


# INFLUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS COMUNIDADES DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD TAPARACHI – JULIACA – PUNO 2009

## INFLUENCE OF COMMUNITY INVOLVEMENT IN THE USE OF HEALTH SERVICES IN THE COMMUNITIES OF THE JURISDICTION OF HEALTH POST TAPARACHI - Juliaca - Puno 2009

*Patricia Ortiz Ampuero*

### RESUMEN

 El objetivo de la presente investigación fue evaluar el impacto en la frecuencia de las atenciones de salud en las 18 comunidades de la jurisdicción del Puesto de Salud Taparachi - Juliaca, luego de la ejecución de la estrategia de promoción de la participación comunitaria desde el año 2004. La investigación fue de tipo longitudinal, observacional de intervención deliberada pero no controlada, según la clasificación de J. C. Baylor III. Para evaluar la participación comunitaria se utilizó una guía de observación basada en la Escalera de la Participación Comunitaria en Salud, instrumento validado por el MINSA y CARE. Para medir el uso de los servicios de salud se usó una ficha de clasificación de atenciones de salud.

Se encontró que la mayoría de comunidades obtuvo un nivel adecuado de Participación Comunitaria después de la aplicación del programa que estimuló dicha participación. El uso de los servicios de salud fue más frecuente en todas las comunidades después de la aplicación del programa de estimulación de la participación comunitaria, especialmente en los programas preventivos de la mujer y del niño. El aumento de los registros en el SIS fue especialmente muy alto en las comunidades donde aumentó la participación comunitaria y la frecuencia de atenciones de salud.

La oferta de los servicios de salud antes y después de la aplicación de la estrategia de Participación Comunitaria en las comunidades de estudio fue semejante en las comunidades donde aumentó y donde no aumento el nivel de Participación Comunitaria. La hipótesis que el aumento de la participación comunitaria ha influido en el mayor uso de los servicios de salud, no se ha probado.

Palabras Claves: participación comunitaria, atención de salud.

### ABSTRACT

The research aimed to assess the impact on the frequency of health care in 18 communities in the jurisdiction of the Health Post Taparachi - Juliaca, after the execution of the strategy to promote community participation since 2004.

The method applied is longitudinal, observational but not controlled deliberate intervention, as ranked by J. C. Baylor III. To assess community participation is used an observation guide based on the Ladder of Community Participation in Health, an instrument validated by the MOH and CARE. To measure the use of health services used a classification of health care.

It was found that most communities received an adequate level of community participation after the implementation of the program that encouraged such participation. The use of health services was more common in communities after the implementation of the stimulation of community participation,

especialmente en programas de prevención para mujeres y niños. El aumento de registros en el SIS fue particularmente alto en comunidades donde hubo participación comunitaria y un aumento de la frecuencia de atención de salud. El aumento de servicios de salud antes y después de la implementación de la estrategia de Participación Comunitaria en las comunidades estudiadas fue similar en las comunidades donde crecieron y donde aumentó el nivel de participación comunitaria.

La hipótesis de que el aumento de la participación comunitaria influyó en el aumento del uso de servicios de salud no ha sido probada.

Palabras clave: participación comunitaria, atención de salud.

## INTRODUCCIÓN

Desde 1994 el Ministerio de Salud, viene promoviendo como estrategia la participación comunitaria, dentro de sus lineamientos de Política de Salud, con la finalidad de mejorar la utilización de los servicios de salud. Ha transcurrido más de una década y es necesario evaluar el impacto que este proceso ha tenido en nuestras comunidades y si éste ha permitido realmente avanzar hacia los fines de la salud y el desarrollo.

La participación comunitaria en salud fue legitimada formalmente en la Conferencia de Alma Ata en 1978, donde se vinculó fuertemente con la Atención Primaria de Salud y permitió que se desarrollaran muchas experiencias a nivel mundial y nacional en las que se fomentó la participación de la comunidad, a través de los comités de salud, el trabajo de promotores, de movilizadores sociales, entre otros; creando una fuerte interacción entre los servicios de salud y la comunidad para la toma de decisiones, el control y la responsabilidad de su salud. Efectivamente, las estrategias derivadas de Alma Ata, tuvieron en general un balance negativo y una frustración de sus metas.

Actualmente en nuestro país la participación comunitaria es vista como un proceso de desarrollo gradual que requiere de la acción conciente y sostenida tanto de los actores

inmersos en ella, como de las estructuras del estado, estableciéndose un desbalance a favor del estado, que simplemente impone sus propuestas sin que esto signifique un real conocimiento de la comunidad.

Una experiencia importante de cogestión de servicios de salud de primer nivel de atención denominado Programa de Administración Compartida, promovió, la constitución de los Comités Locales de Administración en Salud CLAS y pese a algunos aislados avances en participación, el promedio parece responder a la situación descrita. En la evaluación realizada en el 2001 (Taller Internacional sobre Participación para el desarrollo Inclusivo), estimaron que la participación de la comunidad es buena aproximadamente en el 60% de CLAS, moderada en el 30% y mala en el 10% en el nivel nacional. Sin embargo, como toda construcción social, esto varía en el tiempo. Además refieren que la tendencia en esos momentos era decreciente debido a los condicionantes económicos precipitantes.

Es necesario tener presente que los conceptos y las prácticas de Participación Comunitaria comúnmente difundidas responden a patrones modernos de organización, los mecanismos de liderazgo de generación de toma de decisiones que aún no se conocen en nuestra zona periurbana altiplánica caracterizada por sus propios patrones culturales tradicionales.

La Dirección de Participación Comunitaria en Salud del MINSA asume que sus funciones generales en este campo son: proponer, implementar y evaluar las políticas para la promoción y ejercicio de derechos y deberes en salud, en la persona, la familia y la comunidad; desarrollar alianzas estratégicas intra e intersectoriales con instituciones y organizaciones sociales para la participación ciudadana y diseñar, monitorizar y evaluar planes, programas y proyectos intra e intersectoriales para la promoción de la participación ciudadana en salud, en el ámbito nacional, entre otras.

Con el presente trabajo perteneciente al área de la Salud Pública, deseamos que ayude a reconocer los resultados de la Participación Comunitaria en salud, analizando experiencias participativas expresadas especialmente en el acceso a los servicios de salud de las poblaciones excluidas como son las de Puno.

### METODOLOGÍA

La presente investigación fue de tipo longitudinal, observacional de intervención deliberada pero no controlada, según la clasificación de J. C. Baylor III y colaboradores.

Se tomó al total de las comunidades de la jurisdicción del Puesto de Salud Taparachi que suman 18: Virgen de Fátima, APROVIC, UANCV, Habitat, Tahuantinsuyo, APIRAJ, Invasión Satélite, 15 de Agosto, Ampliación 20 de Enero, 28 de julio, San Cristóbal, Miguel Grau, 20 de Enero, Taparachi I, Taparachi II, Taparachi III, Satélite y ENACE.

Para evaluar la participación comunitaria se utilizó una guía de observación que consiste en la Escalera de la Participación Comunitaria en Salud). Este es un instrumento elaborado y validado por el MINSA y CARE en el marco del Proyecto Multisectorial de Población y

Participación Comunitaria.

Este instrumento toma en cuenta 3 indicadores básicos: liderazgo y equidad de género, desarrollo de la organización comunitaria y la capacidad de la comunidad para utilizar sus recursos y propone 4 niveles de participación, el primero describe una participación incipiente y el cuarto nivel describe una comunidad con capacidad de negociación y toma de decisiones.

Para evaluar la frecuencia del uso de los servicios de salud se usó una ficha de clasificación de atenciones de salud antes y después de la aplicación del programa de participación comunitaria.

**Tabla 1**  
**Evaluación de la Participación Comunitaria según Liderazgo**

LIDERAZGO	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
<u>Inexistente</u>	15	83.33	7	38.89
<u>Bajo</u>	3	16.67	2	11.11
Regular	0	0.00	3	16.67
<u>Elevado</u>	0	0.00	6	33.33
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.00</b>	<b>18</b>	<b>100.00</b>

**Tabla 2**  
**Evaluación de la Participación Comunitaria según Organizaciones Comunitarias**

ORGANIZACIONES COMUNITARIAS	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Nula	14	77.78	3	16.67
Baja	4	22.22	6	33.33
Media	0	0.00	3	16.67
Alta	0	0.00	6	33.33
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.00</b>	<b>18</b>	<b>100.00</b>

**Tabla 3**  
**Evaluación de la Participación Comunitaria**  
**según Movilización de Recursos**

MOVILIZACIÓN DE RECURSOS	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Nula	14	78.00	3	17.00
Baja	4	22.00	6	33.00
Media	0	0.00	3	17.00
Alta	0	0.00	6	33.00
Total	18	100.00	18	100.00

**Tabla 4**  
**Evaluación General de la Participación Comunitaria**

COMUNIDADES	PUNTAJE GENERAL
a) Sin Participación Comunitaria (puntaje 0 – 3)	
1. Virgen de Fátima	0
2. APROVIC	0
3. UANCV	1
4. <u>Habitat</u>	2
5. Tahuantinsuyo	2
6. APIRAJ	2
7. Invasión Satélite	3
8. Urb. 15 de Agosto	3
b) Con Participación Comunitaria: (puntaje 4 – 9)	
1. Ampliación 20 de Enero	5
2. 28 de julio	7
3. San Cristóbal	7
4. Miguel Grau	8
5. 20 de Enero	8
6. <u>Taparachi I</u>	8
7. <u>Taparachi II</u>	8
8. Satélite	9
9. <u>Taparachi III</u>	9
10. ENACE	9

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Las comunidades urbanas y rurales tradicionalmente tienen una forma de organización, pero esta se asocia generalmente a sus necesidades más sentidas como son la disponibilidad de servicios básicos

como agua, energía eléctrica, vías de comunicación y otros de carácter productivo, pero en el campo de la salud, generalmente se ha dirigido a la demanda de disponer de un servicio de salud accesible y a medicamentos.

La participación en salud se ha reducido principalmente al uso de los servicios que oferta el MINSA, pero no así a la planificación, la gestión y la evaluación de los establecimientos. Al personal de salud le ha sido a veces suficiente que la población haga uso de los servicios en los programas respectivos, lo que además les permite cubrir las metas programadas.

En sus inicios (1994) y en algunos lugares del país, los CLAS (Comités Locales de Administración en Salud) significaron que la comunidad adquiera conciencia de su poder directivo y fiscalizador, no así en lo concerniente a los aspectos técnicos de la atención que les corresponde a los profesionales; pero esto no fue bien recibido por el personal de salud y exigieron reducir esta forma de participación y paulatinamente recuperaron el control absoluto de la administración de los establecimientos.

Para la mayoría del personal de salud, la participación comunitaria es básicamente el uso de los servicios de salud y con este criterio es que se ha planteado la presente evaluación, pues esta fue la forma en que se ejecutó el proyecto y se establecieron los indicadores e instrumentos de evaluación.

En las Tabla 1 podemos observar los cambios generales en el campo del liderazgo, donde se esperaba como ideal que “Los líderes en forma independiente planifican e implementan actividades de salud. Mujeres juegan un rol importante”, lo cual sólo se alcanzó en un 33.33% de las comunidades estudiadas y que el 38.89% es inexistente. Esto podría deberse a

que el perfil de liderazgo que propone el MINSA no sea adecuado o realista y específicamente en el aspecto del rol de las mujeres, entraría en conflicto con las costumbres y componentes culturales tradicionales.

En la Tabla 2, podemos observar que el nivel elevando de organización comunitaria sólo lo alcanzaron el 33.33% y que en el 16.67% sigue siendo nula, siendo lo ideal que la "Organización comunitaria altamente diestra en todas las fases de la actividad". Esto se debería a que las tareas en el campo de la planificación en salud pueden ser muy técnica o estar obstaculizadas por el lenguaje profesional.

En la tabla 3, también podemos observar que el nivel alto de movilización de recursos que se define como "La comunidad prevé en recursos, movilizan recursos dentro y fuera. Administra efectivamente recursos", sólo lo alcanzaron el 33% de las comunidades y que en el 17% era nulo. Es posible que la disponibilidad de recursos propios como los asignados por alguna cooperación sea escasa lo que no ha permitido la experiencia necesaria.

Los resultados anteriores tendrían la limitación que son promedios de todas las 18 comunidades estudiadas, pero al observar los resultados de la Tabla 4 podemos tener una idea más clara de cómo han sido particularmente en cada comunidad los logros en la participación comunitaria, donde encontramos que 10 comunidades o urbanizaciones han tenido un nivel adecuado incluso 3 de ellas alcanzaron el nivel máximo esperado (9). Esto se debería probablemente a que la dinámica social es específica para cada comunidad, donde intervienen factores especiales como el liderazgo.

Considerando que en el ámbito del Puesto de Salud de Taparachi no aumentó el personal de

salud ni varió en su composición en los últimos 5 años, es que podemos resumir los resultados afirmando que el aumento de la mayor demanda o uso de servicios de salud en el año 2009, periodo post programa de promoción de la participación comunitaria, no se explica exclusivamente en que esta participación alcanzó un mayor nivel en algunas comunidades, sino que habrían otros factores. , entre los cuales podemos proponer a los siguientes:

- Las estrategias de mejora de la calidad de los servicios de salud que significó un proceso de cambio en la cultura del personal de salud, orientado ahora en la satisfacción del usuario, mejora en el trato y en parte en el equipamiento. "El análisis de satisfacción del usuario, vista como un indicador de la dimensión del resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la: estructura (comodidades, instalaciones físicas y organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambio en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida), también obtiene información sobre las características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos para obtener atención.
- La política gubernamental de aseguramiento gratuito en salud, que abrió el acceso a la población pobre a los servicios de salud, donde Puno y las comunidades rurales fueron una prioridad.
- El aporte y estímulo de otros

programas sociales que incentivan algunos indicadores de salud como son las inmunizaciones, el control prenatal y la planificación familiar entre otros.

La participación comunitaria no sólo significa una mayor información y acceso a los servicios de salud, sino también un cambio en el rol social para la definición de los mismos, sus metodologías de desarrollo y un compromiso con la gestión de los mismos, que es lo que se revalora con el programa de participación.

Es posible las acciones de promoción de la participación en salud hayan tenido otros impactos generales como ha sido reconocido en sus impulsores y auspiciadores, "la prestación de los servicios de salud no sólo se centra en la captación, seguimiento del daño, sino en la atención integral de la persona.

### CONCLUSIONES

1. De las comunidades pertenecientes a la jurisdicción del Puesto de Salud Taparachi, la mayoría (56%) obtuvo un nivel adecuado de Participación Comunitaria después de la aplicación del programa que estimuló dicha participación, alcanzando un 17% de las comunidades el nivel más alto. El liderazgo fue el componente más bajo de la participación.
2. El uso de los servicios de salud fue más frecuente en todas las comunidades después de la aplicación del programa de estimulación de la participación comunitaria, especialmente en los programas preventivos de la mujer como control de gestantes, atención del parto institucional y planificación familiar, así como en los dirigidos a los niños como el CRED y PAI. El aumento

de los registros en el SIS fue especialmente muy alto en las comunidades donde aumentó la participación comunitaria y la frecuencia de atenciones de salud.

3. El aumento de los servicios de salud antes y después de la aplicación de la estrategia de Participación Comunitaria en las comunidades de estudio fue semejante en las comunidades donde aumentó y donde no aumento el nivel de Participación Comunitaria.
4. La hipótesis que la Participación Comunitaria desarrollada en las comunidades de la jurisdicción del Puesto de Salud Taparachi, Juliaca ha influido en el mayor uso de los servicios de salud, no se ha probado.

### BIBLIOGRAFÍA

1. CORNEJO Roselló, Carlos: MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD, Postgrado, UNSA, 2005.
2. CMP Flora Tristán/UNFPA: Iniciativas para Desarrollar Servicios de Calidad en la Atención de Salud para las jóvenes, Lima 2001. p. 19
3. Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS, 1978.
4. BORJA, Rodrigo: ENCICLOPEDIA DE LA POLITICA, Fondo de Cultura Económica, México, 1997.
5. DONABEDIAN A. M. D.: Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la Calidad, Salud Pública de México, 1993.
6. MINSA/CARE: Modelo para Desarrollar las Capacidades Locales de promoción Comunitaria en Salud, Lima 2001. p. 4.
7. OPS/OMS: La Administración Estratégica, lineamientos para su desarrollo: los contenidos educacionales. Washington D.C. 2004.
8. RED DE GESTIÓN SANITARIA: Repensando la Gestión Sanitaria, Centro Editorial UPCH, Lima, 2002.