fenoménica, reduccionista y fragmentaria de la realidad y la determinación de la salud

- Primacía absoluta de la asociación causa-efecto como gran organizadora y lógica del universo epidemiológico
- Reificación de la relación causa-efecto como artefacto formal aplicado para identificar factores de riesgo
- La reducción de la noción de exposición/vulnerabilidad a un problema esencialmente individual de naturaleza probabilística
- A la hora de organizar la práctica epidemiológica, la reducción de ésta en acciones funcionales sobre factores de riesgo.

A esta epidemiología empírica, a pesar de su robusto arsenal formal estadístico, no le es posible explicar la relación entre el sistema social, los modos de vivir y la salud; ni entender la distribución por clases de las formas e intensidades de exposición humana a procesos peligrosos; ni la vulnerabilidad diferencial de los colectivos situados en inserciones sociales distintas; ni comprender en profundidad el metabolismo sociedad-naturaleza y su impacto social. Y finalmente, con este modelo, resulta imposible "conocer la sociedad para transformarla" hacia una salud profunda, que fuese el pilar no sólo de una nueva salud pública, sino de la construcción de un nuevo modelo civilizatorio saludable.

Las posibilidades de un análisis crítico de la salud se diluían en las limitantes construcciones empíricas de lugar, persona, y tiempo. Y al buscar una apertura hacia las relaciones de la salud con el contexto de la vida, se proponía la solución de la epidemiología ecológico-empírica, basada en los principios parsonianos de la teoría de los sistemas en equilibrio, que congelaba la relación entre agente, huésped y ambiente en un proceso de historia natural de la enfermedad<sup>26</sup>.

Con este tipo de herramientas no es comprensible un orden social que mercantiliza la naturaleza, ni el rico movimiento dialéctico que se da entre lo natural-biológico y lo social, pues el molde estático y rígido de la ecología empírico-funcional reproduce la cosmovisión positivista, que separa al sujeto de un mundo de objetos que lo rodean, y

---

<sup>26</sup> Leavell H, Gurney C. Preventive medicine for the doctor in his community. New York: McGraw-Hill; 1965

convierte las relaciones sociedad-naturaleza y social-biológico en meras externalidades entre factores, variables de la realidad, creando una falsa relación substitutiva de conexión externa de variables. Lugar y ambiente aparecían, desde esa perspectiva, como categorías que representaban un mundo atomizado, de fenómenos empíricamente evidenciables, donde la relación social-natural era una más de las conexiones formales que había que incorporar al modelo epidemiológico estadístico.

Como respuesta a esta perspectiva se produjeron trabajos críticos amparados en el ambiente intelectual propiciado en la naciente maestría en medicina social de la Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco. Allí se ubica la tesis pionera que basó su análisis en la categoría determinación social, como una forma de superar el causalismo, en cuanto se refiere a la producción o génesis de la salud; la noción de reproducción social (en las dimensiones general-particular-singular) como superación del empirismo aplanado; la concepción dialéctica de la relación social-natural-biológico, como superación del ecologismo empírico; y que sometió a escrutinio crítico el uso empirista de las técnicas y la preeminencia de un enfoque cuantitativo del método.

En cuanto a la distribución poblacional de las condiciones de salud, se propuso una operacionalización epidemiológica de la clase social, como superación de los estratos convencionales de la vieja epidemiología; para enlazar producción y distribución de la salud y exponer su complejidad, se propuso la categoría perfil epidemiológico, que sintetiza los dos ejes de dicha complejidad: el dimensionamiento general, particular y singular, y la antítesis entre procesos saludables, protectores o perfeccionistas, versus procesos malsanos, peligrosos, deteriorantes o vulnerabilizadores de la salud<sup>27</sup>.

Este esfuerzo inicial fue enriquecido en los 80s con aportes como la matriz de triple inequidad en la determinación de la salud (clase, género y etnia); luego en los 90s con una recuperación del sujeto de la epidemiología, a través de la construcción

---

<sup>27</sup> Breilh J. Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad". México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco; 1977.



intercultural de una crítica de la sociedad de mercado, y con la vuelta del siglo la investigación se enfocó al metabolismo sociedad-naturaleza, esbozado ya desde los aportes de los 70, así como en la crítica de la inviabilidad del modo de civilización del capital para la salud y la naturaleza.

Es así como, dentro de esa amplia gama de factores determinantes sociales de la salud, que tuvo su génesis, en los estudios de *McKeown* y en las propuestas de *Laframboise-Lalond* y de *Evans-Sttoddard*<sup>17</sup> hasta llegar a los modelos actuales de salud de las poblaciones y ecosistema de la salud humana. La mayoría de los estudios ubican a la acción intersectorial como una de las acciones que ha permitido, sin distinción de país, combatir los diferenciales en salud a partir de un abordaje integral y con un importante énfasis en la participación comunitaria sobre el resto de los factores que determinan la salud.

#### **3.4. Conceptualización de comunidad y participación comunitaria.**

Sin duda alguna, al retomar el término de comunidad, y participación comunitaria, la realidad lo limita a una conceptualización total o terminada de lo que estos términos representan en las personas, y los diversos grupos sociales, “el término comunidad, y participación comunitaria denota y connota diversos significados, la palabra comunidad por ejemplo; representa para muchas personas definiciones que van desde los geológico, hasta dimensiones socio políticas”<sup>28</sup>.

Estos términos pueden variar así mismo dependiendo de la representación que las comunidades tienen con respecto a la utilización que diversas organizaciones e instituciones dan al referirse a estos, en sus planes, programas y proyectos.

---

<sup>28</sup> Dennis B. Batangan, M.D., M.Sc. CHDC, Ma. Theresa Ujano- Batangan, M.A. Study on Community participation in the Essential National Health Research (ENHR) Process: The Philippine Experience. “Final Report.

Sin embargo diversos estudios conceptualizan la comunidad como un conjunto de personas que comparten algo en común dentro de un espacio en particular, y que se encuentran vinculados por un sentido de pertenencia e identidad. Esta conceptualización arroja elementos relacionados a la importancia que la identidad cultural tiene al momento de definir y por lo tanto comportarse en una comunidad, y en este momento es importante cuestionarse. ¿Qué grado de identidad tienen las personas con la comunidad?, así mismo ¿Tienen las comunidades de El Salvador sentido de pertenencia?

Por otra parte al definir el término participación comunitaria, se encuentran elementos en común, sobre lo que representa para diversos grupos, entre estos están: organización comunitaria, inmersión comunitaria, objetivos en común y empoderamiento. El término así mismo, está relacionado a lo natural y al grado de participación de los miembros de la comunidad en ciertos proyectos.

### **3.5. La participación en salud: Desde Alma Ata hasta la actualidad:**

En el campo de la salud pública, el tema de la participación en salud ha sido permanentemente considerado de relevancia. Ya en 1978, la Declaración Mundial de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978), que pasó a ser un referente sustancial para las políticas de salud en el mundo, estableció algunos lineamientos relevantes al respecto, tales como: en el literal IV, la Declaración plantea que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”; en el literal VII, numeral 5, adiciona que “La atención primaria de salud exige y fomenta en grado máximo la auto responsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin, desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.”

Sin duda alguna, la Declaración de Alma Ata catapultó una serie de políticas, programas y experiencias de participación en salud, que se sucedieron en el mundo y particularmente en los países de nuestro continente, en cuya base estaba la asunción de que la participación comunitaria debía ser un componente fundamental de la organización de la atención a la salud. La participación pasaba a ser considerada como derecho y deber, y como necesaria en todo el proceso de gestión desde la planificación hasta el control de la atención de la salud.

Luego, en 1986 surge, como otro hito importante en la salud pública del mundo, la Carta de Ottawa de Promoción de la Salud, que plantea entre sus estrategias “el reforzamiento de la acción comunitaria”, entendida de la siguiente manera: “La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.

La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.”

Reforzando la idea inicial de la Atención Primaria de Salud (APS) de la Declaración de Alma Ata, la Carta de Ottawa avanza en la discusión de la participación al relacionarla explícitamente con el tema del poder. Es decir, la participación no debe ser entendida solamente como el involucramiento en alguna acción sanitaria o en la gestión de la atención, sino como el real ejercicio de poder, tanto del individuo como de la comunidad, sobre los procesos que están en juego en esa acción sanitaria y sobre los propios recursos para esa acción, recursos que provienen del propio individuo, de la

comunidad o del Estado. Esto sin duda, traslada el asunto de la participación en salud de la esfera meramente técnica, a una que tiene un carácter eminentemente político.

Además, es importante mencionar, como un referente de fundamental importancia, y que se espera que tenga una repercusión aún mayor que la Declaración de Alma Ata, lo que se menciona sobre participación en el *Informe Mundial de la Comisión de Determinantes Sociales* (CDSS) (OMS, 2008). Los resultados de la CDSS sobre los aspectos que determinan el perfil de salud y enfermedad de las poblaciones demuestran, en efecto, con claridad que las inequidades sociales constituyen el determinante sustancial de los problemas de salud.

Al respecto, entre las múltiples consideraciones que hace la comisión se mencionan los siguientes puntos:

“La desigualdad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. Las desigualdades son sistemáticas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a éstos.”

Para enfrentar estas desigualdades, la CDSS plantea tres principios de acción, de los cuales se destacan el siguiente: “Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local”. Y este principio de acción implicaría, según la CDSS: “Dar poder efectivo a todos los grupos de la sociedad mediante un sistema de representación justo en los procesos de toma de decisiones relativos al funcionamiento de la sociedad, en particular, en lo tocante a los efectos que éstas puedan tener en la equidad sanitaria, y crear y mantener un marco de participación social en la formulación de políticas.”

Desde la Declaración de Alma Ata sobre APS hasta el Informe de la CDSS, el tema de la participación en salud ha estado presente en las agendas de salud pública, tanto a

nivel internacional como nacional. Ha sido un proceso de elaboración teórica, con diversos niveles de implementación en los países que, en términos generales, ha evolucionado desde una concepción inicial mayormente instrumental y ligada a los servicios de atención a la salud, a un debate que hoy en día apunta a ampliar esta concepción de la participación a la esfera de lo político. Desde esta perspectiva, en la actualidad, se puede abordar la participación comunitaria desde diferentes enfoques los que se profundizarán más adelante.

### **3.6. Enfoques de la participación comunitaria en el momento actual**

#### **3.6.1. El enfoque neo-liberal.**

El enfoque neo-liberal o conservador, concibe la participación comunitaria en salud como un asunto de carácter técnico y administrativo, por lo cual asume que la participación de la comunidad debe colocar el énfasis en la ejecución y administración de los servicios de salud, contribuyendo al financiamiento de los mismos, participando en tareas administrativas, promoviendo supuestos mecanismos de auto-gestión.

Promueve el “voluntariado” y la “co-responsabilidad” entendida en el sentido de hacer responsable a la población de los problemas (culpabilizar a la víctima) de la comunidad con lo cual se logra mano de obra gratuita o a muy bajo costo.

El concepto de salud que maneja este enfoque la reduce a lo curativo, a la salud como enfermedad y como una responsabilidad individual. Este modelo de atención coloca el énfasis en lo curativo, individual y de predominio hospitalario. En este enfoque el saber aceptable es el saber médico–científico (racional – positivista – naturalista), con lo cual no cuestiona el poder ni el saber que encierra la racionalidad técnica dominante.

La participación de la comunidad en los organismos sanitarios de decisión no va más allá de opiniones o recomendaciones, y la representación comunitaria es minoritaria y/o simbólica. La relación con el Estado es subordinada o dependiente. Asume que lo público es del Estado, a través del gobierno de turno.

### **3.6.2. El enfoque reformista**

En la segunda perspectiva de participación ciudadana en salud, que denominamos propuesta reformista, impulsada por sectores o gobiernos liberales o socialdemócratas, apoyados por organismos internacionales (Organización Panamericana de la Salud, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Banco Interamericano de Desarrollo), encontramos algunas características comunes: el lenguaje y términos utilizados enfatizan la propuesta del desarrollo humano y/o sustentable, la necesidad de la inversión en capital humano y en capital social, así como el necesario fortalecimiento de la democracia.

Este enfoque coloca el énfasis de la participación de la comunidad en actividades de prevención de enfermedades, rehabilitación de los enfermos. Así, la comunidad debe participar en campañas de vacunación, recuperación o mantenimiento de establecimientos de salud, educación en salud, apoyo en labores de saneamiento ambiental, o búsqueda de financiamiento para el funcionamiento de servicios o centros asistenciales de salud. Vincula la participación comunitaria a la descentralización; coloca a los actores institucionales (gobierno central, estatal o municipal) en el centro y protagonismo de los proyectos comunitarios.

Este enfoque se enmarca en una propuesta de reforma del Estado acompañada de una mayor eficacia del gasto público; plantea que la política social del Estado debe estar destinada a aliviar los efectos regresivos de las políticas macroeconómicas, por lo que se debe focalizar el gasto público en los sectores más pobres y en poblaciones de alto riesgo; cuestiona el modelo neo-liberal, pero no va más allá de formular propuestas como la de “capitalismo con rostro humano”, “combinar Estado y mercado con justicia social”, o “armonizar los intereses del Estado, el mercado y las diferentes comunidades”. Llega hasta plantear un “nuevo contrato social en salud” fundamentado en “la planificación local participativa” como instrumento que promueve la articulación

social para impulsar el desarrollo económico con equidad, la participación social y la “gobernabilidad en democracia”, todo ello restringido a los espacios locales.

### **3.6.3. El enfoque social, alternativo o progresista**

Asume la concepción de salud como derecho social, derecho humano, y responsabilidad del estado, considerando la salud como un bien público; conceptualizando la salud como calidad de vida y bienestar colectivo, con una visión holística, integral, con énfasis en la promoción de la salud y de la vida, considerando los aspectos social, histórico, político y cultural del proceso salud-enfermedad. Reivindica el saber popular sin despreciar el saber científico, caracterizando esta relación como un “encuentro de saberes”.

A la participación comunitaria le asigna un carácter político, dirigido a lograr la democratización-redistribución del poder; promueve la provisión pública de los bienes públicos, regida por los principios de universalidad y gratuidad, impulsando una política anti-privatizadora; concibe la participación de la comunidad en las funciones de formulación de políticas, planificación, supervisión, control y evaluación; propone la democratización del saber, incorporando y reconociendo el saber popular; plantea como mecanismo de **participación la rendición de cuentas, la revocatoria del mandato, la contraloría social, la asamblea de ciudadanos**, cuyas decisiones tengan carácter vinculante; se plantea una relación con el estado que no comprometa la autonomía del movimiento comunitario, que no permita la cooptación y la dependencia respecto al aparato gubernamental ni con los partidos políticos, aunque no asume una posición anti-política (Harnecker, 2003).

Por el contrario se plantea la re-significación de la política y el ejercicio democrático, público, de la política; asume que lo público es de la gente, y que su objetivo es la consecución de la democracia participativa y protagónica real; se plantea la ciudadanía, como efectivización de los derechos sociales, además de los civiles y políticos (Valla, 1999).

#### **4. Mecanismo de participación comunitaria**

Se considera participación social a "los procesos sociales a través de los cuales los grupos, las organizaciones, las instituciones o los diferentes sectores (todos los actores sociales, incluida la comunidad), intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines, y se unen en una sólida alianza para diseñar, poner en práctica y evaluar las soluciones".

La participación comunitaria no es la distribución de tareas a la comunidad, tareas que son decididas por los profesionales de la salud, sino las actividades que los individuos de la comunidad despliegan en función de sus intereses colectivos de salud y en el encargo de su bienestar. Dicho de otra forma, participar significa, "que la gente intervenga estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas<sup>29</sup>".

Algunos de los mecanismo de participación identificados en las propuestas políticas del Ministerio de Salud en El Salvador se encuentran<sup>30</sup>: espacios de coordinación intersectorial, caracterizándose dichos espacios, por la participación de representantes de instituciones y organizaciones comunitarias o sociales, con voz y voto, además promueve la formación de comités Consultivos y mecanismos de consulta pública, con la participación activa de representantes de los espacios de coordinación intersectorial, tomando en cuenta los aportes de los sectores y comunidades vinculados por estas medidas, y de la población en general, logrando la consulta, coordinación, seguimiento y evaluación con participación a las organizaciones sociales en salud, en los diferentes niveles.

---

<sup>29</sup> Sanabria Ramos G. Participación social y comunitaria: reflexiones. Rev Cubana Salud Pública. 2001;Jul-Dic 27(2): 89-95. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27\\_2\\_01/spu02201.htm#cargo](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_2_01/spu02201.htm#cargo) consultado en 26 de enero de 2017.

<sup>30</sup> MINSAL, Política Nacional de Participación Social en Salud, Diario Oficial número 235, Tomo N°397, San Salvador, El Salvador, viernes 14 de diciembre de 2012.



## **5. Actores sociales que promueven la participación comunitaria.**

Sin duda alguna la reflexión sobre la importancia y la relevancia que para el poder popular representan los mecanismos de participación comunitaria, ha contribuido a repensar en la esencia y los objetivos que persiguen los procesos de participación comunitaria. De esa reflexión han surgido dos grandes temas de reflexión. En primer lugar, encontramos a todos aquellos que se han centrado en por qué los políticos e instituciones deberían impulsar experiencias de participación comunitaria. Es decir, en el debate normativo sobre la necesidad, las bondades o los problemas de estos procesos de participación.

En síntesis, estos trabajos apuntan a tres grandes argumentos<sup>31</sup>: la participación como respuesta a la crisis de legitimidad de la democracia representativa (Norris, 1999; Pharr y Putnam, 2000); la participación como estrategia de mejora del rendimiento de las políticas públicas en un contexto de complejidad e incertidumbre (Stewart, 1995; Stoker, 2000; Goss, 2001; Kooiman, 2003); y, finalmente, la participación como componente necesario de la democracia (Barber, 1984) y la creación de capital social como ingrediente básico para el buen funcionamiento de los sistemas políticos democráticos (Putnam, 1993).

El segundo tema más tratado ha sido el cómo organizar la participación ciudadana en la toma de decisiones: la descripción o el debate sobre las metodologías más apropiadas, los criterios con que analizar el buen o mal funcionamiento de las experiencias, o los diversos tipos de consecuencias que pueden tener han sido algunos de los temas tratados para procesos tan diversos como referendos, consejos consultivos, jurados ciudadanos, encuestas deliberativas, etc. (Cunill, 1997; Fishkin, 1995; Font, 2001).

---

<sup>31</sup> Font, Joan, Blanco, Ismael, ¿Qué hay detrás de la oferta de participación? El rol de los factores instrumentales e ideológicos en los mecanismos españoles de participación, Revista del CLAD Reforma y Democracia [en línea] 2005, (Febrero-Sin mes) : [Fecha de consulta: 26 de enero de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357533663007>> ISSN 1315-2378

Considerando los planteamientos anteriores, los procesos participativos en cualquier nivel de acción, llámese nivel nacional, regional, departamental, municipal o local, supone compartir el ejercicio del poder con las personas organizadas y no organizadas.

Por otro lado es menester reconocer que en los diferentes niveles de acción arriba planteados algunas instituciones, organizaciones u organismos desarrollan procesos participativos con perspectivas claras de fomentar la participación significativa, mientras otros se limitan a fomentar un tipo de participación manipulada, y por el otro lado se encuentran algunos actores o sectores sociales que pasan por alto el reconocimiento de las comunidades como sujetas de transformación social.

Para afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud, los trabajadores sanitarios y los ministerios de salud deben asumir su responsabilidad con el pueblo, estableciendo garantías sociales para asegurar que sean cubiertas las necesidades básicas de todas las personas. Reconociendo que un cambio social progresista sólo llega a través de una demanda organizada, que se acompaña de una participación popular fuerte<sup>32</sup>

La participación social es el principal medio para involucrar a los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, la definición de las prioridades y en los procesos que faciliten la rendición de cuentas.

Desde el ámbito individual la gente debe ser capaz de tomar decisiones en forma libre e informada con miras al mejoramiento de su salud y de su familia<sup>33</sup>. Sin embargo es importante reconocer que la participación comunitaria se sustenta y se fortalece

---

<sup>32</sup> Werner, David y Sanders David, Cuestionando la solución Las Políticas de APS y supervivencia infantil. Cap. 5. 2000.

<sup>33</sup> OPS/OMS. Renovación de la APS en las Américas, Borrador para discusión, 2005.

cuando las personas reconocen su realidad, son conscientes de la misma, y sobre todo cuando conciben la comunidad como un proyecto colectivo.<sup>34</sup>

## **6. Participación Social en Salud en El Salvador**

### **6.1. Bases de la Participación Social en Salud**

La Región de las Américas ha experimentado transformaciones profundas en su democracia, derivado de las expresiones de movimientos políticos, que han generado el establecimiento de espacios sociales para llevar a la práctica el ejercicio de la ciudadanía, construir su propio futuro<sup>35</sup>, y tener como resultado cambios en la forma y contenido de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, así como en las acostumbradas relaciones entre las personas, desde el nivel nacional hasta el plano local.

Con el paso de los años y la evolución de la democracia, en la década de los cincuenta, algunos aspectos de las políticas de Estado empezaron a ser cuestionados, por ejemplo, que todas las decisiones relacionadas con el desarrollo económico y social correspondían sólo al Estado, y que para alcanzar una mejor calidad de vida era necesario que el Estado otorgara protección y que los grupos humanos vulnerables se integraran a la sociedad en las que vivían.

Las restricciones económicas y los cambios crecientes de la democracia en la región de las Américas, permitieron a partir de la década de los ochenta, un viraje del contenido de las políticas de Estado, pasando de los enfoques tradicionales (integracionista, asimilacionista y paternal) a nuevos enfoques que promueven el

---

<sup>34</sup> ABREGO, M.A.D.; LÓPEZ, D.M.; FIALLOS, E.E.; BAATZ, C. • La construcción del sistema comunitario de salud de Guarjila: sistematización de una experiencia de Atención Primaria de Salud Integral en El Salvador durante el período 1987-2007, Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 414-420, jul./set. 2012

<sup>35</sup> De Roux, G. Pedersen, D. Pons y Pracilio H. Participación social y sistemas locales de salud. Washington D.C. 1998. Serie Desarrollo de Servicios de Salud 35

respeto y la garantía de los derechos humanos y las libertades fundamentales<sup>36</sup>, que asume que los individuos pueden hablar por sí mismos, que son poseedores de derechos, tienen la facultad de participar en el proceso de toma de decisiones que los afecte y que las organizaciones públicas deben ser garantes de dichos derechos responsabilizándolos por su compromiso<sup>37</sup>.

Estos cambios políticos y sociales, permiten entender hoy en día, los grandes progresos en el reconocimiento de los derechos ciudadanos, el establecimiento de gobiernos más comprometidos con las demandas de amplios sectores de la población y el desarrollo de formas más participativas de descentralización en la toma de decisiones y del ejercicio del poder, llevando la política fuera de las instituciones y a lo interno de los conjuntos sociales.

En el campo específico del sector salud, la participación social ha sido parte del contenido de las recomendaciones y compromisos internacionales que han suscritos los países de Las Américas, entre estos El Salvador, y que a su vez forman parte de los componentes estratégicos de los diversos enfoques integrales en salud que han sido expresados de manera secuencial a partir del decenio de los cincuenta, a través de la Carta de Punta del Este, el Plan Decenal de Salud para el decenio de los sesenta, la estrategia de Atención Primaria en Salud en los setenta ( OPS/OMS: Salud para todos en el año 2000), los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y la Promoción de la Salud en los ochenta (Ottawa 1986); de igual manera, la participación social es uno de los puntos básicos de los procesos de modernización y reforma de la gestión pública y de los sistemas de salud en la región, que persiguen alcanzar mejores niveles de eficiencia, equidad, acceso y calidad de los servicios de salud brindados a la población<sup>38</sup>.

---

<sup>36</sup> PDDH. Fundamentos del proceso de reforma del sector salud en El Salvador. Mesa permanente sobre el Derecho Humano a la Salud. El Salvador. 2004

<sup>37</sup> OIT. Guía para la aplicación del Convenio Internacional 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra.1996.

<sup>38</sup> Oleaga, J.I. y Esteban de Manuel Keenoy. Análisis de los Sistemas Sanitarios. Curso de Diseño de

En la comprensión de la participación social en salud, se observan tendencias conceptuales y prácticas extremas en Las Américas, que podrían resumirse desde la de una simple colaboración de la comunidad en actividades sanitarias puntuales, considerada por unos como un modelo manipulativo, en el sentido de que tratan que la comunidad colabore en actividades en las que no tuvo nada que ver cuando se decidió iniciarlas; hasta aquella que se integra al proceso de diagnóstico, programación, implantación, evaluación, es decir aquella donde el conjunto social participa en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención en salud<sup>39</sup>.

Este tipo de participación ha sido valorado como exitoso, positivo y de resultados satisfactorios; a nivel de Las Américas estas experiencias existen a escala limitada, porque muy pocas veces en el sector salud la participación ha sido definida y puesta en práctica como la participación en las decisiones sobre políticas, prioridades y servicios de salud. No obstante lo anterior, existe un amplio consenso en conceptualizar la participación social en salud como un proceso inherente a la salud y al desarrollo, a través de los cuales todos los grupos sociales en todos y en cada uno de los niveles de decisión, intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud y otros afines, y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones, las cuales se negocian continuamente a medida que van cambiando las condiciones<sup>40</sup>.

De acuerdo a la noción anterior, la participación social incluye, pero no se limita a la participación comunitaria, la cual está referida a las acciones individuales y colectivas para promover la salud, prevenir o tratar la enfermedad y participar en los procesos de recuperación y rehabilitación de los enfermos. Por su parte, participación social

---

Planes de Gestión Estratégica en Atención Primaria. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España.. Pp. 3-4.

<sup>39</sup> A. Kroeger, R. Luna. Atención Primaria de Salud, principios y métodos. OPS/OMS, GTZ. 1992.

<sup>40</sup> OPS/HSD. La participación social. HSD/SILOS-3, OPS, Washington, D.C. 1990.

significa que todos los actores sociales de una comunidad, toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre necesidades y prioridades de cualquier problema que afecta a la comunidad, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes, adopción de medidas y evaluación de resultados<sup>41</sup>, sin que ello signifique un abandono de la responsabilidad directa del Estado.

Algunos países de Las Américas, con fines de operacionalizar otros conceptos de participación social, desde la perspectiva del sector salud, han diferenciado un nivel interno de participación y otro externo a las instituciones de salud, que describen<sup>42</sup>:

- El nivel externo, se refiere a los procesos sociales que surgen en la relación del sector salud con el conjunto social externo, o sea los usuarios y/o la población
- A nivel interno, la participación otorga un nuevo estilo de gestión, lo que unido al aporte de las disciplinas de la administración, se identifica como gestión participativa.

La experiencia ha demostrado que para imprimir un decidido impulso a la participación social es necesario también debatir, formular, implementar y evaluar estrategias de participación de los trabajadores de salud, con el fin de fortalecer su identidad con los establecimientos, el desarrollo organizacional y calidad de los servicios, así como su aporte a esta nueva concepción de salud.

Al profundizar en el análisis de la experiencia del sector salud en la región de las Américas, se ha encontrado que la participación social no se fundamenta solo en razones de tipo ético (tomar en cuenta a las personas afectadas) o político (de

---

<sup>41</sup> Anderg -Egg E. 1992. Reflexiones en torno a los métodos de trabajo social. México DF: Editorial El Ateneo; Linares C. 1996.

<sup>42</sup> Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. OPS/OMS. Washington. D.C.1999.

profundización de la democracia), sino que también obedece a una necesidad técnica del sector salud, puesto que ha contribuido efectivamente a:

- La mejoría de la calidad de la atención y el aumento en la satisfacción de usuarios y trabajadores de los servicios de salud, ya que la atención de salud se organiza considerando diversos aportes y opiniones, en especial la de los usuarios, permitiendo centrar mejor las acciones para responder a las necesidades, expectativas y problemas de la población.
- La movilización de recursos y construcción de redes locales, con el aporte de los diversos actores y sectores (sociales y técnicos), que reconocen su cuota de responsabilidad en el proceso de producir la salud, aportando sus recursos disponibles (materiales, humanos y financieros) y potenciando o reforzando entre sí sus diversas acciones en beneficio de la comunidad usuaria.
- La adecuación de programas y la generación de nuevos servicios que respondan a las necesidades de la población, debido a que se incorpora en los distintos momentos de la planificación y elaboración de programas y servicios de salud, la visión, opinión, expectativas y demandas de los diversos actores sociales, en especial, de los usuarios de los servicios.
- La promoción de la salud, proceso que requiere del compromiso de la comunidad usuaria de los servicios del sector, como actor fundamental para mejorar su situación de salud.

Las razones políticas, técnicas y éticas mencionadas anteriormente, hace que sea de interés fundamental el promover e institucionalizar la participación social, ya que permite transformar las relaciones de poder entre Estado y Sociedad Civil, y estimular el desarrollo de capacidades de decidir de los conjuntos sociales, particularmente de aquellos históricamente postergados.

En el caso de El Salvador, según plantea el documento Marco Conceptual de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI, 2002) la participación social puede ser de diferentes tipos:

1. Pasiva: cuando los usuarios ejecutan acciones a solicitud del personal de salud, sin intervenir en la toma de decisiones y en la implementación del Sistema.
2. Informativa: cuando se establece interacción entre usuario como informante y el entrevistador, sin embargo, el informante no tiene acceso sobre los usos que los establecimientos puedan darle a la información.
3. Consultiva: Consiste en proporcionar puntos de vista con respecto a un tema trabajado por los establecimientos de salud o agentes externos. El entrevistado ya sea usuario o no, no tiene incidencia alguna sobre las decisiones que pueda tomar la entidad responsable.
4. Negociada: Cuando el establecimiento de salud o el agente externo ofrece ciertos incentivos (materiales, sociales, capacitaciones) a cambio del trabajo del grupo beneficiado, sin que éstos últimos tengan incidencia directa en las decisiones de políticas, programas y servicios.
5. Interactiva: Cuando los grupos organizados se incluyen en la formulación, implementación y evaluación de políticas, programas y servicios. Implica procesos de enseñanza-aprendizaje sistemáticos.

Según la Propuesta de Reforma Integral de Salud (PRIS, 2000), la participación social en salud se conceptualiza como la relación estructurada entre la población y las instituciones de salud, espacio de derechos reconocidos y garantizados y de responsabilidades ciudadanas compartidas<sup>33</sup>. La misma deberá consolidarse en instancias institucionales y formas organizacionales que faciliten una cultura de



participación responsable, y sostenida de la sociedad en la definición de las necesidades de salud, las decisiones en torno a la planeación y provisión de los servicios y la evaluación de las fallas y avances de la orientación, organización y adecuación del sistema y sus servicios.

Esta participación social debe ser: informada, activa, consciente, voluntaria, responsable e integral; para que se cumplan estos requisitos, se deben impulsar programas y estrategias de educación y comunicación en salud para preparar a la comunidad e intercambiar información y conocimientos para su participación en el cuidado, promoción y mantenimiento de su salud.

En esta misma línea de pensamiento, la Comisión Especial de Participación Ciudadana de la CNSPRIS en el marco del debate del proceso de construcción de la propuesta de la Política de Participación Social en Salud en El Salvador, consensuó el siguiente concepto de participación social: “proceso de interacción, negociación y concertación entre la población y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, responsables y vinculadas con el estado de salud, a fin de garantizar el ejercicio del derecho a la misma”.

Sobre la base de estas propuestas, fue necesario trascender los conceptos tradicionales de participación social y de salud, abordando el concepto de salud de una manera más amplia y multidimensional priorizando el bienestar de la persona y su familia en su entorno biopsico-social, equilibrando la atención preventiva, detección de riesgos, la atención curativa y la rehabilitación, al trato respetuoso, cálido y humano, a la calidad de la atención, capacitación y mejora permanente del ámbito de trabajo del personal de salud y, primordialmente, a la equidad, la solidaridad y acceso a la atención a la salud.

## **7. Desarrollo de la participación social en Salud en El Salvador**

El Salvador desde la época de la conquista hasta finales de la década de los ochenta se caracterizó por tener esquemas de gobierno centralistas y autoritarios, con fuerte intervención estatal en las actividades económicas y sociales, que limitaron la distribución justa de la riqueza nacional y la democracia representativa y participativa; justamente estas acciones políticas desarticulaban las relaciones entre gobierno y la mayoría de los actores sociales, que instauró consecuentemente una cultura de participación marcada por el enfrentamiento, teniendo como resultado movimientos y resistencias sociales acumulativas de una manera sistemática (por ejemplo el levantamiento de los indios de Nonualcos en 1830), hasta llevar al país en la década de los ochenta a un conflicto armado que se prolongó por doce años, y que profundizó aún más y de manera negativa las condiciones de vida de la mayoría de los salvadoreños, específicamente de los grupos poblacionales del área rural y los segmentos poblacionales indígenas, obrero y campesino, quienes tienen pocas oportunidades de desarrollo económico y social<sup>43</sup>. Convirtiéndose estas, en las razones políticas y sociales de que no se cuente con marcos referenciales amplios que den cuenta a plenitud de la participación social en salud en el ámbito nacional.

Hoy en día, todavía los procesos de participación social sufren sistemáticamente el embate de obstáculos y resistencias en su desarrollo, pero los esfuerzos en el campo de la democratización están creando un marco objetivo de condiciones para concretar el ejercicio de los derechos ciudadanos en sus diferentes dimensiones: igualdad, expresión, religión, propiedad, sufragio universal y de acceso a bienes y servicios básicos (salud, educación, empleo, seguridad social, vivienda y otros que debe garantizar el Estado al conjunto de la sociedad salvadoreña).

---

<sup>43</sup> FUNDE/FUSAI. Compilación de materiales sobre desarrollo local en El Salvador. Política de desarrollo socio económico local y estrategia operativa. Septiembre de 1994. 79 p. GOES

En el sector salud, existe evidencia de que en el decenio de los sesenta - a partir de la creación de la División de Saneamiento Rural (1962), del Programa de Supervisión de Servicios de Agua Potable (1964), y de los Programas de Atención a Embarazadas y Niños (1965) - se empezó a aplicar el concepto de Desarrollo Comunitario o Promoción Rural, cuya finalidad fue organizar y movilizar a las comunidades para ir en busca de objetivos determinados, entre estos la introducción y aceptación de nuevas tecnologías para mejorar la salud y calidad de vida de la población. Dado al contexto sociopolítico de esa década, las restricciones económicas en el área social, en especial al sector salud y a la poca comprensión de lo que debería incluir la participación social, en el sector se percibió a esta como la organización de la comunidad, para suministrar trabajo o servicios voluntarios en apoyo a la ejecución de proyectos de salud, determinados a nivel institucional o gubernamental. Sin embargo, para finales de la década de los 60, era obvio que el método adoptado para el desarrollo de las comunidades no estaba produciendo los resultados esperados, debido al enorme incremento de la pobreza y de la exclusión social en las zonas rurales y urbanas.

De esta manera en la década de los años setenta se introducen nuevas estrategias para la organización comunitaria y el desarrollo completo e integral de las comunidades. En esa época no existía la garantía democrática del ejercicio de los derechos y deberes individuales y sociales de los salvadoreños. La Iglesia Católica en El Salvador, prioriza esfuerzos por unificar criterios, señalar metas y capacitar agentes comunitarios para apoyar el surgimiento y desarrollo de las Comunidades Eclesiales de Base (CEB's), con el objetivo de establecer y desarrollar una comunidad organizada alrededor de la Palabra de Dios, cuya acción fuera en dos direcciones: la lucha por la sobrevivencia y la lucha por la justicia (convocatoria, concientización y exigencia de derechos ciudadanos)<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> 3ª Carta Pastoral, Monseñor Oscar Romero dirigida a las Comunidades Eclesiales de Base en El Salvador. ADITAL. Octubre de 2003.

Producto de lo anterior, se desarrolló durante la década de los ochenta un conflicto armado que obligo la conformación de estructuras organizativas y sistemas populares de servicios básicos en algunos departamentos del país, específicamente en las áreas rurales, para hacer frente a los derechos vulnerados en el campo económico y social; estos espacios de participación fueron formalizados, y hoy en día forman parte del andamiaje estructural de diversas iniciativas de desarrollo económico y social local a nivel nacional.

En esta misma década el Ministerio de Salud, específicamente en 1972 establece el Programa de Ayudantes Rurales de Salud (ARS), que se caracterizaba por promover personas con liderazgo (elegidos y aceptados por la comunidad) para ayudar en aspectos concernientes a la salud y en la organización comunitaria<sup>35</sup>.

A partir de 1989, en torno a la temática y la apertura de espacios de participación social tanto en el sector gubernamental como desde la sociedad civil, se emprendieron acciones, entre las cuales se destacan las siguientes:

- En 1989, se crea en el Ministerio de Salud el Departamento de Salud Comunitaria, de tal manera que los ARS y los ACS son capacitados y se incorporan a la estructura institucional y operativa denominada Promotores Rurales de Salud (PRS), con el objetivo de extender la cobertura de servicios de atención primaria en salud y fortalecer la participación social en salud.
- En 1989, se implementa la Estrategia de Programación Local Participativa, con el objetivo de provocar un acercamiento entre trabajadores de la salud y comunidad para caracterizar la demanda a través de una ficha familiar y un mapa de riesgo (en términos demográficos, sociales, económicos y sanitarios) y poder definir conjuntamente la oferta de servicios de salud (en términos de acceso y cobertura), desde la perspectiva de los trabajadores de la salud (participación interna) y la comunidad (participación externa).

- Después de la firma de los Acuerdos de Paz (1992), el Ministerio de Salud determina la necesidad de hacer una desconcentración de los recursos, a través de una táctica operacional denominada Sistemas Locales de Salud (SILOS), con el objetivo de transformar a estos, en estructuras más sensibles a las necesidades de la población y favorecer a su vez el desarrollo de nuevas formas de acción sanitaria, con una efectiva representación y participación de la comunidad.
  
- A partir de 1992, en la etapa de reconstrucción del país, se inicia en el país una mayor presencia en el sector salud, de Organizaciones No Gubernamentales<sup>45</sup>, (ONG´s), con el propósito de mejorar el acceso y la extensión de cobertura en salud en poblaciones vulnerables del área rural, en condiciones de pobreza, con riesgo nutricional y que fueron afectadas por la guerra.
  
- En 1996, el Gobierno de El Salvador propuso el Plan de Modernización del Sector Salud, con el objetivo de cumplir con las políticas de salud de adoptar la departamentalización como estrategia administrativa del MSPAS, fortalecer el desarrollo de la Atención Primaria de Salud y participar en la búsqueda del bienestar social de la familia y comunidades más desprotegidas a través de la coordinación intersectorial y la participación comunitaria<sup>46</sup>.
  
- Desde 1994 hasta 1999 proliferaron múltiples esfuerzos institucionales, para hacer iniciativas y propuestas de reforma<sup>47</sup> del sector salud, los puntos de coincidencia de estos, es que contemplan como contenidos esenciales la evolución hacia modelos de salud democráticos y participativos propios de

---

<sup>45</sup> Thornton, Body y Brooks. Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. San Salvador. Noviembre de 1994.

<sup>46</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Plan Nacional de Salud 1994-1999, Gobierno de El Salvador. San Salvador. Octubre 1994

<sup>47</sup> OPS/OMS. Perfil del sistema de servicios de salud. Serie 13: Aportes para la Reforma del Sector Salud en El Salvador. Publicado en El Salvador. Junio 2001.

sociedades pluralistas, que permiten una redefinición de las relaciones entre el estado y la sociedad civil, que fortalezcan los procesos de descentralización efectiva del poder hacia los ámbitos locales y abrir espacios y mecanismos de consulta y participación directa de los ciudadanos en los asuntos concernientes a su propia salud.

- En este período, algunas iniciativas y propuestas de reforma de salud se impulsan por parte del Colegio Médico de El Salvador (CMES) producto del conflicto creado entre el mismo con el Gobierno (MSPAS e ISSS) ante la búsqueda de una nueva manera de construir la salud del pueblo acorde con su cultura, marco constitucional y legal, características demográficas y epidemiológicas, socioeconómicas, entre otras (1998-1999). Las propuestas - políticas de salud y reforma del sector- fueron formuladas por el CMES y sus filiales, SIMETRISSS y los médicos organizados del MSPAS y consultadas participativamente de manera amplia con diferentes sectores de la sociedad. Las mismas, servirían de insumo para la formulación de la Propuesta de Reforma Integral de Salud y posteriormente a la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud.
- El Programa de Gobierno (1999-2004), mantuvo en su propuesta el desarrollo de un plan de modernización y de reforma del sector salud. En este sentido, planteó la necesidad de impulsar la constitución de una Nueva Alianza entre los salvadoreños, orientada a lograr que todas las personas, familias y comunidades se responsabilizaran en la búsqueda de su bienestar y progreso para lograr una estabilidad económica y social.
- En 1999 se conformó el Consejo de Reforma del Sector Salud (CRSS), quien formuló en base a las propuestas de diversos sectores sociales del país, un documento de consenso denominado Propuesta de Reforma Integral de Salud (PRIS), en cuyos lineamientos generales se plantea institucionalizar la

participación social como eje transversal<sup>48</sup> del sistema de salud, que responda al principio de democracia y que por tanto, la participación social deberá concretar una auditoría y una contraloría social que faciliten el cumplimiento de los objetivos de la reforma y consecuentemente un espacio de derechos reconocidos.

- El MSPAS en el 2000, estableció como uno de sus fines principales, el promover e incentivar mecanismos para la participación de actores de la sociedad, en las diferentes fases del proceso de desarrollo de la salud, fomentando la corresponsabilidad entre Gobierno y Ciudadanía. Como muestra del avance en este trabajo, en septiembre del año 2001, mediante una Resolución Ministerial, se determinó una nueva estructura orgánica, administrativa y funcional denominada Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI)<sup>49</sup>, considerados como la unidad operativa descentralizada de los servicios de salud; en el 2003 se determinó que en estas estructuras, existen algunas experiencias que demuestran diferentes niveles de avance en la integración Gobierno y Ciudadanía.
- El MSPAS, en 2005, estableció el “Plan de Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, FESP”, en el cual se incorporaba una visión intersectorial, diseñado estratégicamente para que la salud se construyera con participación activa, consciente, oportuna y proactiva de los diferentes actores sociales.

La FESP No. 4, Participación de los ciudadanos en la salud, incluye tres indicadores: fortalecimiento del poder de los ciudadanos en materia de salud

---

<sup>48</sup> OMS/OPS Perfil del sistema de servicios de salud. Serie 13: Aportes para la Reforma del Sector Salud en El Salvador. Publicado en El Salvador. Junio 2001.

<sup>49</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. Marco Conceptual y Operativo para el desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), julio 2000. San Salvador.

pública, fortalecimiento de la participación social en la salud y asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer la participación social.

- En diciembre de 2005, el MSPAS diseñó el “Manual de Participación Social en Salud”, con el fin de proveer al personal del sector salud de los elementos esenciales para orientar las acciones de implementación, desarrollo, fortalecimiento, monitoreo y funcionamiento de la participación social y comunitaria. Dicho manual se planteaba como objetivo fortalecer el proceso de participación social en apoyo a la atención integral en salud y en el mismo definía, entre otros, el perfil, funciones y niveles de responsabilidades de los actores, los mecanismos de coordinación, y los mecanismos e instrumentos de monitoreo, supervisión y evaluación de la participación social.
- En marzo de 2007, la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud, planteaba que para el logro de los tres objetivos estratégicos de una reforma (Ampliar la cobertura de los servicios de salud, Mejorar la calidad de la atención y de los servicios de salud y Garantizar la equidad en la atención y el acceso a la salud) sería necesario desarrollar, entre otros, mecanismos encaminados a promover la participación social en salud. Asimismo, proponía que una política de participación social incorporara el derecho a la salud como un derecho humano reconocido, cuya satisfacción se encaminara hacia el logro del bienestar y un nivel de vida digno para todos los habitantes de la República. Aquella comisión, finalizaba presentando una propuesta de política nacional de participación social en salud.

Pese a los esfuerzos nacionales por institucionalizar la temática y los espacios de participación social, el análisis del sector salud (2000) realizado por el Consejo de Reforma en Sector Salud (CRSS), señala que el sistema de salud responde en términos generales, a un modelo centralista, que se distingue por ser excluyente y restrictor del ejercicio democrático en la toma de las decisiones por parte de los trabajadores de salud y de la población, que limita el control de los recursos, que



traslada excesivo poder a los funcionarios y que fomentan condiciones para la baja cobertura, limitada calidad y eficiencia del sistema.

Un estudio realizado en el año 2004 sobre percepción de la participación social y contraloría social en la gestión en salud<sup>50</sup>, concluye que no hay descentralización de la toma de decisiones en los SIBASI; que la participación se caracteriza como pasiva, o sea la población solo es receptora de servicios; que existe un alto porcentaje de organización comunitaria en salud sin vinculación a los SIBASI, y que la ciudadanía no participa en la toma de decisiones en aspectos relacionados a la gestión de los recursos públicos; este resultado es coincidente con otro estudio (2004)<sup>51</sup> que refiere, que las instancias denominadas comités de gestión de los SIBASI están conformados exclusivamente por recursos del MSPAS, y que no existe una participación ciudadana en ese seno.

En noviembre de 2005, el MSPAS promovió el “Plan de Desarrollo de las Funciones esenciales de Salud Pública”, en el que se planteaba que de acuerdo con la evaluación recientemente aplicada, la mayor debilidad en cuanto a la participación de los ciudadanos en la salud<sup>52</sup>. Posteriormente en su esfuerzo por fomentar la participación comunitaria en el territorio; en el año 2009, formulo y aprobó la Política Nacional de Participación Social en Salud, desarrollado con la finalidad de orientar efectivamente los esfuerzos dirigidos al fortalecimiento de los mecanismos de participación social para contribuir a la protección, mantenimiento y mejoramiento de la salud de los habitantes de El Salvador<sup>53</sup>.

Para tal efecto, las instituciones miembros del Sistema Nacional de Salud han tenido a bien considerar de manera seria y responsable, los aportes que en otros momentos

---

<sup>50</sup> Fundación Maquilishuat , La participación y la contraloría social en la gestión pública de salud. El Salvador. Noviembre 2004.

<sup>51</sup>Acción para la Salud en El Salvador, APSAL Investigación de los Sistemas Básicos de Salud Integral. SIBASI en El Salvador Mayo de 2002.

<sup>52</sup> MSPAS. FESP No. 4. Plan de Desarrollo de las FESP. San Salvador, El Salvador, noviembre 2005.

<sup>53</sup> Sistema Nacional de Salud. Política Nacional de Participación en salud. San Salvador.2009.

la sociedad salvadoreña ha venido construyendo sobre la base de la discusión amplia con diversos actores vinculados directa e indirectamente con la salud de los salvadoreños. Algunos de los principales aportes revisados y actualizados lo constituyen los productos generados por el Consejo de Reforma del Sector Salud, quienes en 2000 dejaron establecida la importancia de la institucionalización de la participación social como un eje transversal del sistema nacional de salud; más tarde, la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud, planteaba como uno de los mecanismos para alcanzar los objetivos estratégicos del SNS, promover la participación social como elemento indispensable de la Política Nacional de Salud.

La política en referencia establece como reto nacional en materia de salud, el implementar la participación social y la considera, al mismo tiempo, como uno de sus ejes transversales, destacándola como una de las políticas específicas que el SNS deberá implementar.

Dicha reforma consigna como un eje fundamental para su ejecución y desarrollo, la participación social y comunitaria para el logro y consumación de este eje, la Política Nacional de Salud consigna la estrategia número 4 “Participación Social y Comunitaria”<sup>54</sup>, que refiere la creación de estructuras y procedimientos de participación comunitaria en atención Primaria de Salud en todos los niveles del sistema. Sin duda que la estrategia de APS está llamada a ser un pilar fundamental en la inspiración del proceso de reforma de salud.

Dicha reforma propicia la oportunidad para el surgimiento del Foro Nacional de Salud (FNS) como un espacio para promover, impulsar y direccionar condiciones para que estratos comunitarios y organizaciones de la sociedad civil participen en la definición, propuesta y acompañamiento en la ejecución de políticas públicas en el área de salud.

---

<sup>54</sup> MINSAL. Política Nacional de Salud Construyendo la Esperanza Estrategias y Recomendaciones en Salud 2009-2014. Editorial Ministerio de Salud de El Salvador. Octubre 2009.

El Foro Nacional de Salud, asimismo, constituye un camino para que se ejerza contraloría social en temáticas vinculadas con la salud, fundamentalmente a la luz de los ejes de medición siguientes: a) calidad de los servicios de salud; b) calidez con la que se reciben; y c) niveles de abastecimiento.

El FNS, se presenta como instancia autónoma e independiente lo que le permite servir de enlace entre la esfera institucional pública, organizaciones sociales y estructuras comunitarias del país, en procura de generar las condiciones, mecanismos e instrumentos que viabilicen y potencialicen la consumación de mejores servicios de salud, fundamentados en la APS y en el abordaje de sus determinantes<sup>55</sup>. Tomando como uno de sus principales ejes estratégicos la priorización del análisis de determinantes sociales tomándolos como pilar fundamental del trabajo por la defensa del derecho humano a la salud.

---

<sup>55</sup> Foro Nacional de Salud. Estrategia de Sostenibilidad y Continuidad. Año 2012. Volumen 1 pag. 5

## **IV. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Tipo de estudio**

El estudio desarrollado fue de tipo descriptivo, ya que no se estableció relación de asociación, y de corte transversal, ya que se delimitó en un tiempo definido (noviembre 2016-marzo 2017) y con enfoque cualitativo, porque permitió recolectar las opiniones de los sujetos de investigación, para proceder luego a su interpretación y análisis.

### **Grupo poblacional.**

Los grupos de estudio fueron líderes y lideresas de 3 comunidades; Sinaí, Arca de Noé, y La paz, del municipio de Cuscatancingo, y promotores de salud pertenecientes a MINSAL.

### **Grupos seleccionado:**

El grupo seleccionado fue de 10 representantes de las 3 comunidades organizadas de la zona norte del municipio de Cuscatancingo, dentro de los que se encuentran 10 líderes y lideresas, 5 promotores de salud que intervienen el municipio y que tiene relación con la promoción de la organización y participación comunitaria.

### **Unidad de análisis:**

Líderes y lideresas de las comunidades Sinaí, Arca de Noé, y La paz y promotores de salud pertenecientes al MINSAL que intervienen el municipio de Cuscatancingo.

## Criterios de inclusión:

Perfil de informantes, líderes y lideresas de las comunidades Sinaí, Arca de Noé, y La paz

Atribuciones	Criterios
Edad	Mayor de dieciocho años
Ocupación	Trabajadores formales e informales
Nivel académico	Indiferente
Tiempo de residencia en la comunidad	Más de 5 años
Experiencia organizativa	Que pertenezcan alguna de las comunidades estudiadas (Arca de Noe, La Paz, SINAI). Que pertenezcan o haya pertenecido a un grupo organizado de la comunidad.

Perfil de informantes, trabajadores de salud de MINSAL que intervienen el municipio de Cuscatacingo.

Atribuciones	Criterios
Edad	Mayor de dieciocho años
Ocupación	Técnico o promotor de salud, u otro personal de salud.
Nivel académico	Indiferente
Tiempo de trabajar en la organización o institución.	No menor de un año.
Experiencia.	Con conocimientos de la realidad de la comunidad. Que sean trabajadores de salud que laboren en el Ministerio de Salud .

## Criterios de exclusión.

Atribuciones	Criterios
Procedencia	Que no pertenezcan alguna de las comunidades estudiadas (Arca de Noe, La Paz, SINAI).
Situación laboral	Que no labore en el Ministerio de Salud
Edad	Que sea menor de 18 años.
Periodo de residencia en la comunidad	Que habite en la comunidad por menos de 5 años.
Organización comunitaria	Que no integre una expresión organizativa de la comunidad.

### Matriz de operacionalización de descriptores.

Componente	Descriptor	Sub descriptor	Fuente	técnica
Mecanismos de participación comunitaria en salud	Formas de participación comunitaria en salud desarrollados por la población.	Participación comunitaria en: asambleas comunitarias, foros, consultas mediante encuestas, rendición de cuentas, contraloría social.	Líderes comunitarios Representantes de organizaciones que actúan en la participación comunitaria en salud. Personal de salud.	Entrevista
Proyectos en salud que apoyen la participación comunitaria.	Proyectos en salud que apoyen la participación comunitaria.	Características de proyectos que facilitan la participación comunitaria en salud. Opinión de la población hacia los proyectos que facilitan la participación comunitaria en salud.  Proyectos que facilitan la participación comunitaria en salud.  Beneficios y limitantes de los proyectos que facilitan la participación comunitaria en salud	Líderes comunitarios Representantes de organizaciones que actúan en la participación comunitaria en salud.	Entrevista
Actores sociales que promueven la participación comunitaria	Actores sociales que promueven la participación comunitaria	Instituciones que promueven la participación comunitaria en salud. Organizaciones que promueven la participación comunitaria en salud. Personas que promueven la participación comunitaria en salud.	Líderes comunitarios Representantes de organizaciones que actúan en la participación comunitaria en salud.	Entrevista

## **Técnicas de recolección de la información.**

### **Revisión documental:**

Dado que fue una investigación que permitió una aproximación de los procesos históricos, y sus intersecciones dentro de estructuras sociales, la investigación documental fue fundamental para comprender, o al menos para tener una comprensión más certera de la realidad.

### **Entrevista a profundidad.**

Se utilizó la técnica para conocer la situación de las personas, permitiendo la posibilidad de aclarar preguntas, orientar la investigación y resolver las dificultades que puede encontrar la persona entrevistada.

Su ventaja esencial residió en que fueron los mismos actores sociales quienes proporcionaran los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes, expectativas, etc., cosas que por su misma naturaleza es casi imposible observar desde fuera.

Se aplicaron entrevistas no estructuradas a informantes claves; líderes y lideresas de la Comunidad, y a otros actores sociales que por la naturaleza de su trabajo tienen relación con la dinámica de la comunidad, entre estos, así mismo se entrevistó a personal de salud, de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar y del SIBASI a quienes les corresponde intervenir el municipio de Cuscatancingo.

Como parte del procedimiento en la realización de las entrevistas, se les solicitó a las personas entrevistadas el consentimiento para grabar la conversación.

### **Procedimiento utilizado para la recolección de la información.**

Se validaron las guías de las que se obtuvo la información necesaria para el estudio a través de visitas domiciliarias donde se realizaron entrevistas a las personas que cumplieron con los criterios de inclusión, previo consentimiento informado. Además se obtuvo la información bibliográfica necesaria a través de revisión bibliográfica.

### **Procedimiento para el análisis de la información.**

Posterior a la recolección de la información se procedió a la identificación y el ordenamiento de ideas por categoría o criterios de síntesis, luego se crearon matrices de vaciado de datos según las categorías propuestos.



## V. RESULTADOS

### MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

Matriz 1. Opinión de los líderes sobre la participación comunitaria que promueven las organizaciones de las cuales forman parte. (Foro Nacional de Salud, Comité de Salud).

Líderes y lideresas comunitarios	
Criterios de síntesis	Respuesta
Acceso a servicios de salud	<i>“Es buena para poder aprovechar los programas de salud que proporciona el gobierno en las comunidades” (1).</i>
	<i>“Muy bueno porque es importante tener brigadas de salud en las comunidades” (1)</i>
	<i>“Hace coordinaciones para atención en salud” (1).</i>
Derecho a la salud.	<i>“Excelente participación comunitaria por que nosotras las personas no estudiadas, tenemos derecho de tener reconocimiento de salud.” (1)</i>
	<i>“Muy bueno porque estas organizaciones (FNS) promueven la participación ciudadana con líderes comunitarios dando a conocer los derechos como ciudadanos en las unidades y los hospitales” (1).</i>
Espacios de participación	<i>“Es importante, ya que estas organizaciones dan espacios para que las comunidades participen por beneficios y conocimientos” (1).</i>
Organización y participación comunitaria.	<i>“Colabora con el desarrollo, por las actividades que se hacen y nos organizan bien” (1).</i>
	<i>“Muy bueno porque es parte de la salud participar en las organizaciones” (Foro Nacional de Salud), (1).</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas.

Los líderes y lideresas opinan que con la participación comunitaria que promueven las organizaciones a las cuales pertenecen se favorece al acceso a servicios de salud, así como el reconocimiento del derecho a la salud de la población.

Por otro lado reconocen que a través de las diferentes organizaciones se generan espacios de participación a través de la organización de grupos comunitarios.

*“Muy bueno porque estas organizaciones (FNS) promueven la participación ciudadana con líderes comunitarios dando a conocer los derechos como ciudadanos en las unidades y los hospitales”*

**Matriz 2. Opinión de los trabajadores de la salud sobre la participación comunitaria que promueve la institución de la cual forman parte (MINSAL).**

Trabajadores de la salud	
Criterio de síntesis	Respuestas
Organización comunitaria.	<i>“Se hace el mejor esfuerzo para organizar a las comunidades a pesar de las deficiencias”</i> (humanas y materiales) (1)
	<i>“Se hace el mejor esfuerzo para organizar a las comunidades a pesar de la violencia”.</i> (1)
Importancia.	<i>“Es importante porque se toman en cuenta a los líderes y lideresas”.</i> (1)
	<i>“Bastante aceptable y de suma relevancia”.</i> (1)
Fomento de la organización.	<i>“Se forman comités de salud que colaboran en acciones de salud en la comunidad”.</i> (1)

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas.

La opinión de los trabajadores de la salud en relación a la participación que promueve la institución (MINSAL) de la cual forman parte, la consideran importante y de suma relevancia porque se toma en cuenta a los líderes y lideresas, *“Es importante porque se toman en cuenta a los líderes y lideresas”.*

También consideran que a pesar de las limitantes y el riesgo que representa la violencia, se promueve la organización de las comunidades que colaboran en acciones de salud, *“Se hace el mejor esfuerzo para organizar a las comunidades a pesar de la violencia”.*

**Tabla 1. Mecanismos que líderes y lideresas reconocen mediante los cuales se promueve la participación comunitaria.**

<b>Líderes y lideresas comunitarios.</b>	
<b>Mecanismos</b>	<b>Frecuencia de respuestas</b>
Asambleas comunitarias.	4
Reuniones de expresiones organizativas. (reuniones con comités de salud, directivas)	4
Rendición de cuentas	2
Capacitaciones	1
Total	11

Las personas líderes comunitarias reconocen las asambleas comunitarias como uno de los principales mecanismos de participación comunitaria, por otro lado mencionan que las reuniones de expresiones organizativas representan un mecanismo de participación comunitaria, así como los espacios de rendición de cuentas.

**Tabla 2. Mecanismos que trabajadores de salud reconocen mediante los cuales se promueve la participación comunitaria en la comunidad.**

<b>Trabajadores de la salud</b>	
<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia de respuestas</b>
Organización comunitaria. (comités de salud, directivas)	4
Asambleas comunitarias.	3
Rendición de cuentas.	2
Total	9

Las personas trabajadoras de la salud manifiestan que el principal mecanismo de participación son los espacios de organización que se generan en la comunidad, así mismo las asambleas y la rendición de cuentas.

**Matriz 3. Sugerencia de líderes y lideresas para el ejercicio de la participación comunitaria.**

<b>Líderes y lideresas comunitarios</b>	
<b>Criterios de síntesis</b>	<b>Respuesta</b>
Generación de espacios organizativos.	<i>“En primer lugar organizar más comités de salud en las comunidades donde aún no existen, también directivas y ADESCOS”. (1)</i>
	<i>“Fomentar los procesos de organización enfocado en equidad de género e igualdad de oportunidades de participación en diferentes comités o directivas”. (1)</i>
	<i>“En primer lugar las comunidades deben formar sus directivas”. (1)</i>
	<i>“Sugiero que haya una nueva directiva en la comunidad para mejorar la atención en la comunidad”. (1)</i>
Fortalecimiento de las acciones comunitarias.	<i>“Realizar reuniones y diferentes foros en la comunidad”. (1)</i>
	<i>“Hacer convivencias cada 15 días y decirles a todos y todas que participen y la importancia de estar organizados”. (1)</i>
	<i>“Concientizar a la comunidad para participar en asambleas comunitarias y comités de salud”. (1)</i>
Generación de espacios	<i>“Realización de asambleas comunitarias para planificar proyectos con las comunidades”. (1)</i>
Comunicación efectiva	<i>“Mejorar la comunicación a través de invitaciones a asambleas con oportunidad para aumentar la asistencia de la gente además de enviar invitaciones para que la gente se acerque y demostrar con acciones” (1)</i>
Potencialidades organizativas	<i>“Deben ser capacitadas [Líderes y comités] para que sepan cuál es su verdadera función y la importancia que tienen dentro de su comunidad para que funcionen a la perfección”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas.

Los líderes y lideresas sugieren que es necesario generar espacios de organización en los que por un lado las instituciones y organizaciones promuevan la organización (*“En primer lugar organizar más comités de salud en las comunidades donde aún no existen, también directivas y ADESCOS”*) y por otro que las comunidades se organicen, (*“En primer lugar las comunidades deben formar sus directivas”*).

Así mismo sugieren que es necesario fortalecer la comunicación con la comunidad, y potencializar habilidades organizativas en las personas líderes y las expresiones organizativas.

*“Deben ser capacitadas [Lideres y comités] para que sepan cuál es su verdadera función y la importancia que tienen dentro de su comunidad para que funcionen a la perfección”.*

#### Matriz 4. Sugerencia de los trabajadores de la salud para el ejercicio de la participación comunitaria.

Trabajadores de la salud	
Criterios de síntesis	Respuestas
Rendición de cuentas de otras instituciones.	<i>“Que la rendición de cuentas no solo sea de mi persona como promotora, sino que también las otras instituciones que trabajan en la comunidad lo hagan”.</i> (1)
Procesos de concientización sobre participación activa.	<i>“En primer lugar concientizar a la comunidad sobre la importancia de la participación comunitaria”.</i> (1)
Relevo generacional (Lideres)	<i>“Formación de nuevos líderes comunitarios.”</i> (1)
Potencialidades organizativas	<i>“Capacitar a líderes comunitarios, jóvenes, adultos y mujeres, realizar más asambleas comunitarias”.</i> (1)
Voluntad.	<i>“Voluntad, ya que si se cuenta con voluntad de hacer las cosas se logran, con la proyección de talleres a jóvenes, adultos mayor”.</i> (1)

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas.

Una de las sugerencias realizadas por trabajadores es que los espacios de rendición de cuentas lo retomen otras instituciones y organizaciones.

*“Que la rendición de cuentas no solo sea de mi persona como promotora, sino que también las otras instituciones que trabajan en la comunidad lo hagan”.*

Además manifiestan que es necesario favorecer el relevo generacional y potencializar habilidades en el trabajo organizativo en líderes y lideresas comunitarios.

## PROYECTOS QUE FORTALECEN Y APOYEN LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

**Tabla 3. Proyectos que se desarrollan en la comunidad con participación comunitaria, reconocidos por líderes y lideresas y trabajadores de la salud.**

Actor comunitario		
Líderes comunitarios		Trabajadores de la salud
Proyectos	Formación de comités (de mujeres, jóvenes, de salud), a través del SSPAS y FUMA. (7)	Proyectos de introducción de aguas negras. (3)
	Formación y capacitación de líderes y lideresas en salud (FNS) (6)	Formación de líderes comunitarios y comités de salud. (2)
	Proyectos de infraestructura (alcaldía) (3)	MUNICIPAZ (1) De desarrollo juvenil (1)

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

Los principales proyectos reconocidos por líderes y lideresas de las comunidades son los relacionados a la organización y formación de comités (de mujeres, de salud, jóvenes) así como a la capacitación a líderes y lideresas en salud.

Por otro lado los trabajadores de la salud reconocen que los proyectos de introducción de aguas negras y la formación de líderes comunitarios y comités de salud son los proyectos que se desarrollan con participación de la comunidad.

**Tabla 4 Ejes de los proyectos que se desarrollan en la comunidad con participación comunitaria, reconocidos por líderes y lideresas.**

Líderes Comunitarios	
<b>Proyecto</b>	Frecuencia de repetición de respuestas.
Capacitación de comités	Capacitaciones en derechos humanos (3)
	Prevención de enfermedades (7)
	Gestión comunitaria. (1)
Formación y capacitación de líderes y lideresas en salud	Capacitación en prevención de enfermedades (prevención de cáncer de mama, cérvix, próstata, VIH etc) (6)
	Prevención de violencia de género. (6)
Proyectos de infraestructura	Colocación de pasamanos en gradas. (1)
	Reparación de calles (1)
	Introducción de aguas (1)

El principal eje de los proyectos que han sido reconocidos por líderes y lideresas comunitarios es la capacitación a comités de salud y líderes sobre prevención de enfermedades, (charlas sobre prevención de ITS/VIH, cáncer, etc). Así mismo el género es uno de los ejes reconocidos en dichos proyectos.

En cuanto a los proyectos de infraestructura, la reparación de calles, introducción de agua y la construcción de pasamanos son los ejes reconocidos.

**Tabla 5. Ejes de los proyectos que se desarrollan en la comunidad con participación comunitaria, reconocidos por trabajadores de la salud.**

<b>Trabajadores de la salud</b>	
<b>Proyecto</b>	<b>Frecuencia de repetición de respuestas</b>
Introducción de aguas negras	Instalación de aguas negras. (3)
Formación de líderes comunitarios y comités de salud	Capacitación a comités de salud en prevención de VIH e ITS y en derechos humanos. (2)
MUNICIPAZ	Actividades de prevención de violencia. (1)
	Formación de líderes comunitarios. (1)
De desarrollo juvenil	Participación comunitaria. (1)
	Talleres de Skate, danza moderna, brake dance. (1)

Los trabajadores de la salud mencionan que el principal eje de los proyectos de infraestructura corresponde a la instalación de aguas tuberías para aguas negras, por otro lado manifiestan que el eje de los proyectos de formación a líderes y lideresas es la capacitación a comités de salud en prevención de VIH e ITS y en derechos humanos.

**Matriz 5. Opinión de líderes y lideresas sobre los proyectos de participación comunitaria que se desarrollan en la comunidad.**

Líderes y lideresas	
Criterio de síntesis	Respuesta
Aceptables e importantes (prevención)	<i>“Es importante para prevenir enfermedades”. (1)</i>
	<i>“Me parecen muy bien los proyectos que hasta hoy se han implementado por que son preventivos”. (1)</i>
	<i>“Muy buenos para tener la información de la reforma de salud, por ser de prevención en salud”. (1)</i>
	<i>“Son necesarios principalmente para las mujeres de toda edad ya que hay quienes no se toman la citología y cuando hay campañas hay mujeres valientes que se la toman y a veces salen con problemas en el examen”. (1)</i>
Necesarios e importantes (Accesibilidad de los servicios de salud).	<i>“Son muy buenas porque son preventivas y hay gente de escasos recursos que no pueden ir a la unidad de salud”. (1)</i>
	<i>“Son muy importantes porque acercan a las comunidades a la atención médica”. (1)</i>
	<i>“Son muy importantes ya que ayudan a que las enfermedades no se incrementen. Además las jornadas médicas benefician a algunas personas en estado de precariedad que no pueden llegar a la unidad de salud”. (1)</i>
Potencialización del desarrollo comunal.	<i>“Es un beneficio para la comunidad por que actualmente existen ONG´s e instituciones que dan apertura a las comunidades para participar en procesos de formación y desarrollo en las comunidades”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

Los líderes y lideresas opinan que los proyectos desarrollados en la comunidad son necesarios e importantes, tanto para prevenir enfermedades, como para favorecer el acceso a servicios de salud.

*“Son necesarios principalmente para las mujeres de toda edad ya que hay quienes no se toman la citología y cuando hay campañas hay mujeres valientes que se la toman y a veces salen con problemas en el examen”.*

Además manifiestan que con la implementación de los proyectos se potencializa el desarrollo comunitario. *“Es un beneficio para la comunidad por que actualmente existen*



ONG´s e instituciones que dan apertura a las comunidades para participar en procesos de formación y desarrollo en las comunidades”.

**Matriz 6. Opinión de los trabajadores de salud sobre los proyectos de participación comunitaria que se desarrollan en la comunidad.**

Trabajadores de la salud	
Criterio de síntesis	Respuestas
Prevención de enfermedades.	<i>“Ha resultado bien porque con jornadas de desparasitación y citología se previene enfermedades”.</i> (1)
	<i>“Muy buenos porque pretenden llevar jornadas de desparasitación, abatización a las comunidades”.</i> (1)
Necesarios e importantes (Accesibilidad de los servicios de salud).	<i>“Me parecen que son importantes y necesarios llevar más cerca de las comunidades las atenciones médicas”.</i> (1)
	<i>“Bastante beneficioso, ya que con la ejecución de la reforma de salud hoy se lleva hasta los hogares una atención personalizada de calidad y calidez”.</i> (1)
Potencialización del desarrollo comunal.	<i>“Muy buenos, porque ayudan al desarrollo de la comunidad”.</i> (1)

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

Los trabajadores de la salud opinan que con el desarrollo de proyectos en la comunidad se previenen enfermedades, así como en el acercamiento de los servicios de salud a la comunidad.

*“Bastante beneficioso, ya que con la ejecución de la reforma de salud hoy se lleva hasta los hogares una atención personalizada de calidad y calidez”.*

**Matriz 7. Beneficios percibidos por líderes y lideresas sobre los proyectos de participación comunitaria que se desarrollan en su comunidad.**

Líderes y lideresas	
Criterio de síntesis	Respuesta
Accesibilidad.	<i>“Que la población puede beneficiarse de estas atenciones en salud”. (1)</i>
	<i>“Ayudan a las personas que no se pueden trasladar hasta la unidad de salud”. (1)</i>
	<i>“Llevar la atención más cercana a la población”. (1)</i>
	<i>“Permite ayudar a los vecinos que no pueden ir a la unidad de salud”. (1)</i>
	<i>“Beneficia en lo económico por que permite ayudar a personas que no tienen para comprar medicamentos, en el tiempo porque la atención llega a la comunidad y las personas se dan cuenta de cuál es la prevención que deben de tener y deben realizarse el examen de mama y citología”. (1)</i>
Salud	<i>“Tenemos menos enfermedades y más personas sanas y entendidas”. (1)</i>
Habilidades en trabajo comunitario.	<i>“Personas capacitadas para trabajar en la comunidad, contamos con espacios para reunirnos y habitantes saludables”. (1)</i>
Empoderamiento/participación	<i>“Ayudan a que las comunidades se empoderen de sus problemas y los sientan propios y conozcan la importancia que tiene la participación”. (1)</i>
Reconocimiento de la importancia de la participación.	<i>“Conocer sobre los beneficios que se dan en las comunidades en temas de salud y la importancia de participar en comités y otras organizaciones”. (1)</i>
Mejoramiento de infraestructura	<i>“Conexión de luz, agua domiciliar, con ayuda de ONG’s y arreglo de calles”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

Los líderes y lideresas mencionan el principal beneficio de los proyectos comunitarios es la accesibilidad a servicios de salud, principalmente en la accesibilidad geográfica y económica. *“Beneficia en lo económico por que permite ayudar a personas que no tienen para comprar medicamentos, en el tiempo porque la atención llega a la comunidad y las personas se dan cuenta de cuál es la prevención que deben de tener y deben realizarse el examen de mama y citología”.*

Además reconocen que los proyectos desarrollados, permiten desarrollar habilidades para el trabajo comunitario, así como favorecer el empoderamiento de las personas, lo que contribuye a reconocer la importancia de la participación comunitaria.

**Matriz 8. Beneficios percibidos por trabajadores de la salud sobre los proyectos de participación comunitaria que se desarrollan en su comunidad.**

<b>Trabajadores de la salud</b>	
<b>Criterio de síntesis</b>	<b>Respuestas</b>
Organización comunitaria	<i>“Que la comunidad cuenta con comité de salud organizado, grupos de promotores juveniles”. (1)</i>
	<i>“Tener comité de salud, tener promotores juveniles”. (1)</i>
Accesibilidad.	<i>“Acercar los servicios de salud a la comunidad y reconocimiento de la comunidad en un 80%”. (1)</i>
	<i>“Hoy más acercamiento a la población”. (1)</i>
Mejoramiento de infraestructura	<i>“Contar con sistemas de agua negras”. (1)</i>
	<i>“Servicios de aguas negras”. (1)</i>
Calidad de vida	<i>“Mejorando su calidad de vida”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

El principal beneficio percibido por las personas trabajadoras de la salud, es la organización comunitaria, así mismo la accesibilidad que se genera con los servicios que se incluyen en los proyectos.

Por otro lado, con la implementación de los proyectos de beneficia a la comunidad por el mejoramiento de la infraestructura.

**Matriz 9. Limitantes de los proyectos ejecutados en la comunidad percibidas por líderes y lideresas.**

Líderes y lideresas	
Criterio de síntesis	Respuesta
Recursos y espacio físico.	<i>"Falta de casa comunal y parques recreativos". (1)</i>
	<i>"Poco personal de salud en las comunidades y los comités de salud no son suficientes". (1)</i>
	<i>"Falta de transporte, falta de personal de salud, falta de recursos económicos para desarrollar proyectos". (1)</i>
	<i>"No hay espacio físico adecuado". (1)</i>
Violencia social	<i>"Algunas ONG's no pueden llegar a algunas comunidades por el problema de inseguridad". (1)</i>
	<i>"Algunos lugares no se pueden entrar por violencia". (1)</i>
Des involucramiento comunitario.	<i>"La junta directiva no apoya muchos proyectos". (1)</i>
	<i>"No todas las personas se involucran en los procesos de participación y formación". (1)</i>
Voluntariado.	<i>"Ya que es voluntariado no todos participan". (1)</i>
Desorganización comunitaria	<i>"Falta de organización comunitaria". (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

La opinión de los líderes y lideresas sobre las limitantes de los proyectos ejecutados en la comunidad es la falta de recursos humanos y la falta de espacios físicos, tales como casa comunal y parques recreativos. *"Falta de transporte, falta de personal de salud, falta de recursos económicos para desarrollar proyectos"*.

Además manifiestan que la violencia social y el des involucramiento comunitario son algunos de las limitantes de los proyectos ejecutados en la comunidad. *"Algunas ONG's no pueden llegar a algunas comunidades por el problema de inseguridad"*. *"No todas las personas se involucran en los procesos de participación y formación"*.

**Matriz 10. Limitantes de los proyectos ejecutados en la comunidad percibidas trabajadores de la salud.**

<b>Trabajadores de la salud</b>	
<b>Criterio de síntesis</b>	<b>Respuestas</b>
Recursos y espacio físico	<i>“No hay suficiente dinero, ni personal para ejecutar los proyectos”. (1)</i>
	<i>“Poco personal médico”. (1)</i>
	<i>“No contar con casa comunal, no contar con espacios adecuados para desarrollar jornadas médicas”. (1)</i>
Violencia social	<i>“Zonas muy violentas donde no se puede trabajar”. (1)</i>
	<i>“Lugares con dificultad para entrar, inseguridad por grupos de pandillas”. (1)</i>
	<i>“Hay zonas muy peligrosas a las que no se puede entrar”. (1)</i>
Des involucramiento comunitario.	<i>“No toda la comunidad participa”. (1)</i>
	<i>“Pocos voluntarios de la comunidad”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

Los trabajadores de la salud reconocen como principal limitante de los proyectos ejecutados en la comunidad, la falta de recursos financieros y espacios físicos en la comunidad. *“No contar con casa comunal, no contar con espacios adecuados para desarrollar jornadas médicas”.*

Así mismo la violencia es uno de las principales limitantes en la implementación de los proyectos, sumado al des involucramiento comunitarios. *“Lugares con dificultad para entrar, inseguridad por grupos de pandillas”.*

**Matriz 11. Sugerencias de líderes y lideresas para fortalecer los proyectos ejecutados en la comunidad.**

<b>Líderes y lideresas comunitarios</b>	
<b>Criterio de síntesis</b>	<b>Respuesta</b>
Infraestructura.	<i>“Que hagan la casa comunal y aguas negras”. (1)</i>
	<i>“Mejorar la casa comunal”. (1)</i>
	<i>“Buscar en ONG´s o iglesias que brinden el apoyo en compra de un terreno y construcción de casa comunal”. (1)</i>
Seguimiento y profundización de proyectos.	<i>“Darle seguimiento a los proyectos implementados o pedir ayuda a otras ONGs o alcaldía”. (1)</i>
	<i>“Una verdadera profundización de los proyectos”. (1)</i>
Gestión local.	<i>“Concientizar a las iglesias para que presten el espacio”. (1)</i>
	<i>“Buscar ayuda en ONG´s”. (1)</i>
Apoyo a las comunidades.	<i>“Que más instituciones y organizaciones apoyen a las comunidades”. (1)</i>
Desarrollo de capacidades.	<i>“Capacitar a las comunidades sobre liderazgo comunitario, motivación a las comunidades sobre participación comunitaria”. (1)</i>
Ampliación de cobertura.	<i>“Que los proyectos se amplíen a la totalidad de la comunidad orientándolos en prevención de cáncer de mama y próstata, y ampliar las plazas del personal asignados a los proyectos”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

Dentro de las principales sugerencias que identifican los líderes y lideresas para fortalecer los proyectos ejecutados en la comunidad se encuentra: en mejoramiento de la infraestructura, así como el seguimiento y la profundización de proyectos.

*“Darle seguimiento a los proyectos implementados o pedir ayuda a otras ONGs o alcaldía”.*

Así mismo sugieren que es necesario realizar gestión local, y que otras instituciones y organizaciones apoyen a las comunidades. Por otro lado el desarrollo de capacidades sobre liderazgo comunitario es otra de las sugerencias realizadas por líderes y lideresas. *“Capacitar a las comunidades sobre liderazgo comunitario, motivación a las comunidades sobre participación comunitaria”.*

**Matriz 12. Sugerencias de trabajadores de la salud para fortalecer los proyectos ejecutados en la comunidad.**

<b>Promotores de salud</b>	
<b>Criterio de síntesis</b>	<b>Respuestas</b>
Acercamiento intersectorial	<i>“Mejorar la participación de instituciones de gobierno como ANDA, y otras ONG’s”. (1)</i>
	<i>“Apoyo de otras instituciones y organizaciones”. (1)</i>
	<i>“Que esté más cerca la alcaldía, más presencia para apoyar sectores de promotores”. (1)</i>
	<i>“Mayor involucramiento de las instituciones en el trabajo comunitario destinando más fondos”. (1)</i>
Fortalecimiento a los recursos financieros.	<i>“Incrementar los fondos destinados”. (1)</i>
Motivación hacia la participación.	<i>“Incentivar más a las comunidades”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

La principal sugerencia de los trabajadores de la salud para fortalecer los proyectos ejecutados en la comunidad es el acercamiento intersectorial, ya que sugieren que otras instituciones deben involucrarse en el trabajo comunitario.

Así mismo sugieren que es importante fortalecer a las comunidades a través de la asignación de recursos financieros.

*“Mayor involucramiento de las instituciones en el trabajo comunitario destinando más fondos”.*

**Matriz 13. Sugerencia de los líderes y lideresas para el diseño de nuevos proyectos de desarrollo en la comunidad.**

<b>Líderes y lideresas comunitarios</b>	
<b>Criterios de síntesis</b>	<b>Respuesta</b>
Infraestructura	<i>“Construir un parquecito en la comunidad”. (1)</i>
	<i>“Realización de muro de retención a las orillas del río, arreglar parques en la comunidad”. (1)</i>
	<i>“Mejorar algunas calles en mal estado, construir un parque.” (1)</i>
	<i>“Más espacio para talleres y charlas”. (1)</i>
Salud sexual y salud reproductiva	<i>“Charlas para autoestima y prevención de violencia”. (1)</i>
	<i>“Concientizar a las adolescentes que no salgan embarazadas y darles talleres de embarazo precoz y derechos sexuales y reproductivos”. (1)</i>
	<i>“Talleres enfocados en jóvenes para evitar embarazos precoces, ITS”. (1)</i>
Emprendedurismo	<i>“Proyectos de emprendedurismo dirigidos a jóvenes y de prevención de violencia.” (1)</i>
	<i>“Proyectos de emprendedurismo especialmente para las mujeres y los jóvenes, además de proyectos ambientales”. (1)</i>
Servicios básicos.	<i>“Proyectos de introducción de servicios básicos donde no hay”. (1)</i>
Dinamización de espacios.	<i>“Realizar ciclo vías en la comunidad”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

Se identifica que la principal sugerencia sobre el diseño de nuevos proyectos de desarrollo está enfocada al fortalecimiento de infraestructura y creación de espacios de encuentro comunitario y dinamización de los mismos, por otro lado se propone el diseño de proyectos sobre salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en la prevención de embarazo en adolescentes. *“Concientizar a las adolescentes que no salgan embarazadas y darles talleres de embarazo precoz y derechos sexuales y reproductivos”.*

Además sugieren proyectos de emprendedurismo dirigidos a jóvenes para la prevención de violencia. *“Proyectos de emprendedurismo dirigidos a jóvenes y de prevención de violencia.”*



**Matriz 14. Sugerencia de trabajadores de la salud para el diseño de nuevos proyectos de desarrollo en la comunidad.**

Trabajadores de la salud	
Criterios de síntesis	Respuestas
Infraestructura y creación de espacios.	<i>“Construcción de la casa comunal, mejoramiento de calles”. (1)</i>
	<i>“Mejorar las calles, iluminación de las calles, construcción de una casa comunal”. (1)</i>
	<i>“Mejoramiento de pasajes, calle principal, Finalizar pavimentación de pasajes”. (1)</i>
	<i>“Espacios deportivos, apoyo en talleres de adulto mayor”. (1)</i>
Servicios básicos.	<i>“Instalación de agua potable”. (1)</i>
	<i>“Implementación de agua potable, instalación de energía eléctrica a las comunidades”. (1)</i>
Emprendedurismo	<i>“Proyectos para jóvenes en prevención de la violencia o emprendedores”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

En cuanto a las sugerencias de los trabajadores de la salud para el diseño de nuevos “proyectos de desarrollo” se encuentran el fortalecimiento de infraestructura y diseño de espacios de encuentro comunitario. *“Espacios deportivos, apoyo en talleres de adulto mayor”*. Además sugieren como propuestas de proyectos, los relacionados a la ampliación de servicios básicos, así como el emprendedurismo dirigido a jóvenes. *“Proyectos para jóvenes en prevención de la violencia o emprendedores”*.

## ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

**Tabla 6. Instituciones, organizaciones o personas que promueven la participación comunitaria, reconocidas por líderes y lideresas.**

Líderes comunitarios	
Instituciones, organizaciones o personas	
Organizaciones no gubernamentales. (23)	“Servicio Social Pasionista (SSPAS)”(6)
	“Fundación Maquilishuat (FUMA)”(6)
	“Foro Nacional de Salud (FNS)”(6)
	“Asociaciones gremiales (mujeres organizadas, dignas, veteranos de guerra) (4)
	MUNICIPAZ (1)
Instituciones públicas. (10)	Unidad de Salud (4)
	Alcaldía (5)
	PREPAZ (1)

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

Se observa en la tabla que las organizaciones no gubernamentales son las principales en promover la participación comunitaria, dentro de ellas; el Servicio Social Pasionista, la Fundación Maquilishuat, y el Foro Nacional de Salud.

Dentro de las instituciones públicas son reconocidos el Ministerio de Salud, a través de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, la alcaldía y Ministerio de Justicia, a través de PREPAZ.

**Tabla 7. Instituciones, organizaciones o personas que promueven la participación comunitaria, reconocidas por trabajadores de la salud.**

Trabajadores de la salud	
Instituciones, organizaciones o personas	
Organizaciones no gubernamentales. (8)	Foro Nacional de la Salud (3)
	CDL (consejos de desarrollo comunal), Son personas de las mismas comunidades, siendo capacitadas por la alcaldía.(2)
	ADESCO (1)
	Fundación Maquilishuat (1)
	Servicio Social Pasionista (1)
Instituciones públicas. (4)	Ministerio de Salud (2)
	Alcaldía Municipal (2)

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

Se observa que las organizaciones no gubernamentales son las principales entidades reconocidas por los trabajadores de la salud que promueve la participación comunitaria, dentro de ellas las principales son; el Foro Nacional de Salud, los Consejos de Desarrollo Local.

Mientras que en las instituciones públicas solo son reconocidas en Ministerio de Salud y la Alcaldía.

**Matriz 15. Formas en que las instituciones, organizaciones y personas promueven la participación comunitaria, según líderes y lideresas.**

Líderes y lideresas	
Criterios de síntesis	Respuesta
Asambleas comunitarias	<i>"A través de asambleas comunitarias". (1)</i>
	<i>"Realización de asambleas comunitarias". (1)</i>
	<i>"Realización de cabildos abiertos, asambleas". (1)</i>
	<i>"Asambleas comunitarias, cabildos". (1)</i>
Acciones educativas	<i>"Por medio de capacitaciones, talleres y diplomados". (1)</i>
	<i>"Por medio de procesos de capacitación". (1)</i>
	<i>"A través de charlas, talleres y el desarrollo de actividades que benefician a las comunidades". (1)</i>
	<i>"Porque se ve el conocimiento que tiene para impartir los talleres y capacidades". (1)</i>
Rendición de cuentas	<i>"Realizando rendición de cuentas". (1)</i>
	<i>"Rendición de cuentas". (1)</i>
Acciones educativas	<i>"Participación en charlas en salud y enfermedades venéreas". (1)</i>
	<i>"Por medio de charlas, talleres". (1)</i>
Trabajo con expresiones organizativas.	<i>"A través de los comités de salud, ADESCO's". (1)</i>
Trabajo Intersectorialidad	<i>"Con involucramiento de diferentes entidades como alcaldía municipal y unidad de salud". (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

La principal forma en que las instituciones y organizaciones promueven la participación comunitaria según líderes y lideresas son las asambleas comunitarias, y los procesos formativos.

Además la rendición de cuenta y las acciones educativas son otras formas que los líderes y lideresas reconocen como las instituciones promueven la participación comunitaria. Pero también el trabajo con expresiones organizativas principalmente los comités de salud y ADESCO's, así como el trabajo intersectorial.

**Matriz 16. Formas que las instituciones, organizaciones y personas promueven la participación comunitaria, según trabajadores de la salud.**

Trabajadores de la salud	
Criterios de síntesis	Respuestas
Actividades educativas	<i>“Al dar capacitación a los líderes comunitarios y al formar comités de salud”. (1)</i>
	<i>“La capacitación a líderes comunitarios”. (1)</i>
	<i>“Participación de la gente de manera directa, con la ejecución de talleres”. (1)</i>
Organización comunitaria.	<i>“Mediante la formación de comités de salud”. (1)</i>
	<i>“Por medio de los comités de salud”. (1)</i>
Actividades asistenciales.	<i>“Actividades de prevención en salud, fumigación y abatización”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

Los trabajadores de la salud consideran que las actividades educativas, tales como; capacitación a líderes, comités de salud y talleres con la comunidad son algunas formas por las cuales las instituciones y organizaciones promueven la participación comunitaria. *“Al dar capacitación a los líderes comunitarios y al formar comités de salud”.*

Además consideran que otra forma de promover la participación comunitaria, es a través de la organización comunitaria, y las actividades de fumigación y abatización. *“Actividades de prevención en salud, fumigación y abatización”.*

**Matriz 17. Opinión de líderes y lideresas sobre el trabajo que las instituciones u organizaciones realizan para promover la participación comunitaria.**

Líderes y lideresas	
Criterios de síntesis	Respuesta
Poco trabajo de campo	<i>“Les hace falta mejorar el trabajo con las comunidades”. (1)</i>
	<i>“Que se debería tener un promotor social para la comunidad al 100%”. (1)</i>
	<i>“Algunas organizaciones si toman el trabajo en serio y lo hacen desde las comunidades otros solo tras de un escritorio, no se acercan a las comunidades para que puedan observar la realidad que se vive”. (1)</i>
Opinión positiva.	<i>“Es muy buena porque llegan a la comunidad cuando se les pide”. (1)</i>
	<i>“Me parece bien siempre y cuando sea que se trabaje mucho con la juventud y la tercera edad”. (1)</i>
Trabajo desarticulado.	<i>“Que no se coordinan y cada quien jala de su lado”. (1)</i>
Formación	<i>“Es importante para capacitar a los líderes comunitarios en diferentes temas”. (1)</i>
Reconocimiento de necesidades	<i>“Es importante ya solamente las organizaciones promueven que las personas se involucren y se apropien de sus necesidades”. (1)</i>
Buena comunicación	<i>“Es buena la comunicación de las organizaciones hacia las comunidades, más cuando son de salud preventiva”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

Los líderes y lideresas consideran que hay poco trabajo comunitario por parte de algunas instituciones y organizaciones. *“Algunas organizaciones si toman el trabajo en serio y lo hacen desde las comunidades otros solo tras de un escritorio, no se acercan a las comunidades para que puedan observar la realidad que se vive”*. Además consideran que las instituciones y organizaciones realizan un trabajo desarticulado. *“Que no se coordinan y cada quien jala de su lado”*.

Por otro lado consideran que el trabajo comunitario de las organizaciones instituciones es importante, ya que capacitan a líderes comunitarios y favorecen el involucramiento de las personas en el abordaje de los problemas y necesidades de la comunidad. *“Es*

*importante ya solamente las organizaciones promueven que las personas se involucren y se apropien de sus necesidades”.*

**Matriz 18. Opinión de trabajadores de la salud sobre el trabajo que las instituciones u organizaciones realizan en la comunidad.**

Trabajadores de la salud	
Criterio de síntesis	Respuestas
Trabajo desarticulado.	<i>“Es excelente mecanismo, pero lástima no todas las instituciones están apoyando en la participación comunitaria”. (1)</i>
	<i>“Que hay unos que quieren trabajar independiente”. (1)</i>
	<i>“Que aunque se está trabajando no es suficiente por falta de recursos y apoyo de otras instituciones”. (1)</i>
Poco trabajo de campo	<i>“Que aunque se esfuerza por trabajar en la comunidad no es suficiente porque falta trabajo de campo”. (1)</i>
Oportunidad de formación	<i>“La alcaldía los está capacitando en liderazgo y participación ciudadana”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

La opinión de los trabajadores de la salud en cuanto al trabajo que las instituciones realizan en la comunidad, es que existe un trabajo desarticulado. *“Es excelente mecanismo, pero lástima no todas las instituciones están apoyando en la participación comunitaria”.* Por otro lado consideran que hay poco trabajo de campo por parte de algunas instituciones y organizaciones. *“Que aunque se esfuerza por trabajar en la comunidad no es suficiente porque falta trabajo de campo”.*

**Matriz 19. Opinión de líderes y lideresas sobre la coordinación entre las organizaciones e instituciones que trabajan en la comunidad.**

Líderes y lideresas	
Criterio de síntesis	Respuesta
Trabajo desarticulado.	<i>“Que no se organizan entre ellos”. (1)</i>
	<i>“Le hace falta trabajar con las organizaciones de las comunidades”. (1)</i>
Comunicación efectiva.	<i>“Que hay comunicación y coordinación lo que es muy importante”. (1)</i>
	<i>“Es muy bueno, tienen un equipo muy responsable y con buena comunicación”. (1)</i>
Beneficio asistencial	<i>Es buena porque llevan recursos a la comunidad. (1)</i>
	<i>Es muy buena para ayudar a las personas y eso es muy bueno. (1)</i>
Articulación oportunidad para la participación.	<i>“Es regular, si todos se coordinaran sería un excelente trabajo se promovería más la participación”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

Se observa que los líderes comunitarios opinan que existe un trabajo desarticulado entre las instituciones que trabajan en las comunidades, así mismo consideran que no se realiza coordinación con las comunidades. *“Le hace falta trabajar con las organizaciones de las comunidades”.*

Por otro lado consideran que con la coordinación de las instituciones se apoya a las comunidades, y que la articulación representa una oportunidad para promover la participación. *“Es regular, si todos se coordinaran sería un excelente trabajo se promovería más la participación”.*



**Matriz 20. Opinión de los trabajadores de la salud sobre la coordinación entre las organizaciones e instituciones que trabajan en la comunidad.**

<b>Trabajadores de la salud</b>	
<b>Criterio de síntesis</b>	<b>Respuestas</b>
Trabajo desarticulado.	<i>“Aún nos falta coordinar con todas las instituciones que trabajan en la comunidad”. (1)</i>
	<i>“Si hay trabajo coordinado, pero no es suficiente ya que no todas las instituciones que trabajan en la comunidad participan”. (1)</i>
	<i>“No hay mucha organización entre las organizaciones, si fuera de esa manera el trabajo sería mejor”. (1)</i>
Beneficio asistencial	<i>“Que está bien porque se han desarrollado jornadas de limpieza en conjunto, aunque la gente no participa”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

Los trabajadores de la salud consideran que se realiza un trabajo desarticulado entre las instituciones que trabajan en la comunidad, así mismo consideran que la articulación de las instituciones y organizaciones representa una oportunidad para fortalecer el trabajo.

*“No hay mucha organización entre las organizaciones, si fuera de esa manera el trabajo sería mejor”.*

**Matriz 21. Sugerencias de líderes y lideresas para fortalecer la participación comunitaria.**

<b>Líderes y lideresas</b>	
<b>Criterios de síntesis</b>	<b>Respuesta</b>
Fortalecimiento de la acción intersectorial.	<i>“Que la alcaldía trabaje más en forma intersectorial para que se promueva y se fortalezca más la participación”. (1)</i>
	<i>“Que las instituciones y organizaciones trabajen juntas para mejorar la participación comunitaria. Con nuevas y mejores metodologías”. (1)</i>
	<i>“Que se unan las instituciones y se lleven mejores”. (1)</i>
Fortalecimiento de la organización comunitaria.	<i>“La organización sectorial es importante ya que no todos los sectores sociales tiene la misma problemática”. (1)</i>
	<i>“Concientizar sobre la importancia de estar organizados”. (1)</i>
	<i>“Que exista mejor organización para trabajar en las comunidades”. (1)</i>
Reconocimiento a las comunidades y sus expresiones organizativas.	<i>“Que se dé lugar a la participación de la comunidad como una colectividad, como unidad y organización con mayor comunicación y coordinación entre la comunidad y las organizaciones, alcaldía y unidad de salud”. (1)</i>
	<i>“Capacitaciones y nos tomen más en cuenta a las comunidades”. (1)</i>
Acercamiento comunitario	<i>“Mantener el acercamiento a las comunidades mediante la buena coordinación y la comunicación constante”. (1)</i>
Fortalecimiento de la formación comunitaria.	<i>“Que se fortalezca una educación para líderes y lideresas”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

Una de las sugerencias de líderes comunitarios para fortalecer la participación comunitaria es el fortalecimiento de la acción intersectorial, así mismo que es necesario fortalecer la organización comunitaria con nuevas metodologías de trabajo. *“Que las instituciones y organizaciones trabajen juntas para mejorar la participación comunitaria. Con nuevas y mejores metodologías”.*

Además consideran que es necesario reconocer el rol de las comunidades en el trabajo comunitario. “Que se dé lugar a la participación de la comunidad como una colectividad, como unidad y organización con mayor comunicación y coordinación entre la comunidad y las organizaciones, alcaldía y unidad de salud”.

**Matriz 22. Sugerencias de los trabajadores de la salud para fortalecer la participación comunitaria.**

<b>Trabajadores de la salud</b>	
<b>Criterios de síntesis</b>	<b>Respuestas</b>
Acercamiento comunitario	<i>“Mejor acercamiento a las comunidades, mejorar la comunicación entre las instituciones que trabajan en la comunidad”. (1)</i>
Organización institucional/organizacional	<i>“Mejor comunicación con la comunidad y entre las instituciones”. (1)</i>
Fortalecimiento de la acción intersectorial/articulación	<i>“Que las organizaciones e instituciones se unan para poder fortalecer la poca participación que hay en las comunidades, buscar nuevas metodologías y acercarse más a las comunidades”. (1)</i>
Fortalecimiento de recursos.	<i>“Contar con recursos suficientes para realizar actividades”. (1)</i>
Empoderamiento comunitario	<i>“Mayor empoderamiento de líderes comunitarios, en talleres de formación para mejorar la participación comunitaria”. (1)</i>

**Nota:** el número entre paréntesis, se refiere al número de respuestas expresadas por las personas entrevistadas, la cual puede representar más de una respuesta.

Las principales sugerencias de los trabajadores de salud comunitaria es fortalecer el acercamiento hacia la comunidad, que conlleve el mejoramiento de la comunicación entre las diversas instituciones y organizaciones que trabajan en la comunidad. *“Mejor acercamiento a las comunidades, mejorar la comunicación entre las instituciones que trabajan en la comunidad”.*

Así mismo reconocen que es necesario fortalecer el empoderamiento de líderes y lideresas, así como el fortalecimiento de recursos para el trabajo comunitario.

## VI. DISCUSIÓN

La participación de los líderes y lideresas de una comunidad fomenta el trabajo conjunto para la solución de los problemas de salud, y el abordaje de la determinación social de la salud, de tal forma que los líderes y lideresas de la zona norte de San Salvador reconocen que a través de la participación comunitaria que promueven las organizaciones a las cuales pertenecen se favorece al acceso a servicios de salud, así como el reconocimiento del derecho a la salud de la población. *“Muy bueno porque estas organizaciones (FNS) promueven la participación ciudadana con líderes comunitarios dando a conocer los derechos como ciudadanos en las unidades y los hospitales”*

Además, opinan que a través de las diferentes organizaciones e instituciones que trabajan en la comunidad se generan espacios de participación mediante la organización de grupos comunitarios. Por otro lado los trabajadores de la salud, consideran la participación comunitaria como un elemento importante ya que se toma en cuenta a los líderes y lideresas; también reconoce que se promueve la organización de las comunidades que colaboran en acciones de salud. *“Se forman comités de salud que colaboran en acciones de salud en la comunidad”*.

Esto concuerda con el planteamiento de la política nacional de salud 2015-2019 donde se contempla dentro de sus principios la promoción de la participación social y la organización comunitaria; por otro lado la política nacional de participación social en salud considera como su objetivo principal promover la participación activa de actores sociales en el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y control de los procesos de salud con enfoque de determinantes sociales de la salud para mejorar la calidad de vida de la población.

De manera que la población reconoce como un beneficio de la participación comunitaria el acceso a algunos servicios de salud tales como los acercamientos

comunitarios, sin embargo, los líderes y lideresas no reconocen su protagonismo como entes transformadores de su situación en salud, convirtiéndose únicamente en colaboradores de las acciones realizadas por el personal de salud y otras organizaciones e instituciones.

Por otro lado las personas líderes comunitarias, como los trabajadores de la salud reconocen como mecanismos de participación que se generan en la comunidad; las asambleas comunitarias, las reuniones de expresiones organizativas (comités de salud, directivas, Asociaciones de Desarrollo Comunal, ADESCO) y la rendición de cuentas.

Esto concuerda con algunos mecanismos de participación comunitaria que plantea el enfoque social, alternativo o progresista de la participación comunitaria, en que se considera como mecanismo de participación la rendición de cuentas, y las asambleas de ciudadanos, así mismo la política nacional de participación social en salud del Ministerio de Salud considera los mecanismos antes descritos y las reuniones con organizaciones comunitarias, como espacios de interacción, discusión y búsqueda de soluciones a los problemas que afectan la comunidad.

Por lo que se identifica que los mecanismos de participación comunitaria reconocidos por líderes y trabajadores de la salud, coinciden con los planteamientos teóricos antes mencionados, sin embargo a través de las entrevistas se identificó que tanto las personas líderes y los trabajadores de la salud se les dificultó reconocer los mecanismos de participación, por lo que es necesario determinar el grado en que los trabajadores de la salud y las personas líderes son capacitadas sobre participación comunitaria; técnicas de organización comunitaria, metodologías participativas, con énfasis en educación popular.

Por otro lado los líderes y lideresas sugieren que para el ejercicio de la participación comunitaria se deben considerar como mecanismos, primero; la generación de espacios de organización, en los que por un lado las instituciones y organizaciones

promuevan la organización y por otro que las comunidades se organicen, (*“En primer lugar las comunidades deben formar sus directivas”*).

Segundo; la movilización comunitaria, en las que se desarrollen diversas acciones de integración comunitaria, tales como; reuniones de convivencia comunitaria, foros comunitarios, etc. Tercero las asambleas comunitarias para planificación de proyectos *“Realización de asambleas comunitarias para planificar proyectos con las comunidades”*, y el cuarto la capacitación a líderes y grupos organizados para potencializar habilidades organizativas. *“Deben ser capacitadas [Lideres y comités] para que sepan cuál es su verdadera función y la importancia que tienen dentro de su comunidad para que funcionen a la perfección”*.

En cuanto a los trabajadores de la salud sugieren dos mecanismos, ambos concuerdan con las planteadas por los líderes comunitarios, el primero corresponde a los espacios de capacitación que consideren como objetivo la concientización de la comunidad, la capacitación a líderes, así como formar y capacitar a nuevos líderes comunitarios que contribuyan con el cambio generacional. Y la segunda sugerencias realizadas por trabajadores de la salud es la rendición de cuentas, la cual sea retomada por otras instituciones y organizaciones que trabajan en la comunidad. *“Que la rendición de cuentas no solo sea de mi persona como promotora, sino que también las otras instituciones que trabajan en la comunidad lo hagan”*.

Los mecanismos de participación sugeridos por líderes y trabajadores de la salud son significativos para el ejercicio de la participación desde el punto de vista del grupo de estudio, y de la esencia misma en que ellos consideran los diferentes planteamientos como un medio para el ejercicio y promoción de la participación misma.

En ese sentido es necesario considerar que si un mecanismo es un medio y este a su vez es una cosa o una acción para conseguir determinado fin las consideraciones de las personas participantes deben ser consideradas como tales. A partir de lo antes planteado, consideraremos un mecanismo de participación como una acción o un

conjunto de acciones orientadas a garantizar el ejercicio del derecho de las personas a participar en los procesos de toma de decisión tendientes a contribuir en la transformación colectiva de una situación determinada.

En relación a los proyectos que fortalecen la participación comunitaria, los líderes y lideresas reconocen ser favorecidos por proyectos dirigidos a la organización comunitaria y formación de comités (de mujeres, de salud y de jóvenes). Así mismo identifican proyectos dirigidos a la capacitación a líderes y lideresas en salud, señalando como eje principal: la capacitación a comités de salud y líderes sobre prevención de enfermedades (charlas sobre prevención de ITS/VIH, cáncer, género etc). Considerando que estos son necesarios e importantes, tanto para prevenir enfermedades, como para favorecer el acceso a servicios de salud potencializando el desarrollo comunitario.

De igual manera; los trabajadores de la salud reconocen, los proyectos de formación de líderes comunitarios y comités de salud, tomando como principal eje la capacitación a comités de salud en prevención de VIH e ITS y en derechos humanos. Además reconocen proyectos de infraestructura, cuyo eje principal es la instalación de tuberías para aguas negras, considerando que con dichos proyectos se previenen enfermedades, así como permiten el acercamiento de los servicios de salud a la comunidad.

En concordancia a lo anterior se encuentra que; en la declaración de Alma Ata en su literal VII, numeral 5, invita a fomentar la participación comunitaria a partir de la educación apropiada para desarrollar las capacidades de las comunidades a participar. Respaldado que en el enfoque de APS, se debe considerar, entre todo el conjunto de acciones, una visión orientada a la comunidad; con participación protagónica de esta última en el proceso de construcción social de la salud. Es decir; la participación comunitaria (individual y colectiva) debe reflejarse en las actividades del cuidado y mejora de la salud dirigida desde y hacia la comunidad.

En tal sentido, los proyectos desarrollados en las comunidades Arca de Noe, La Paz y Sinaí están dirigidos a fomentar el desarrollo de la organización comunitaria, a través del fortalecimiento de sus competencias en temas relacionados a la salud, derechos humanos, equidad de género, entre otros, además de estimular la formación de comités que les permitan tomar un papel protagónico en la defensa de sus derechos en salud con énfasis en la determinación social de la salud.

En cuanto a los beneficios percibidos de los proyectos, los líderes y lideresas reconocen un mejoramiento en la accesibilidad a servicios de salud, además que, permiten el desarrollo de habilidades para el trabajo comunitario, así como favorecen el empoderamiento de las personas. Sin embargo, identifican como limitantes la falta de recursos humanos y la falta de espacios físicos, tales como casa comunal y parques recreativos, además de la violencia social y el des involucramiento comunitario.

De igual manera, los trabajadores de la salud perciben como principal beneficio a la organización comunitaria, así mismo la accesibilidad a los servicios de salud y el mejoramiento de la infraestructura. Reconociendo como principales limitantes la falta de recursos financieros y espacios físicos en la comunidad. *“No contar con casa comunal, no contar con espacios adecuados para desarrollar jornadas médicas”*. Así mismo la violencia es uno de las principales limitantes en la implementación de los proyectos, sumado al des involucramiento comunitarios. *“Lugares con dificultad para entrar, inseguridad por grupos de pandillas”*.

En tal sentido la Declaración de Alma Ata se menciona que:” el cuidado de la salud es una obligación de los gobiernos y responsabilidad de los propios pueblos, que debe garantizarse la protección financiera de los hogares en la atención de los servicios de salud en condiciones de enfermedad, y la eficiencia y equidad del gasto en salud de los países. El recurso humano requerido para el desarrollo de este enfoque de la APS debe ser apropiado en cantidad, pertinencia y calidad de su formación, y la APS debe



adecuarse a las condiciones socioeconómicas, culturales, políticas y tecnológicas de la población y del país.”

De tal manera que a pesar de que tanto los líderes y lideresas reconocen beneficiarse de los proyectos mediante el fomento de la participación comunitaria y acercamiento de los servicios de salud a las comunidades además de mejoramiento de infraestructura, no es suficiente ya que, según mencionan, no existen los recursos suficientes para brindar una atención en salud óptima enfocada en la determinación social de la salud (mejoramiento de condiciones de vida, infraestructura, accesos a servicios de salud etc). Siendo este no solo un derecho plasmado en un papel; sino más bien, se convierte en una obligación de los gobiernos y responsabilidad de los propios pueblos.

Entre las principales sugerencias que mencionan los líderes y lideresas para fortalecer los proyectos ejecutados en la comunidad se encuentran el mejoramiento de la infraestructura, así como el seguimiento y la profundización de proyectos. *“Darle seguimiento a los proyectos implementados o pedir ayuda a otras ONGs o alcaldía”*. Así mismo consideran la necesidad de realizar gestión local, y el apoyo intersectorial a las comunidades. Además sugieren el desarrollo de capacidades sobre liderazgo comunitario *“Capacitar a las comunidades sobre liderazgo comunitario, motivación a las comunidades sobre participación comunitaria”*.

En el mismo contexto, los trabajadores de salud sugieren el acercamiento intersectorial a las comunidades, además de la importancia de fortalecer a las comunidades a través de la asignación de recursos financieros. *“Mayor involucramiento de las instituciones en el trabajo comunitario destinando más fondos”*.

En tal sentido, la acción intersectorial ha permitido combatir los diferenciales en salud a partir de un abordaje integral y con un importante énfasis en la participación comunitaria sobre el resto de los factores que determinan la salud. De igual manera se plantea en Alma-Ata, que: “la movilización y empoderamiento comunitarios,

particularmente de los grupos sociales en peor situación y excluidos, son necesarios para propiciar la participación de las comunidades en los procesos de toma de decisiones, concertación, ejecución, seguimiento de las acciones y evaluación de los resultados, y en el control de la asignación de los recursos.”

Así mismo, la noción de la reorganización de la prestación de los servicios con fundamento en criterios como la integralidad de la atención, entendida como la respuesta a las necesidades de salud individuales y colectivas a través de la integración de las actividades y servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; la coordinación y continuidad de la atención, y la regularidad y permanencia de la relación entre el equipo de atención primaria y la población.

De manera que la organización comunitaria permite y facilita el involucramiento intersectorial enfocado en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, a partir de la profundización y desarrollo de proyectos dirigidos a repercutir positivamente en las determinantes sociales de la salud.

En cuanto al diseño de nuevos proyectos los líderes y lideresas comunitarios sugieren proyectos enfocados al fortalecimiento de infraestructura y creación de espacios de encuentro comunitario y dinamización de los mismos, por otro lado proponen el diseño de proyectos sobre salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en la prevención de embarazo en adolescentes. *“Concientizar a las adolescentes que no salgan embarazadas y darles talleres de embarazo precoz y derechos sexuales y reproductivos”*, y proyectos de emprendedurismo dirigidos a jóvenes para la prevención de violencia.

En concordancia, los trabajadores de salud sugieren la creación de proyectos de fortalecimiento de infraestructura y diseño de espacios de encuentro comunitario. *“Espacios deportivos, apoyo en talleres de adulto mayor”*. Además de ampliación de servicios básicos, así como el emprendedurismo dirigido a jóvenes.

Con relación a lo anterior, en la Carta de Ottawa se considera que la APS permite: “Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Esto, enmarcado en la premisa de que existen diversas condiciones, elementos, y herramientas indispensables que intervienen en el proceso salud-enfermedad, y que a su vez, estos medios varían de país a país, de ciudad a ciudad, de pueblo a pueblo, de familia a familia, y de individuo a individuo, y que diversos medios representan la base para ejercer un dominio sobre la salud de la población, lo que fundamenta el planteamiento de la Promoción de la Salud, como estrategia de APS, proponiendo diversos prerrequisitos para la salud, entre los que se pueden mencionar: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

En tal sentido, es de menester importancia el reconocimiento tanto de la población como de los trabajadores de salud de la importancia de implementar proyectos que impacten de manera favorable en los determinantes sociales de salud enfocándose en la persona y en la población, y que permitan responder a los desafíos de las inequidades en salud.

Los líderes y lideresas, así como los trabajadores de la salud reconocen que las organizaciones de la sociedad civil son los principales actores sociales que promueven la participación en la comunidad, entre ellas; el Servicio Social Pasionista, la Fundación Maquilishuat, y el Foro Nacional de Salud.

De igual forma concuerdan en que el Ministerio de Salud, la Alcaldía y Justicia a través de PREPAZ son las únicas instituciones públicas que promueven la participación comunitaria.

A pesar que en el planteamiento del plan quinquenal de desarrollo 2014-2019 se establece la importancia de la construcción de la transformación del estado, con enfoque de participación ciudadana, la población a nivel comunitario no percibe dicho

planteamiento, ya que solo 3 instituciones públicas son reconocidas por su trabajo organizativo y trabajo comunitario.

Aunque el Ministerio de Salud dentro de sus políticas institucionales considere la participación comunitaria como uno de sus principios y ejes, es necesario reconocer que el fomento del involucramiento de líderes y lideresas y de la población en general en procesos de toma de decisión, no es únicamente responsabilidad del MINSAL, sino de la sociedad en su conjunto.

Por otro lado mientras líderes y lideresas identifican que las formas en que las instituciones y organizaciones promueven la participación comunitaria es a través de asambleas comunitarias, procesos formativos, rendición de cuenta, acciones educativas, el trabajo con expresiones organizativas; principalmente los comités de salud y ADESCO's, así como el trabajo intersectorial. Los trabajadores de la salud consideran que las actividades educativas, tales como; capacitación a líderes, comités de salud y talleres con la comunidad son algunas formas por las cuales las instituciones y organizaciones promueven la participación comunitaria.

Además los trabajadores de la salud consideran que otra forma de promover la participación comunitaria, es a través de la organización comunitaria mediante la formación de comités de salud.

Esto concuerda con los principios de la atención primaria en salud integral, que promueve fortalecer la organización comunitaria, así como las estrategias de la promoción de la salud, relacionadas a la organización y participación comunitaria, así como la educación para para la salud, que tiene como objetivo desarrollar capacidades en las personas para interpretar su realidad, así como tomar control sobre la determinación social de la salud.

Sin embargo un aspecto importante es que los trabajadores de la salud consideran que una de las formas en que se promueve la participación comunitaria, es a través de algunas actividades operativas, tales como; la fumigación y abatización.

Lo que diverge del planteamiento de la promoción de la salud, así como de las políticas del MINSAL que consideran la participación social como un proceso en el cual las personas y comunidades, deben participar de forma activa y real en proceso de planificación, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos de salud, pero sobre todo en la incidencia de las inequidades sociales y la determinación social de la salud.

Por otra parte, aunque se identifiquen algunos mecanismos de participación considerados en el enfoque social, alternativo o progresista de la participación comunitaria, el desarrollo de acciones utilitarias como la fumigación y abatización podría indicar la consideración de la participación comunitaria por parte de los trabajadores de la salud, desde un enfoque reformista que coloca el énfasis de la participación de la comunidad en actividades de prevención de enfermedades, campañas de vacunación, educación en salud, y apoyo en labores de saneamiento ambiental.

Por otra parte la opinión de líderes y lideresas, así como de los trabajadores de la salud en relación al trabajo que las organizaciones e instituciones realizan en la comunidad, es que se percibe poco trabajo comunitario por parte de algunas instituciones y organizaciones. *“Algunas organizaciones si toman el trabajo en serio y lo hacen desde las comunidades otros solo tras de un escritorio, no se acercan a las comunidades para que puedan observar la realidad que se vive”.*

Así mismo consideran que el trabajo comunitario de las organizaciones e instituciones que han sido identificadas como importantes ya que desarrollan habilidades en líderes

comunitarios y favorecen el involucramiento de las personas en el abordaje de los problemas y necesidades de la comunidad.

También se coincide en que existe un trabajo desarticulado tanto entre las instituciones y organizaciones, como entre estas últimas con la comunidad, por ejemplo un líder comunitario sustenta lo siguiente: *“Le hace falta trabajar con las organizaciones de las comunidades”*.

Y consideran que la articulación representa una oportunidad para promover la participación comunitaria, lo cual se refleja en las siguientes expresiones.

Líder comunitario: *“Si todos se coordinaran sería un excelente trabajo, se promovería más la participación”*.

Trabajador de la Salud: *“No hay mucha organización entre las organizaciones, si fuera de esa manera el trabajo sería mejor”*.

Aunque el MINSAL ha retomado dentro de sus políticas la necesidad y su compromiso en promover la responsabilidad compartida entre diferentes sectores y actores sociales para incidir sobre la determinación social de la salud, los líderes y los trabajadores de la salud consideran que dicho proceso no se refleja en la comunidad, ya que dentro de la comunidad solo se identifica al MINSAL, la alcaldía y PREPAZ como instituciones que promueven la organización y la participación comunitaria.

Por otro lado las sugerencias de líderes y lideresas para fortalecer la participación comunitaria es el fortalecimiento de la acción intersectorial, así como el fortalecimiento de la organización comunitaria en la que se consideren nuevas metodologías de trabajo para dichos procesos, de tal forma que los líderes comunitarios explican *“Que las instituciones y organizaciones trabajen juntas para mejorar la participación comunitaria. Con nuevas y mejores metodologías”*.

Por otro lado consideran que es necesario que las organizaciones e instituciones reconozcan el rol protagónico de las comunidades en el trabajo comunitario, y *“Que se dé lugar a la participación de la comunidad como una colectividad, como unidad y organización con mayor comunicación y coordinación entre la comunidad y las organizaciones, alcaldía y unidad de salud”*.

Además, los trabajadores de la salud sugieren fortalecer el acercamiento de las organizaciones e instituciones hacia la comunidad, que conlleve el mejoramiento de la comunicación entre las diversas instituciones y organizaciones que trabajan en la comunidad, expresado por un trabajador de la salud. *“Mejor acercamiento a las comunidades, mejorar la comunicación entre las instituciones que trabajan en la comunidad”*.

Así mismo reconocen que es necesario fortalecer el empoderamiento de líderes y lideresas, así como el fortalecimiento de recursos para el trabajo comunitario, lo cual es significativo para garantizar el ejercicio del derecho que tiene la población a participar activamente en la transformación de su propia realidad, así como el cumplimiento de objetivos y metas tanto institucionales como de país.

De tal modo que mientras otras instituciones públicas no fortalezcan su trabajo comunitario, mientras no se realice innovación en metodologías sobre el trabajo organizativo, mientras no se fortalezca la articulación real entre las organizaciones, instituciones y comunidad, mientras no se faciliten recursos para el trabajo comunitario, y sobre todo mientras no se genere en la población capacidades sobre análisis, e interpretación de la realidad, así como el reconocimiento de las inequidades sociales, es probable que la participación comunitaria camine a paso lento inmersa dentro de una sociedad excluida social e históricamente del ejercicio de su derechos fundamentales, dentro de ellos el Derecho a la Salud y el derecho a decidir sobre su propia transformación social.

## VII. CONCLUSIONES

- No se ha logrado empoderar a la población en la importancia de su papel como actores sociales en el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y control de los procesos de salud para el desarrollo de sus comunidades mejorando así su calidad de vida.
- No todos los actores involucrados en la participación comunitaria (líderes, lideresas, trabajadores de salud) reconocen sus mecanismos; sin embargo; en su mayoría reconocen a las asambleas comunitarias, las reuniones de expresiones organizativas (comités de salud, directivas, Asociaciones de Desarrollo Comunal, ADESCO) y la rendición de cuentas como principales mecanismos de participación comunitaria.
- Para el ejercicio de la participación comunitaria, los líderes, lideresas consideran la importancia de generar espacios de organización y fortalecer las acciones comunitarias, mientras que los trabajadores de salud consideran el fomento de procesos de concientización sobre participación activa y la rendición de cuentas de otras instituciones hacia la comunidad.
- Los proyectos de participación comunitaria desarrollados en las comunidades en estudio fomentan de manera parcial la participación comunitaria, ya que, a pesar que se enfocan en actividades de capacitación, formación de comités y mejoramiento de infraestructura, no se evidencia repercusión significativa en el empoderamiento de la población; ya que ésta, toma un papel expectante o pasivo frente al desarrollo de proyectos teniendo una escasa o nula participación en la toma de decisiones de los mismos, manteniendo el enfoque asistencialista.



- Los sujetos de estudio reconocen que a pesar de las limitantes de los proyectos implementados tanto de recursos económicos como humanos, se han obtenido importantes beneficios que repercuten de manera positiva en las determinantes sociales de la salud mediante el mejoramiento del acceso a los servicios de salud, formación comunitaria, acceso a servicios básicos, mejoramiento de calles etc.
- Las organizaciones de la sociedad civil tales como el Servicio Social Pasionista, la Fundación Maquilishuat, y el Foro Nacional de Salud; son reconocidas como los principales actores que fomentan la organización comunitaria en las comunidades estudiadas, encontrando un papel menos protagónico pero no despreciable de las instituciones estatales tales como Ministerio de Salud, Alcaldía Municipal y Justicia.
- Las instituciones y organizaciones promueven la participación comunitaria, a través de la realización de asambleas comunitarias, procesos formativos, rendición de cuentas y el fomento de organizaciones comunitarias (comités de salud), además de rendición de cuentas y trabajo intersectorial; sin embargo; es importante recalcar que los trabajadores de la salud consideran también, que la participación comunitaria es promovida mediante actividades operativas, tales como; la fumigación y abatización.
- El trabajo comunitario de las organizaciones e instituciones permiten el desarrollo de habilidades en líderes comunitarios y favorecen el involucramiento de las personas en el abordaje de los problemas y necesidades de la comunidad; sin embargo; es percibido de forma desarticulada.

## VIII. RECOMENDACIONES

### Al Sistema Nacional de Salud

- Implementar estrategias de salud comunitaria que fomenten el empoderamiento comunitario permitiendo a la población tomar un papel activo desde la toma de decisiones, desarrollo e implementación de los mismos, de tal manera, que sea sostenible por las comunidades a través del tiempo.
- Capacitar al personal de salud en el fomento de la participación comunitaria con un enfoque de determinación social de la salud permitiendo romper el paradigma de asistencialismo y facilitando los recursos para su mejor desempeño en las comunidades.
- Fortalecer los conocimientos sobre mecanismos de participación comunitaria enfocada en determinación social de la salud, tanto al personal de salud como a los líderes y lideresas comunitarios permitiendo mayor eficacia en su implementación.
- Fomentar la intervención comunitaria de manera coordinada e intersectorial basada en las necesidades reconocidas por las mismas comunidades con un enfoque de determinación social de la salud, con participación activa de la población convirtiéndose las instituciones, en colaboradores o facilitadores de las acciones comunitarias.
- Desarrollar proyectos de desarrollo de la organización comunitaria con énfasis en la determinación social de la salud.
- Fortalecer el acercamiento de las organizaciones e instituciones hacia la comunidad, de forma organizada y coordinada permitiendo potenciar al máximo y de mejor manera los beneficios hacia la comunidad.

## IX. BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de Salud, 30ª Asamblea Mundial de Salud, 14ª sesión plenaria, Ginebra, Suiza, mayo 1977.
2. Organización Panamericana de la Salud, La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Revista Cubana de Salud Pública [en línea] 2009, 35 (Diciembre-Sin mes) : [Fecha de consulta: 28 de enero de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21418848004>> ISSN 0864-3466
3. Acheson, D, "Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London: HMSO, 1988.
4. Organización Mundial de la Salud, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. Alma- Atá.URSS (6-12 septiembre de 1978). Ginebra, 1978.
5. Espinoza E, comp. Gonzales R, Barría S, Sengupta A, comp. "La lucha por el derecho a la salud en América Latina, 1ª edición, Editorial Universitaria (UES), San Salvador, El Salvador 2014.
6. Gigli, Juan Manuel, Neoliberalismo y Ajuste Estructural en América Latina.
7. Franco-Giraldo A, Palma M, Álvarez-Dardet C. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980–2000. Rev Panam Salud Publica. 2006;19(5):291–9.
8. Edu Med Salud, Convocatoria de Investigación sobre desarrollo de recursos humanos: gestión de recursos humanos, calidad y productividad en salud. 1995;29(2):228-35
9. Gofin J. Planning the teaching of community health (COPC) in an MPH program. Public Health Rev. 2002;30(1-4): 293–301.
10. Kark SL. The practice of community oriented primary health care. New York: Appleton-Century-Crofts; 1981
11. Gofin J, Gofin R. Community oriented primary care (COPC): features of practice and training. Turkish J Public Health. 2004;2(2):92–8.

12. McKeown T. An interpretation of the modern rise in population in Europe. *Popul Stud.* 1972;26:345-82.
13. Laframboise HL. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments *CMAJ.* 1973;108:388-91.
14. Rovere Mario, Atención Primaria de la Salud en Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 327-342, jul./set. 2012, P-328
15. Ochoa Soto R, Jústiz González R. La participación comunitaria. En: Ochoa Soto R. Promoción de salud. Cuba: CNPES, 1997;54-65.
16. Calvo Martínez Silvia, "Consideraciones sobre participación de la comunidad", La Habana, agosto de 1989.
17. Castanedo Rojas I, Ochoa Soto R, Terry González S. Municipios por la salud. En Ochoa Soto R. Promoción de salud. Cuba: CNPES, 1997:30-37
18. Cerqueira MT. La participación social. Estrategias en la promoción de la salud. Washington DC: OPS/OMS, 193:13
19. OMS. Veinte pasos para formular un proyecto de ciudades sanas. Washington DC: OPS, 1995:92. Pub. No. HPP/HPS/95-3.
20. Ruiz L. Promoción y prevención en el campo de la salud: Aspectos metodológicos. En: Romero MI. Promoción y prevención en salud. Santiago de Chile: CPU, 1991:47-80.
21. OPS. Las condiciones de salud de las Américas. Washington, 1990;vol 1: 269-73.
22. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La administración estratégica. Lineamientos para su desarrollo: Módulo educacional. Washington DC, 1994;12-23.
23. People's Health Movement, "People's Charter for Health, Savar, Bangladesh, December 2000. Página 5-7.
24. Organización Mundial de la Salud, "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud" Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Notario, Canadá, Noviembre de 1986.

25. Breilh J. Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad". México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco; 1977
26. Leavell H, Gurney C. Preventive medicine for the doctor in his community. New York: McGraw-Hill; 1965
27. Breilh J. Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad". México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco; 1977.
28. Dennis B. Batangan, M.D., M.Sc. CHDC, Ma. Theresa Ujano- Batangan, M.A. Study on Community participation in the Essential National Health Research (ENHR) Process: The Philippine Experience. "Final Report.
29. Sanabria Ramos G. Participación social y comunitaria: reflexiones. Rev Cubana Salud Pública. 2001;Jul-Dic 27(2): 89-95. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27\\_2\\_01/spu02201.htm#cargo](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_2_01/spu02201.htm#cargo) consultado en 26 de enero de 2017
30. MINSAL, Política Nacional de Participación Social en Salud, Diario Oficial número 235, Tomo N°397, San Salvador, El Salvador, viernes 14 de diciembre de 2012.
31. Font, Joan, Blanco, Ismael, ¿Qué hay detrás de la oferta de participación? El rol de los factores instrumentales e ideológicos en los mecanismos españoles de participación Revista del CLAD Reforma y Democracia [en línea] 2005, (Febrero-Sin mes) : [Fecha de consulta: 26 de enero de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357533663007>> ISSN 1315-2378
32. Werner, David y Sanders David, Cuestionando la solución Las Políticas de APS y supervivencia infantil. Cap. 5. 2000.
33. OPS/OMS. Renovación de la APS en las américas, Borrador para discusión, 2005.
34. ABREGO, M.A.D.; LÓPEZ, D.M.; FIALLOS, E.E.; BAATZ, C. • La construcción del sistema comunitario de salud de Guarjila: sistematización de una experiencia de Atención Primaria de Salud Integral en El Salvador durante el

- período 1987-2007, Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 414-420, jul./set. 2012
35. De Roux, G. Pedersen, D. Pons y Pracilio H. Participación social y sistemas locales de salud. Washington D.C. 1998. Serie Desarrollo de Servicios de Salud 35
  36. PDDH. Fundamentos del proceso de reforma del sector salud en El Salvador. Mesa permanente sobre el Derecho Humano a la Salud. El Salvador. 2004
  37. OIT. Guía para la aplicación del Convenio Internacional 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra. 1996.
  38. Oleaga, J.I. y Esteban de Manuel Keenoy. Análisis de los Sistemas Sanitarios. Curso de Diseño de Planes de Gestión Estratégica en Atención Primaria. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España.. Pp. 3-4.
  39. A. Kroeger, R. Luna. Atención Primaria de Salud, principios y métodos. OPS/OMS, GTZ. 1992.
  40. OPS/HSD. La participación social. HSD/SILOS-3, OPS, Washington, D.C. 1990.
  41. Anderg -Egg E. 1992. Reflexiones en torno a los métodos de trabajo social. México DF: Editorial El Ateneo; Linares C. 1996.
  42. Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. OPS/OMS. Washington. D.C. 1999.
  43. FUNDE/FUSAI. Compilación de materiales sobre desarrollo local en El Salvador. Política de desarrollo socio económico local y estrategia operativa. Septiembre de 1994. 79 p. GOES
  44. 3ª Carta Pastoral, Monseñor Oscar Romero dirigida a las Comunidades Eclesiales de Base en El Salvador. ADITAL. Octubre de 2003.
  45. Thornton, Body y Brooks. Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. San Salvador. Noviembre de 1994.
  46. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Plan Nacional de Salud 1994-1999, Gobierno de El Salvador. San Salvador. Octubre 1994
  47. OPS/OMS. Perfil del sistema de servicios de salud. Serie 13: Aportes para la Reforma del Sector Salud en El Salvador. Publicado en El Salvador. Junio 2001.

- 48.OMS/OPS Perfil del sistema de servicios de salud. Serie 13: Aportes para la Reforma del Sector Salud en El Salvador. Publicado en El Salvador. Junio 2001.
- 49.Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. Marco Conceptual y Operativo para el desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), julio 2000. San Salvador.
- 50.Fundación Maquilishuat , La participación y la contraloría social en la gestión pública de salud. El Salvador. Noviembre 2004.
- 51.Acción para la Salud en El Salvador, APSAL Investigación de los Sistemas Básicos de Salud Integral. SIBASI en El Salvador Mayo de 2002.
- 52.MSPAS. FESP No. 4. Plan de Desarrollo de las FESP. San Salvador, El Salvador, noviembre 2005.
- 53.Sistema Nacional de Salud. Política Nacional de Participación en salud. San Salvador.2009.
- 54.MINSAL. Política Nacional de Salud Construyendo la Esperanza Estrategias y Recomendaciones en Salud 2009-2014. Editorial Ministerio de Salud de El Salvador. Octubre 2009.
- 55.Foros Nacionales de Salud. Estrategia de Sostenibilidad y Continuidad. Año 2012. Volumen 1 pag. 5

# ANEXOS



# GUIA DE ENTRVISTA



Universidad de El Salvador

## UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE MEDICINA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA GUIA DE ENTRVISTA



**Objetivo:** Conocer su opinión sobre el desarrollo de los procesos de participación comunitaria en salud en su comunidad. Es importante recalcar que es de suma importancia su opinión en nuestro estudio por lo que de antemano agradecemos su colaboración.

### PARTE I: información sociodemográfica:

Sexo:

1. Masculino \_\_\_\_\_

2. Femenino \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Grado académico: \_\_\_\_\_

Organización a la que pertenece: \_\_\_\_\_

### PARTE II: Desarrollo

1. ¿Qué opina de la participación comunitaria que desarrolla su organización (FNS, Comité de salud, ADESCO, UCSF etc) en su comunidad?

---

---

---

2. ¿Mediante qué mecanismos se promueve la participación comunitaria en su comunidad?

---

---

---

3. ¿Qué mecanismo sugiere usted para el ejercicio de la participación comunitaria en su comunidad?

---

---

---

---

4. ¿Cuáles proyectos conoce usted, que se desarrollan en su comunidad con participación comunitaria?

---

---

---

---

5. ¿Cuáles son los ejes o componentes de los proyectos que se desarrollan en su comunidad con participación comunitaria?

---

---

---

---

6. ¿Qué opina sobre los proyectos de participación comunitaria en salud que se desarrollan en su comunidad?

---

---

---

---

---

7. ¿Cuáles son los beneficios de los proyectos de participacion comunitaria que se han desarrollado en la comunidad?

---

---

---

---

---

8. ¿Cuáles son las limitantes de los proyectos en salud que se han desarrollado en la comunidad?

---

---

---

---

9. ¿Qué sugiere para fortalecer los proyectos que se han implementados?

---

---

---

10. ¿Además de los proyectos implementados que otros proyectos sugiere?

---

---

---

11. ¿Qué instituciones, organizaciones o personas conoce que promuevan la participación comunitaria en su comunidad?

---

---

---

12. ¿Cómo considera que estas entidades promueven la participación comunitaria en salud en su comunidad?

---

---

---

13. ¿Qué opina de las instituciones u organizaciones que promueven la participación comunitaria?

---

---

---

14. ¿Qué opina sobre el trabajo coordinado de las organizaciones e instituciones que promueven la participación comunitaria?

---

---

---

15. ¿Qué alternativa sugiere usted para fortalecer la participación comunitaria?

---

---

---