



ORIGINAL

Participación comunitaria por los Comités de Salud y Grupos de Ayuda Mutua de Pachuca, Hidalgo, México

Community participation by health committees and mutual aid groups of Pachuca, Hidalgo, Mexico

Josefina Reynoso Vázquez¹, Beatriz Consuelo Mayorga Contreras², Reyna Cristina Jiménez Sánchez³, José Arias Rico³, Elena Guadalupe Olvera Hernández³, Alejandro Chehue Romero³, Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma⁴

¹Área Académica de Farmacia y Departamento de Salud Pública [ICSa-UAEH] Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

²Servicios de Salud de Hidalgo, México,

³Área Académica de Enfermería [ICSa-UAEH] Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

⁴Área Académica de Medicina y Departamento de Salud Pública, [ICSa-UAEH]. Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dscpcarlos@gmail.com (Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma).

Recibido el 14 de julio de 2018; aceptado el 22 de julio de 2018.

JONNPR. 2018;3(9):708-715

DOI: 10.19230/jonnpr.2618

Resumen

Objetivo. Describir las características y funcionamiento de los diferentes grupos de participación comunitaria que existen en los 16 centros de salud ubicados en el municipio de Pachuca, durante enero-diciembre del 2015.

Material y métodos. Se aplicaron 61 encuestas a integrantes de los diferentes comités de salud y 125 encuestas a los integrantes de los grupos de ayuda mutua (GAM).

Resultados. Más del 90% de los integrantes de los comités fueron mujeres, el nivel de escolaridad de 41% de los integrantes fue secundaria. 88% de los integrantes de los comités informó que el personal de salud es quien decide cuando y como reunirse. 47% de los integrantes de GAM refirió que el funcionamiento de estos grupos depende de ellos y 25% que depende del personal de salud.

Conclusiones. Sólo se puede hablar de participación auténtica cuando la comunidad participa en la toma de decisiones. Siendo una forma de incrementar el poder de las comunidades (empoderamiento), donde se refuerza la toma de decisiones democráticas, inspira orgullo y facilita la auténtica participación en el proceso de desarrollo. De lo contrario los resultados en participación comunitaria no serán del todo positivos.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia:
Articles published in this journal are licensed with a:
Creative Commons Attribution 4.0.

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

La revista no cobra tasas por el envío de trabajos,
ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

Palabras clave

Participación de la comunidad; centros de salud; comité de salud; grupos de ayuda mutua

Abstract

Aim. to describe the characteristics and operation of the different groups of community participation that exist in the 16 health centers located in the city of Pachuca, during January-December 2015.

Material and Methods. 61 surveys were applied to member of different health committees and 125 surveys were applied to member of self-help groups.

Results: over 90% committee's members are women; schooling was 41% high school. 88% of the committee's members reported that health personnel decide when and how to meet them. 47% members of self-help groups reported that operation depend on health personnel.

Conclusions: only if the community is involved in decision making, there is community participation. This is a way to increase the power of communities (empowerment) where democratic decision making is strengthened; this inspires pride and facilitates a genuine participation in the development process. Otherwise the results in community participation will not be entirely positive.

Keywords

Community participation; health centers; Health committee; mutual aid groups

Introducción

Para mejorar los niveles de salud de la población se debe involucrar a la sociedad de manera co-responsable a fin de que pueda identificar sus necesidades en salud y sea la misma sociedad quien trate activamente de establecer mecanismos para atenderlas. Desde los inicios de la Atención Primaria de Salud (APS) en Alma Ata se identificó que la participación de la comunidad constituye el eje fundamental de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, por lo que en las reformas de APS en 2008 se enfatizó que los servicios de salud se deben reorganizar para poner a las personas en el centro de atención impulsando la participación de las mismas⁽¹⁾. Solo si se toma el punto de vista de la comunidad existe participación de la misma⁽²⁾. Por lo que es una herramienta de empoderamiento que le permite a la comunidad un papel más activo y de mayor responsabilidad en aspectos de salud⁽³⁾. De acuerdo a Ugalde⁽⁴⁾, "la participación de la comunidad permite a la población conocer su propia situación y encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes", la importancia radica en involucrar y empoderar a los ciudadanos y comunidades para que ellos mejoren su calidad de vida y hagan valer sus derechos⁽⁵⁾. Por lo que la participación hace efectiva la intervención de los ciudadanos en actividades encaminadas a mejorar su salud, pero no hay evidencia clara de cómo es esta participación⁽⁶⁾.

Sin embargo, en ocasiones la comunidad solo sirve como un recurso disponible para compensar los costos que implican los servicios de salud⁽³⁾.

En México la Ley General de Salud resalta el derecho que todos los ciudadanos tienen a la protección de la salud por lo que la comunidad puede y debe participar en los servicios de salud, así como formular sugerencias para mejorar los mismos⁽⁷⁾. El programa Sectorial de Salud a nivel nacional 2013-2018 propuso estrategias de las que se resalta reforzar acciones de promoción de salud mediante la acción comunitaria y participación social⁽⁸⁾. En Hidalgo el Programa Sectorial identificó debilidades como la falta de coordinación en las estrategias de salud comunitaria, por lo que sugirió incentivar la participación activa de la población en acciones de prevención y promoción de salud⁽⁹⁾.

En 2015 se incorporó el Modelo de Atención Integral en Salud con el objetivo de homogeneizar los servicios del sector salud y enfatizó como estrategia la participación ciudadana ya que es considerada una necesidad y derecho de la población⁽¹⁰⁾.

El primer nivel de salud es la puerta de entrada a los servicios de salud por lo que algunas formas o mecanismos de participación son el comité de salud y grupo de ayuda mutua (GAM) de pacientes con diabetes e hipertensión arterial; estos grupos se forman con el objetivo de mejorar los niveles de salud de la población y fomentar el autocuidado en la misma.

Material y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal de los diferentes grupos de participación comunitaria que existen en 16 centros de salud (C.S) del municipio de Pachuca, pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de Hidalgo; con el objetivo de describir las características y funcionamiento de estos grupos. Durante el periodo de enero-diciembre del 2015 se aplicaron encuestas a todos los integrantes de los diferentes grupos que aceptaron participar en el estudio por lo que el muestreo fue no probabilístico.

Resultados

De los 16 centros de salud de Pachuca, 15 tenían un acta oficial que indicaba la existencia de un comité de salud, pero solo 9 se encontraban registrados de manera oficial en el Sistema de Información en Salud. De los grupos de ayuda mutua de diabetes e hipertensión (GAM) solo 14 centros de salud contaban con algún reporte de la existencia del mismo. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencia sobre el acta y registro oficial como grupos de participación comunitaria.

Cuentan con un acta oficial como comité de salud. (de los 16 C.S)	15
Comités de salud que se encuentran registrados de manera oficial en el Sistema de Información en Salud	9
Existencia de Grupo de Ayuda Mutua (de los 16 C.S)	14

Fuente: Directa, 2015.

Comité de Salud

Se encuestaron a 66 integrantes de los comités de salud, de los cuales 94% fueron mujeres y el resto hombres, el promedio de edad fue de 46.2 años (± 13.4). La principal ocupación reportada fue labores en el hogar con un 68%, empleado 19% y el resto se dedicaba a otras actividades. En cuanto a la escolaridad 11% indicó no tener escolaridad, 17% primaria, 45% secundaria, 16% bachillerato y el resto carrera técnica. Del funcionamiento de los comités se identificó que la media del tiempo que tenían los comités funcionando fue de 6.6 años (± 5.7 años), el 50% indicó que el comité se renueva cada año, el 36% no se renueva, 7% cada 2 años y el resto cada 5 años. Respecto a las reuniones de los comités 46% de los integrantes mencionó que el comité se reúne 1 vez al mes, 21% cada 2 meses, 13% 2 veces al mes, 12% cada 3 a 6 meses, 2% 1 vez al año y el resto no se reúnen. Sobre quien decide cuando y como reunirse 86% indicó que es el personal de salud quien decide, 7% refiere que son los integrantes los que deciden y el resto que son ambos los que deciden (integrantes y personal de salud) cuando se deben reunir. 87% indicó que es el personal de salud quien decide los temas a tratar en cada reunión, 10% ambos (integrantes y personal de salud) deciden sobre los temas a tratar en cada reunión y solo un 3% refirió que son los integrantes los que deciden. (Tabla 2).

Tabla 2. Nivel de escolaridad y frecuencia de reuniones de los comités de salud.

Escolaridad	%	Frecuencia de reuniones del comité	%
Sin escolaridad	11	2 veces al mes	13
Primaria	17	1 vez al mes	46
Secundaria	45	Cada 2 meses	21
Bachillerato	16	Cada 3 a 6 meses	12
Carrera técnica	11	1 vez al año o No se reúnen	8

Fuente: Directa 2015

Grupos de ayuda mutua (GAM)

Se aplicaron 125 encuestas a integrantes de los grupos GAM, de los cuales el 95 % fueron mujeres y el resto hombres, el promedio de edad fue de 55.8 años (± 11.7). 78.4% se dedicaban a las labores del hogar, 12 % empleados y el resto a otras actividades. En cuanto a la escolaridad 27% reportó ninguna, 43% primaria, 16% secundaria, 4% bachillerato y el resto carrera técnica. Del funcionamiento de los GAM, se identificó que el 30% se reúne más de una vez a la semana, 48% 1 vez a la semana, 12% solo una vez al mes, 6% dos veces al mes y el resto entre cada 2 a 3 meses (Tabla 3).

Tabla 3. Nivel de escolaridad y frecuencia de reuniones de los Grupos de Ayuda Mutua.

Escolaridad	%	Frecuencia de reuniones	%
Sin escolaridad	27	Más de una vez a la semana	30
Primaria	43	1 vez a la semana	48
Secundaria	16	1 vez al mes	12
Bachillerato	4	2 veces al mes	6
Carrera técnica.	10	Cada 2 a 3 meses	4

Fuente: Directa 2015

Con respecto a quien realiza el plan de actividades del grupo 66% indicó que es el personal de salud, 17% que todos los integrantes del grupo, 15% que no existe un plan de actividades y el resto mencionó que el plan de actividades lo elaboran algunos integrantes del grupo. Sobre la evaluación del progreso del mismo 77% refirió que es el personal de salud quien lo evalúa, 10% indicó que lo evalúa tanto el personal de salud como los integrantes, 8% que únicamente algunos integrantes, 4% todos los integrantes y 1% indicó que no se realiza ninguna evaluación.

47% de las personas encuestadas refirió que el funcionamiento del grupo depende principalmente de los integrantes, 25% que depende del personal de salud y 27% cree que para que el grupo funcione es necesario que ambos (personal de salud e integrantes) participen. Por otro lado el 83% de los integrantes consideró que el grupo no puede ser independiente del personal de salud y que necesita de ellos para que los guíen en todo momento, tan solo el 17% respondió que sí puede ser independiente.

Discusión

Se pudo identificar que estos grupos no son representativos de la comunidad, ya que predomina la presencia de mujeres y adultos mayores, por lo que no se cumple con una

característica de la participación que es continua, dinámica y representativa de todos los miembros de la comunidad⁽¹¹⁾. Recordemos que para mejorar la salud de la población es necesario involucrar a todos los grupos de edad para que se modifiquen los determinantes de salud, solo si hay corresponsabilidad las personas participan en el cuidado de su salud, por lo que la comunidad y autoridades deben asumir el compromiso de restablecer el bienestar común⁽¹²⁾.

A pesar de cumplir con el requisito en su mayoría de saber leer y escribir el nivel de escolaridad fue bajo, por lo que es primordial que el personal de salud redoble esfuerzos para establecer estrategias que reorienten la participación de la comunidad, para lograr el empoderamiento de la misma, el desarrollo integral comunitario, mejorar su calidad de vida y la sustentabilidad de los servicios de salud. Se puede hablar de auténtica participación cuando se toma en cuenta el punto de vista de los actores involucrados⁽²⁾.

Como ocupación predominó hogar, lo que puede ser una fortaleza porque tienen más tiempo disponible para realizar actividades de salud. De acuerdo a Delgado⁽¹³⁾, no toda la gente tiene el tiempo necesario para invertirlo en la participación.

Pueden existir diversos problemas que llevan a los integrantes a reunirse de manera irregular como puede ser la falta de tiempo destinado por parte de los integrantes a este tipo de actividades (a pesar de que más de tres cuartas partes se dedican al hogar), o por otra parte la formación que predomina en el personal de salud de tendencia curativa o la falta de personal dedicada a esta actividad. Las reuniones se deben realizar en diferentes horarios, ya que estos influyen para que la gente no asista⁽¹⁴⁾.

Se deduce que la participación de este grupo es pasiva, solamente acepta las propuestas del Sistema de Salud debido a que pocas veces se involucran en la toma de decisiones contradiciendo la importancia de la participación que es involucrar y empoderar a los ciudadanos para que ellos mejoren su calidad de vida y hagan valer sus derechos⁽¹⁵⁾. Esto es muy parecido a los niveles de participación encontrados por Delgado donde la gente cree que la participación es exclusivamente hacer uso de los Sistemas de Salud y expresar ideas u opiniones⁽¹³⁾. Si se imponen los programas y ellos no sienten que sus opiniones son valoradas y escuchadas difícilmente habrá compromiso⁽¹⁶⁾.

Conclusiones

Tanto en los comités de salud, como en los Grupos de ayuda mutua (GAM), la participación comunitaria se encuentra representada por las mujeres, los hombres tienen escasa participación.

El nivel de escolaridad es variable y de predominio bajo, pero destaca la nula participación de profesionistas, el nivel máximo de escolaridad de los participantes

comunitarios corresponde a nivel técnico. Esto podría explicar la escasa participación comunitaria, principalmente por el género masculino y los resultados no del todo positivos.

Hace falta propiciar la participación comunitaria por parte de los jóvenes y de las personas del género masculino, así mismo resulta fundamental y trascendente la motivación por parte de autoridades del sector salud para fomentar la participación comunitaria, ya que de esta manera se lograra fomentar el empoderamiento de los miembros de la comunidad y con ello el éxito en sus resultados en vísperas de lograr una mayor integración de los participantes en cuanto a la participación comunitaria, de lo contrario los resultados no serán del todo positivos.

Agradecimientos

Los autores estamos profundamente agradecidos con las facilidades otorgadas para la realización de esta investigación a las autoridades que representan a los comités de salud y a los grupos de ayuda mutua de Pachuca de Soto en el Estado de Hidalgo, México.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo.

Referencias

1. OMS. Atención Primaria Renovada. Ginebra, Suiza: OMS; 2008.
2. Menéndez, L. E., & Spinelli, G. H. Participación social ¿Para qué? Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial; 2006.
3. Méndez CA. & Vanegas L.J, La participación social en salud: el desafío de Chile. Rev Panam Salud Pública; 2010. p. 144-148.
4. Ugalde, A. Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud. En E. Menéndez, & H. Spinelli, Participación Social ¿Para qué? Buenos Aires, Argentina; 2006. p 146.
5. Briceño, L. R., & Ávila, F. O. De la participación comunitaria a la participación social: un enfoque de Ecosalud. Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología; 2014. p .191-218.
6. Saturno, et al. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2014.

7. Ley General de Salud. (12 del 11 de 2015). *Cámara de Diputados*. Recuperado el 27 de 12 de 2015, de H.Congreso de la Unión, Disponible en:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_121115.pdf
8. Programa Sectorial de Salud. México; 2013-2018 .
9. Programa Sectorial de Salud. Hidalgo; 2011-2016.
10. Modelo de Atención Integral de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Secretaría de Salud de México.; MAI; 2015. p . 51-52.
11. Ceballos, M., y Jonnathan, E. Participación ciudadana en el marco de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y los consejos comunales. Provincia 21; 2009. p. 43-60.
12. Ruvalcaba, L. J., Cortés, A.S. El Sistema de Salud Mexicano. ODOUS Científica, 13(1); 2012. p . 34-42.
13. Delgado, G. M., y Vázquez, Barreras y oportunidades para la participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los actores principales. Rev. Salud Pública, 8(2), N. L; 2006. p . 128-140.
14. Arredondo, A. F. Participación Comunitaria y Salud Primaria: el caso de los consejos de desarrollo local de la comunidad de la pintada. (Tesis de licenciatura) Universidad de Chile.; 2008.
15. Delgado, G. M. E., Vázquez, N. M. L., Zapata, B. Y., y Hernán, G. M. Participacion social en salud: conceptos de usuarios, lideres comunitarios, gestores y formunladores de politicas en Colombia. Una mirada cualitativa. Rev Esp Salud Pública, 79; 2005. p . 697-707.
16. Cosovschi, A. Las practicas participativas en salud: "El caso de los Municipios Saludables, el Municipio de General Rodríguez". Cuadernos de CLASPO-Argentina; 2006.