



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**MODELO DE PARTICIPACION COMUNITARIA DEL COMITÉ
DE SALUD EN EL CONSULTORIO POPULAR DE LA MISION BARRIO
ADENTRO I, Nº 7 “INGRID PEREZ” BLOQUE 50-51 EL MIRADOR
PARROQUIA 23 DE ENERO**

CARACAS, 2005

(Trabajo Especial de Grado para optar al título de Licenciada en Enfermería)

Autoras:

Carrillo C. Nancy
C.I. Nº 14.129.888
Márquez S. Migdalia
C.I. Nº 7.957.325

Tutora:

Mgs. Aura, Pérez E.

Asesor:

Msc. Jaime, Garrido.

Caracas, 2005

Dedicatoria

Este trabajo final de grado se lo quiero dedicar a quienes siempre desearon lo mejor para mi persona y de una u otra manera me brindaron en todo momento su constante apoyo con sacrificios y esfuerzos para que yo pudiera alcanzar esta meta a nivel universitario, con todo mi amor y respeto a “Omar carrillo y Sofía de Carrillo” mis padres.

Por ultimo y no menos importante se lo dedico a mis hermanos “Mylanyela, Rosana y Omar” para que les sirva de incentivo a alcanzar la metas que se propongan.

Nancy Carrillo

Dedicatoria

A Venus! La diosa del amor.

Creo en el amor! que llega sin aviso en el poder en cada sensación,
en cada placer. Llevo el aroma del amor.

Que no se confunda entre tanta gente que sea distinta como yo.

Creo que encontré un paraíso, quiero una iglesia que con su mirada
salve el alma del angustiado.

Yo quiero un rebaño donde mis ovejas se sientan seguras y llenas de
paz donde mi palabra sea su alimento y allí quiero morar.

Hace tanto tiempo que estoy deseando que muestre mi imagen que es
la del amor.

Se que mañana no estarás y aunque me duela tu te vas cerca o lejos
te extrañare el amor viene y se va.

Porque eres parte de mi vida y mi corazón yo seguiré convencida en el
amor.

Migdalia Márquez

Agradecimiento

Deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda y apoyo hicieron posible la feliz y exitosa culminación de este trabajo de investigación.

A la Comunidad, al Comité de Salud del Consultorio Popular de la misión Barrio Adentro I - No. 7 "Ingrid Pérez" Bloque 50-51 el Mirador Parroquia 23 de enero.

A nuestra tutora Mgs. Aura Pérez por todo el apoyo, cariño, amista que nos brindo, con sus palabras de amor para seguir adelante y no dejarnos vencer.

A nuestro asesor Mgs. Jaime Garrido, por ser paciente, y con su interés y dedicación para satisfactoriamente realizar nuestra tarea.

A todos ellos, nuestros reconocimientos y agradecimientos.

Nancy y Migdalia

Lista de Tablas

	Pág.
La tabla N° 1-A respuestas emitidas para el ítem 1 numeral A, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: Coordinador General del Comité de Salud.	38
La tabla N° 1-B respuestas emitidas para el ítem 1 numeral B, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: Promotores de Salud.	39
La tabla N° 1-C respuestas emitidas para el ítem 1 numeral C, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: Comisión de Alimentación.	40
La tabla N° 1-D respuestas emitidas para el ítem 1 numeral D, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: Funciones de la Comisión Educativa.	41
La tabla N° 1-E respuestas emitidas para el ítem 1 numeral E, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídico, subindicador: Funciones de la Comisión de Economía Social.	42
La tabla N° 1-F respuestas emitidas para el ítem 1 numeral F, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: Funciones de la Comisión Cultura y Deporte.	43
La tabla N° 1-G respuestas emitidas para el ítem 1 numeral G, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídico, subindicador: Funciones de la Comisión de Publicación y Comunicación	44
La tabla N° 2 respuestas emitidas para el ítem 2 , con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: personas encargadas de la Contraloría Social del Comité de Salud	45
La tabla N° 3 respuestas emitidas para el ítem 3. con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: Cómo debería ejercerse la Contraloría Social	46

La tabla N° 4 respuestas emitidas para el ítem 4, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: Evaluación de la Satisfacción Ciudadana dentro de los Elementos Jurídicos del Comité de Salud	47
La tabla N° 5 respuestas emitidas para el ítem 5, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: Cuáles serían los Mecanismo de la Evaluación	48
La tabla N° 6 respuestas emitidas para el ítem 6, con referencia a la dimensión Aspectos Educativos, subindicador: Contenidos que deben estar incluidos en la Capacitación del Comité de Salud	49
La tabla N° 7 respuestas emitidas para el ítem 7, con referencia a la dimensión Aspectos Educativos, subindicador: Cuáles herramientas serían las más adecuadas en la capacitación del Comité de Salud	50
La tabla N° 8 respuestas emitidas para el ítem 8, con referencia a la dimensión Aspectos Comunicacionales, subindicador: Sugerencias y Reclamos de la Comunidad	51
La tabla N° 9 respuestas emitidas para el ítem 9, con referencia a la dimensión Aspectos Comunicacionales, subindicador: Comunicación como Regla Operativa en la Atención Ciudadana	52



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**MODELO DE PARTICIPACION COMUNITARIA DEL COMITÉ DE SALUD
EN EL CONSULTORIO POPULAR DE LA MISION BARRIO ADENTRO I,
Nº 7 "INGRID PEREZ" BLOQUE 50-51 EL MIRADOR PARROQUIA 23 DE
ENERO CARACAS, 2005**

Autoras:

Carrillo C. Nancy
C.I. N° 14.129.888
Márquez S. Migdalia
C.I. N° 7.957.325

Tutora:

Mgs. Aura, Pérez E.

Asesor:

Msc. Jaime, Garrido.

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo general proponer un Modelo de Participación Comunitaria de un Comité de Salud del Consultorio Popular "Ingrid Pérez" de unas de las zonas populares del Distrito Metropolitano como lo es el 23 de enero. El tipo de estudio utilizado es el proyecto factible donde nace la propuesta del modelo. Investigación es proyectiva. Los sujeto objeto de estudio estuvo conformada por 10 personas de la comunidad a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada dando como resultado más importantes, para los aspectos jurídicos que abarca la organización del Comité de Salud y las funciones en un alto porcentaje 80% no sabe cuales son las funciones que debe cumplir cada integrante del Comité de Salud, con respecto al aspecto educativo el 90% hace referencia a que los integrantes deben tener conocimientos del área de la salud, de acuerdo a los aspectos comunicacionales el 90% considera que la comunicación es una regla operativa.

INTRODUCCION

La presente investigación se aborda la salud desde la perspectiva integral, en donde la participación comunitaria cumple su acción de fortalecimiento de lo preventivo y de la promoción de la salud de manera que la población cumple con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000) en los artículos 62, 70, 83, 84, 85. 86 y 122.

Dentro del mecanismo existente para ejecutar la participación comunitaria nacen los comités de Salud, los cuales permiten reconocer la situación de salud de la población sus necesidades reales, es por ello que nace esta propuesta para facilitar el funcionamiento de la herramienta Comités de Salud en tres (3) grandes aspectos:

1. Aspectos Jurídicos: Contemplando las normativas del funcionamiento.
2. Aspectos Educativos: Los talleres y cursos relacionados a la capacitación.
3. Aspectos Comunicacionales: Hace referencia a los medios de divulgación de la información.

Este modelo propuesto permite la ejecución de actividades de manera sistemática para lograr que la participación comunitaria en el ámbito de la salud sea efectiva y objetiva.

La investigación se encuentra estructurada en 6 capítulos.

Capítulo I, El Problema corresponde al planteamiento del problema, los objetivos y la justificación.

Capítulo II, Marco Teórico en el cual se reflejan los antecedentes de la investigación, bases teóricas, sistema de variables, operacionalización de la variable y definición de términos.

Capítulo III, Diseño Metodológico correspondiente al tipo y diseño de investigación, población, métodos e instrumentos de recolección de los datos, validez y confiabilidad, las técnicas de tabulación y análisis de la información.

Capítulo IV, en el se exponen los análisis y resultados de la investigación.

Capítulo V, conclusiones y Recomendaciones derivadas del estudio.

Capítulo VI, corresponde a la Propuesta de Investigación.

Finalmente las referencias bibliográficas consultadas en esta investigación y los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La participación comunitaria se entiende como una extensión de lo que significa ciudadanía, donde la población cumple con su deber y ejerce su derecho contemplados en la democracia participativa. El Ministerio de Salud (MS) (2005), lo explica como: “el conjunto de acciones por medio del cual la población de manera organizada contribuye en sus comunidades a situaciones de salud” (Pág. 2).

Según Sánchez M (2005),

“A lo largo de la historia la participación comunitaria ha evolucionado, en la época clásica. La medicina hipocrática señala la relación médico-enfermo, como una relación entre iguales, luego en el imperio Romano desaparece el sistema democrático, sin embargo hubo un crecimiento significativo de la ciencia medica se produce el distanciamiento, evidenciándose la medicina elitista y aristocrática. (Pág. 15).

Así mismo Sánchez M (2005) señala que: “En la edad media se regresa a lo rural con un gran retroceso científico; con el renacimiento se le

da protagonismo a los individuos y un papel activo frente a los procesos ciudadanos.” (Pág. 30).

Sánchez, M. (2005). También señala que: “Durante el período de la revolución industrial y las transformaciones económicas provocan grandes desajustes y desigualdades en donde la participación se ve limitada”. (Pág. 35).

Otro señalamiento de Sánchez, M. (2005). Indica que esta misma evolución evidenció con mayor énfasis en el campo del área de la salud, es así como en 1978 se realiza la declaración de Alma Ata (1978) que define la participación como “el conjunto de procesos por los que los individuos y las familias asumen responsablemente su propia salud”. (Pág. 7).

Antes del año 1978 se sostenía que el sector sanitario fue el responsable de forma exclusiva y hegemónica del proceso enfermedad y la curación. La implantación de la Atención Primaria de Salud (APS) se establece como una estrategia desde la declaración de Alma Ata (1978) “En donde la salud de la población se debía establecer como un acto cooperativo intersectorial, auto responsable y con participación comunitaria de la población;” (Pág. 9). Es así como en Venezuela desde ese mismo año se

viene efectuando la estrategia DE LA atención Primaria de Salud a través de los Ambulatorios tanto urbanos como rurales.

A finales del año 1999 en Caracas ocurre la tragedia en el Estado Vargas, que no fue más que el deslave del cerro El Ávila sobre casi el 70% de las comunidades del Estado Vargas, donde un gran contingente de médicos y médicas cubanos que apoyaron las acciones de salvamento y recuperación de la salud a los afectados por la tragedia, posteriormente se implementa el plan Bolívar 2000 y luego la Misión Barrio Adentro con el convenio de la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela, dando así inicio al modelo de gestión en salud respaldada por la democracia participativa y protagónica establecida en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999.

La Comisión Presidencial Misión Barrio Adentro (2005). Crea el documento Modulo de Barrio Adentro y Salud de la Comunidad “donde indica que la atención a las personas, familias y comunidades con problemas de salud, en los sectores más pobres del país;” (Pág. 5). convirtiéndose así en el nuevo modelo de atención y gestión en salud, cuyo objetivo general es construir redes sociales orgánicas que permitan el posicionamiento comunitario de las instituciones del estado para elevar la calidad de vida de los habitantes de los barrios; uno de los medios de posicionamiento son los Comités de Salud, los cuales son las organizaciones de base comunitaria

que facilitan la participación de la población en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud en las comunidades, por lo que cada comunidad debe poseer esta estructura de participación, integrada por miembros de la comunidad en los consultorios populares y demás estructuras que apoyan lo representativo del colectivo en acciones de salud y calidad de vida.

Uno de los problemas presentados es la falta de organización del Comité de Salud, tal como puede verse en el consultorio popular ubicado en el bloque 50-51, El Mirador en la Parroquia 23 de Enero en Caracas en donde se atiende a una gran población confirmado según datos aportados por el personal de salud (2005), y lo observado por las autores en la pasantías asignadas en el área de interés del décimo semestre realizadas en esa institución de salud del primer nivel de atención del sistema de salud de Caracas. Los participantes no ejercen su rol protagónico y abandonan las actividades en corto plazo, sólo una persona se mantiene permanentemente y esto hace que no se pueda cumplir con el deber ser del Comité de Salud.

Por lo antes planteado surge el siguiente problema de investigación:

¿Qué mecanismo de participación se adecúa al Comité Salud?

¿Cómo estaría diseñada una propuesta de Modelo de Participación Comunitaria para el Comité de Salud?

Justificación

Al asumirse la Misión Barrio Adentro I como política de salud del Estado Venezolano. Se realizan investigaciones en el área; para determinar las prioridades y necesidades con relevancia social, para mejorar los aspectos relacionados con la misión y sus organizaciones comunitarias, Siendo una de ellas el Comité de Salud.

Propuesta del Modelo de participación comunitaria del Comité de Salud el modelo permite delinear aspectos a seguir en la conformación y fortalecimiento del Comité de Salud mediante la promoción de la atención primaria en salud y la participación ciudadana como la creación de mecanismos que permitan articular acciones que defiendan el derecho a la salud y calidad de vida de los sectores del Modelo. Este modelo beneficiará al Comité de salud haciéndolos mas eficiente y funcionalmente por tanto mas útil a la comunidad

Objetivo General

Proponer un modelo de participación comunitaria del Comité de Salud en el Consultorio Popular de la Misión Barrio Adentro I, N° 7 “Ingrid Pérez” del bloque 50-51, El Mirador en la Parroquia 23 de Enero Caracas 2005.

Objetivos Específicos

- Determinar los mecanismos de Participación Comunitaria que debe llevar a cabo Comité de Salud.
- Diseñar el Modelo de Participación Comunitaria del Comité de Salud.
- Establecer la factibilidad del Modelo de Participación Comunitaria del Comité de Salud.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

En el siguiente capitulo contiene los antecedentes del estudio, las bases teóricas y la operacionalización de la variable.

Antecedentes

Molina Rodríguez y Col. (1998), realizaron un estudio en México donde se presentan los resultados de una evaluación preliminar y parcial de un proyecto de salud autogestivo que se está desarrollando en las comunidades de Lázaro Cárdenas y Las Limas, en el Municipio de Simojovel, Chiapas, México. El objetivo fundamental del trabajo es la identificación de factores derivados de la relación de las poblaciones con el Estado, por un lado, y por el otro de las condiciones socioeconómicas de sus pobladores, que favorecen u obstaculizan el desarrollo de la participación social en su proyecto de salud. Se trata de un estudio comparativo del tipo antes-después, en cada localidad y entre las localidades, que mide el efecto que tiene un programa de salud con participación comunitaria en dos comunidades que mantienen distinta relación con el Estado. Para lo anterior se realizaron dos encuestas

socioeconómicas y de morbilidad prevalente, una previa a la intervención y otra un año después; se caracterizó la participación social en acciones de salud y se identificó el tipo de intervención estatal en las localidades a través de programas e instituciones gubernamentales. Los resultados orientan a asegurar que el programa de salud contribuye a mejorar las condiciones higiénico sanitarias de la población y a disminuir la frecuencia de padecimientos como las diarreas y parasitosis; la participación social es más activa en Lázaro Cárdenas que en las Limas. La intervención estatal en las comunidades se da de manera impositiva a través de programas e instituciones de carácter social, sin dar oportunidad a una participación comunitaria en la toma de decisiones. Como conclusión se puede afirmar que la organización democrática de la comunidad y la autogestión favorecen la participación social, mientras que la presencia del Estado fomenta la dependencia y el paternalismo, obstaculizando la participación social amplia en acciones de salud.

En esta investigación se evidencia que la identificación con el problema de salud a trabajar por parte de la comunidad es importante para que se involucre y no sea un simple espectador de las intervenciones del estado.

García, M. Galvis Castaño, G. (Colombia 1994), realizaron un estudio acerca de los antecedentes y perspectivas de la participación comunitaria en

el sector rural y los municipios menores en donde la gestión comunitaria en el suministro de agua cobra una especial importancia en el sector rural, los municipios menores y los asentamientos subnormales de las grandes ciudades basan sus mejoras en la participación que tengan sus pobladores. Dando como resultado que el 38% de la población no participa en las mejoras de las comunidades rurales, concluyendo que los sectores populares colombianos en un 70% participan en acciones comunales en pro de los beneficios colectivos.

Esta investigación se relaciona con la presente investigación en donde coinciden en la importancia de la participación comunitaria. Para todos los sectores no solo el sector salud.

Bases Teóricas

La ley organiza descentralización (2003) establece que: “los modelos de participación comunitaria nacen de los Procesos de descentralización y de transferencia de competencias que confieren a las regiones la responsabilidad de elaborar su plan de desarrollo” (Pág 4). Esto es consecuente con la estrategia de los gobiernos que lleva a la necesidad que los niveles regionales deban desarrollar una Visión con plena participación comunitaria que les permita conceptuar como ellos quieren ser en un futuro, definiéndose un proyecto a largo plazo. Dicho sueño identifica al mismo

tiempo la problemática que debe ser intervenida y las principales necesidades que deben ser desarrolladas. A esta identificación de prioridades se la convalida con los diagnósticos técnicos definiéndose de esta forma una visión compartida entre la comunidad y los sectores oficiales presentes en el gobierno local, priorizándose los programas y proyectos de inversión, desde el punto de vista negativo por su incidencia y severidad, o su efecto en la mortalidad y morbilidad y, si la intervención es efectiva y barata. Desde el punto de vista positivo por la intensidad del incremento. La disminución de las pérdidas, o la satisfacción de las necesidades, eficiencia y costo.

La complejidad de los problemas determina la decisión de la elaboración de planes de intervención a corto, mediano y largo plazo. Es así como la Comisión Presidencial Misión Barrio Adentro (2005), menciona que, “generalmente, las intervenciones a corto plazo son las que actúan sobre las causas, las de mediano sobre los factores determinantes y las de largo plazo sobre los factores condicionantes” (Pág.2). Fundamentalmente, el trabajo sobre factores condicionantes es eminentemente intersectorial, mientras que las intervenciones en factores causales son bastante sectoriales. Desde el sector salud nace la idea de los comités de salud, para atender los factores que determinan la salud del primero factor los cuales permiten la

participación de la colectividad en la planificación y ejecución de planes en este sector tan primordial para la población.

En el área de la salud es que los diversos sectores, las organizaciones formales e informales, la comunidad y otras agrupaciones participan activamente tomando decisiones, asumiendo responsabilidades específicas y fomentando la creación de nuevos vínculos de colaboración para promover, mantener y resguardar la salud del colectivo.

Participación comunitaria es, según lo establece la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2004), como:

“La identificación de prioridades, la elaboración de los programas y Proyectos de Intervención sobre los problemas y potencialidades de desarrollo, en la ejecución de los mismos cumpliendo con las responsabilidades asignadas, participar en los procesos de evaluación e identificar nuevas prioridades, por lo que es un proceso complejo que dura toda la vida de los individuos, ya que la población desde niños hasta adultos mayores deben ser protagonistas del proceso comprometiéndose en la búsqueda de la equidad en el acceso al bienestar para toda la población, enfatizándose la solidaridad de la población con mejores condiciones de vida hacia los excluidos, uniéndose a este plan el esfuerzo gubernamental, denominándose este proceso desarrollo comunitario, ya que al esfuerzo del pueblo se une la autoridad gubernamental con la finalidad de mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, incorporar dichas comunidades en la vida nacional y representarlas para contribuir plenamente al progreso del país” (Pág. 1).

La participación comunitaria permite la coordinación estrecha entre la comunidad, instituciones locales, organizaciones y el sector salud para organizar acciones conjuntamente con los actores comunitarios que garanticen la calidad de vida y el bienestar.

Para lograr la participación comunitaria existen condiciones básicas, tales como identidad comunitaria, identificación con los problemas reales entre otros que muchas veces pueden presentarse en forma combinada, y en otros casos no existir por ello es muy importante tener en cuenta que la Participación Comunitaria no se realiza con los deseos sino con las acciones.

El papel de la comunidad no ha de limitarse a responder solo a servicios planificados y diseñados desde el establecimiento de salud. La comunidad debe participar activamente en todo el proceso desde detectar los problemas, necesidades como, elaborar soluciones y evaluar los resultados logrados o los cambios que se deben generar.

Así mismo, es comprensible que hacer que la comunidad participe en las actividades de salud muchas veces suele ser difícil, pero si tenemos en cuenta algunas acciones concretas esto puede mejorar.

(Comisión Presidencial Misión Barrio Adentro 2005). Expresa que:

“La participación comunitaria debe ser sentida como un compromiso entre el problema y la necesidad sentida y el deseo de solucionarlo. La participación comunitaria es solicitar desde el Sector Oficial ayuda para ejecutar un Plan concebido en forma paternalista, es el haber participado en la realización del sueño, en la identificación de prioridades, en la elaboración de los programas y Proyectos de Intervención sobre los problemas y potencialidades de desarrollo, en la ejecución de los mismos cumpliendo con las responsabilidades asignadas, participar en los procesos de evaluación e identificar nuevas prioridades, por lo que es un proceso complejo que dura toda la vida de los individuos, ya que la población desde niños hasta adultos mayores deben ser protagonistas del proceso comprometiéndose en la búsqueda de la equidad en el acceso al bienestar, para toda la población, enfatizándose la solidaridad de la población con mejores condiciones de vida hacia los excluidos, uniéndose a este plan el esfuerzo gubernamental. este proceso se denomina desarrollo comunitario, ya que al esfuerzo del pueblo se une la autoridad gubernamental con la finalidad de mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, incorporar dichas comunidades en la vida nacional y representarlas para contribuir plenamente al progreso del país” (Pág. 1).

Servicio de Salud y Formas de Participación

La participación se da por la misma comunidad o a través de agentes externos que influyen en esta comunidad.

En los años 50 la participación se vinculaba a la forma como se desarrollaba la comunidad, o sea, la forma como se daban los conocimientos para mejorar la calidad de vida de la comunidad. La participación estaba

supeditada a la capacidad organizativa y participativa de la comunidad lo cual dio lugar a que sus miembros elaboren las propuestas en materia de salud por lo que la población se hace dependiente de los profesionales de salud.

Al promediar la década de 1970 la participación incorpora estrategias de organización y desarrollo integral de los pueblos, reconociendo la necesidad de vincularse los pueblos con organismos en general.

Debemos tener en cuenta que no puede sostenerse que la participación es un hecho aislado de la sociedad, es un todo integrado en la población en busca de la salud colectiva.

La OPS realizó en 1998 una serie inicial de estudios de 16 casos sobre la participación comunitaria en la salud en comunidades rurales y urbanas de ocho países de América Latina y el Caribe. Uno de los resultados fue que la participación comunitaria es exitosa y que se mantuvo en forma continua en lugar de esporádica, y espontánea (a iniciativa de la comunidad) en lugar de a petición de autoridades externas. La participación amplía por la mayoría de grupos sociales, en particular los de mujeres, tuvo más probabilidad de tener éxito de mantenerse que cuando la participación se limitó a un grupo o segmento de la población.

Molina R y Col (1998) señalan que la participación Social que:

“Al hablar de participación social tenemos que considerar las relaciones de poder que se establecen entre el Estado y la Sociedad Civil, entre las instituciones y la población, y entre los prestadores y los usuarios de los servicios de salud. Se ha llegado a proponer que en su dimensión política la participación social se equipara con democracia, de la que es condición y resultado” (Pag. 2).

Promoviendo una verdadera participación

La atención primaria de salud (OPS) (1998) es un ejemplo para demostrar como el desarrollo tiene que ser visto como un proceso donde las diferentes etapas se llevan a cabo de una manera flexible. De esta forma, la comunidad considerará al proceso como suyo y continuará con las actividades.

Lo importante es interesar a la comunidad a confiar en sí misma. Al inicio, el programa externo tendrá la mayoría de las ideas, las responsabilidades y el sentido de posesión. Tomará casi todas las decisiones y proveerá muchos de los recursos necesarios.

En este sentido, Ben Oruga (2000) sugiere una serie de pasos (siete) que deben incluirse para lograr y promover una verdadera participación comunitaria.

Ben Oruga (2000) Sugieres siete pasos:

1. Concientización El objetivo es asistir a que las comunidades entiendan la idea de atención primaria de salud. La concientización de las personas permitirá que éstas puedan comprender lo que está ocurriendo en su comunidad y pueblos circundantes.

- puedan comprender que la prevención de enfermedades es útil y vale la pena.
- comiencen a tener un sentido de posesión de sus recursos para que mejoren su propia salud
- puedan comprender que la comunidad es responsable por la salud de las personas y la organización de actividades.
- puedan comprender los diferentes papeles que juegan los comités de salud, los promotores de salud y las parteras tradicionales.

2. Capacitación La capacitación es necesaria en distintos niveles...

- ✓ **Nivel nacional** – Capacitación de promotores
- ✓ **Nivel regional** – Capacitación de promotores, instructores y líderes de programas
- ✓ **Nivel local** – Capacitación de promotores, líderes de programas y comités de salud

- ✓ **Nivel comunitario** – Capacitación del recurso humano – promotores de salud, parteras tradicionales, curanderos tradicionales, miembros del comité de salud.

3. Identificar la atención primaria

Esto se hace en distintos niveles

- ✓ **Nivel regional** – Mantener discusiones con departamentos gubernamentales y de salud sobre la atención primaria de salud y las actividades prácticas que mejorarían la situación en la comunidad.
- ✓ **Nivel local** – Obtener el apoyo de los líderes de la comunidad. Repetir el proceso de concientización. Ponerse de acuerdo con las maneras prácticas de introducir la atención primaria de salud.
- ✓ **Nivel comunitario** – Reunirse con los líderes de la comunidad para introducir estas ideas e iniciar el proceso de concientización por medio de visitas domiciliarias. Convocar la comunidad a una reunión y elegir un comité de salud de la comunidad.

4. Asistiendo a la comunidad

Se realiza a través de:

- ✓ Un acuerdo de asociación entre la comunidad y el programa

- ✓ La identificación de los problemas principales y cómo resolverlos de una manera práctica
- ✓ La elección de los miembros del comité quienes guiarán el proyecto de salud basado en la comunidad.

5. Comprendiendo la situación actual Capacitar el recurso humano y el comité de salud en recopilar información sobre la situación presente y lo que se entiende por salud. Por ejemplo, se pueden visitar las comunidades y animar a que la gente hable sobre los casos de enfermedades, sus nombres y tratamientos locales. Es necesario comprender sus esperanzas y necesidades antes de comenzar un proyecto de salud.

6. Acción y Monitoreo Una vez que el programa de salud esté en marcha...

- ✓ Haga visitas de seguimiento (durante cinco años).
- ✓ Reúna las comunidades para que puedan compartir experiencias y planes.
- ✓ Refuerce los vínculos con unidades de salud locales y con promotores de salud.
- ✓ Provea cursos de repaso.

7. Evaluación

Discuta con los comités de salud, los patrocinadores y los promotores si se han alcanzado las metas originales. Según lo que se ha descubierto y las lecciones aprendidas, anime el desarrollo de nuevas ideas y planes para el futuro trabajo. (Pág. 2 - 8).

Comité de Salud

En el campo específico de la salud, se busca ofrecer una atención integral a todos los grupos de edad, desde el materno infantil hasta el adulto mayor, generando una actitud hacia la promoción, prevención y el autocuidado en salud. Así mismo se busca establecer y poner en marcha mecanismos de participación comunitaria en el sector, buscando ampliar coberturas, humanizar los servicios y mejorar la calidad de atención. De otro lado, se mantiene desde allí el propósito de convertir la salud en un compromiso de todos, sobrepasando las barreras institucionales e involucrando a todos los sectores de la localidad.

Los integrantes prioritarios del Comité: Coordinador General, Promotores de salud, Comisión Odontológica, Alimentación, Educativa, Económica, Social, cultural-Deporte, Publicación y Comunicación, Contraloría Social.

Aspectos Jurídicos

Para la conformación de los comités de salud se convoca a una asamblea de ciudadanos quienes eligen a ciudadanos y ciudadanas para prestar apoyo al personal médico y demás funcionarios que estarán laborando en los consultorios populares, así como vigilar y fiscalizar las acciones cumplidas por dicha institución. De igual manera todas las acciones del comité de salud se basan en el artículo 70 de la constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela.

Además de la constitución existe el proyecto de ley de los consejos comunales (2003),

Ley de Consejos Comunales (2003) señalando:

“que permite en el marco constitucional de la democracia participativa y protagónica, una instancia de participación, articulación e integración entre las diversas organizaciones comunitarias, grupos sociales y los ciudadanos y ciudadanas, que permiten al pueblo organizado ejercer directamente la gestión de las políticas públicas y proyectos orientados a responder a las necesidades y aspiraciones de las comunidades en la construcción de una sociedad de equidad y justicia social” (Pág. 2).

Organización

Según Sanchez M (2005): ,

“La organización de los comités de salud y de todas las organizaciones comunales se contextualiza en torno a la evolución del concepto de salud, en donde se distinguen en las últimas

décadas tres grandes momentos o estadios del concepto de salud". (Pág. 28).

Antes de 1970, se afirmaba que salud era la ausencia de enfermedad. A partir de 1970, sosteniendo el concepto de salud como ausencia de enfermedad, se agrega el bienestar.

A partir de 1980, se sostiene que el proceso salud – enfermedad es la resultante de la interrelación dinámica de lo biológico, físico y social. Esto modifica la esencia en los servicios de salud asociando conceptos de participación social, lo cual se sostiene hasta nuestros días.

El recurso humano formado para los servicios de salud en distintos roles, introducen nuevos aportes para la incorporación de otros determinantes de la salud de la población. Los procesos de participación social en salud se irán facilitando conforme vaya cambiando la sociedad y por ende la atención en salud.

Ante lo expuesto se visualiza a la participación social como el resultado de un lento proceso de transformación social, cuyo centro de operación está basado en los actores, comunidades y las políticas institucionales.

No solo se necesita de la focalización para llevar en forma adecuada los recursos financieros, humanos y tecnológicos, también se utilizan otros procedimientos para priorizarlos.

Según OPS (1998) La prioridad de los problemas se determinan por:

- ✓ “Punto de vista negativo, por su incidencia y severidad, por su efecto en la mortalidad y si la intervención es efectiva se sopesa el costo”. (Pág. 4).
- ✓ “Punto de vista positivo, por la intensidad del incremento, la disminución de las pérdidas, o la satisfacción de las necesidades, eficiencia y costo” (Pág. 5).

Es así que la Organización Panamericana de la salud (OPS) (1998), refiere que: “se debe tener en cuenta estos dos puntos y sabiendo que existen diferentes metodologías de planeación local participativa que permiten priorizar los problemas identificados, se trabajará en busca de la autonomía comunitaria”. (Pág. 6).

Según Celedón. C (2000) Políticamente se tiene:

“Equidad horizontal, viene a ser la asignación de recursos iguales o equivalentes para una misma necesidad o un mismo problema. Equidad vertical, es la asignación de diferente

recursos para diferentes niveles de necesidad. Se debe ayudar a quien más lo necesite y así corregir diferencias existentes. La equidad vertical también se llama focalización y tiene dos enfoques”: (Pág. 2).

“Enfoque de riesgo, determina la probabilidad de las ocurrencias de un problema en un individuo a través de estudios epidemiológicos de carácter espacial y temporal o la utilización de la caracterización del nivel de pobreza individual; lamentablemente éste estigmatiza y clasifica al usuario de bajos recursos”. (Pág. 3).

“Enfoque de oportunidad de vida, identifica comunidades con más riesgo de encontrar más problemas a través de indicadores indirectos; éste es más sensible y más específico que el enfoque de riesgo. Es deber del Estado atender las necesidades esenciales de la población en materia de paz, educación, ingresos, vivienda, agua potable, empleo, seguridad alimentaria y en general de justicia social como determinantes de problemas de salud para intervenir los problemas de salud condicionados en su presencia por esta diferencia, dada y refiere que se debe trabajar con los diferentes enfoques” (Pág. 4).

Según Beltrán (2000) según la explica como:

“La focalización aparta la planificación normativa para distribuir recursos, criterios de gravedad de problemas y magnitud de población afectada para utilizar la planificación en busca de la equidad teniendo en cuenta la importancia del problema. Se sabe que cuanto mayor sea la proximidad entre el organismo que ejecuta la focalización y

los beneficiarios finales, es más factible que los bienes y servicios lleguen a los grupos deseados, planteando un determinado modelo de asignación de recursos de acuerdo a la zona y teniendo en cuenta las necesidades prioritarias que se hallen”.
(Pág. 23).

La asignación de recursos hará que los responsables de los Sistemas de información, trabajen en busca de obtener el máximo grado de recursos en función a la inequidades existentes.

Al distribuir recursos se debe tener en cuenta que las necesidades pueden transformarse en demandas de acuerdo a las necesidades propias de la comunidad.

Teoría de Investigación

Acción Participativa

La sociedad evoluciona mediante procesos continuos en los que las personas participan en acciones colectivas. Es así como Salazar, M. (1997), afirma que: “la Investigación Acción Participativa (IAP) surge como herramienta teórica intencional de otorgar poder a las personas para que asuman acciones eficaces de mejoramiento de sus condiciones de vida y aumenten la participación real de la comunidad”. (Pág. 20).

Se utiliza esta teoría como basamento de la propuesta que esta investigación plantea.

A través de es la teoría de participación profundiza la democracia, facilita la articulación social, trata de asumir la fragmentación y dialéctica social pudiendo posibilitar los cambios en las relaciones sociales y las contriciones colectivas de los autores sociales. Los proceso nacen de los intereses ciudadano, la metodología participativa son utilizadas como herramienta complementario de trabajo de lo social.

Sistema de Variable

Variable: Modelo Participación Comunitaria del Comité de Salud, del Mirador
23 de Enero.

Definición Conceptual

Son todos los mecanismos y componentes que integran la Participación Comunitaria.

Definición Operacional

Son los componentes que debe manejar el Comité de Salud, tales como: Jurídicos, Educativos y Comunicacionales que conforman la Participación Comunitaria.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

Variable: Modelo Participación Comunitaria del Comité de Salud, del Mirador 23 de Enero

Dimensión	Indicadores	Subindicadores	Ítems
Aspectos Jurídicos Son los principios en que la Participación basa sus Reglamentos de organización control, vigilancia y evaluación.	Organización	Función por áreas: Coordinador General del comité de Salud. Promotores de Salud. Comisión Odontológica, Alimentación, Educativa, Económica Social, Cultura-Deporte, Publicación-Comunicación.	1
	Control y Vigilancia	Contraloría Social: <ul style="list-style-type: none"> - Quién la ejerce - Cómo la ejerce 	2,3
	Evaluación	Satisfacción Ciudadana: <ul style="list-style-type: none"> - Mecanismo de Evaluación 	
	Capacitación Asesoría	Conocimientos teóricos: <ul style="list-style-type: none"> - Herramientas de capacitación - Cursos, talleres 	4,5
Aspectos Educativos Abarca principios de capacitación, cursos y talleres a la población.	Información, sugerencias y reclamos	Reglas operativas: <ul style="list-style-type: none"> - Atención ciudadana 	6,7
			8,9
Aspectos Comunicacionales Hace referencia al derecho de la población de estar informado y generando mecanismo de sugerencias y reclamos como medio de presión de la atención ciudadana			

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

El contenido de este capítulo hacer referencia al tipo de estudio, en la población y el instrumento con su variable y confiabilidad.

Tipo de estudio

El tipo de estudio es de la modalidad proyecto factible, el cual consiste en la investigación, elaboración y la oferta de una propuesta, en publicación del fondo editorial de la Universidad Pedagógica Experimental (UPEL) (2003).

“El proyecto factible comprende las siguientes etapas generales: diagnóstico, planteamiento y fundamentación teórica de la propuesta; procedimiento metodológico, actividades y recursos necesarios para su ejecución, análisis y conclusión sobre la viabilidad y realización del proyecto”. (Pág.16).

Aunado a lo expuesto estos autores destacan que el proyecto factible debe tener apoyo en una investigación como un diseño de campo.

Al respecto, Tamayo, M. (1991), lo define:

“Se basa en informaciones o datos primarios, obtenidos de la realidad. Su innegable valor reside en que le permite cerciorarse al investigador de las verdaderas condiciones en

que se han conseguido los datos, haciendo posible su revisión o modificación en el caso de que surjan dudas respecto a su calidad". (Pág.71).

Diseño de la investigación

El diseño del estudio planteado es de tipo investigación proyectiva,

Hurtado, J. (2000) señala que:

“Este tipo de investigación también llamado proyecto factible, consiste en la elaboración de una propuesta o de un modelo, los cuales constituyen una solución o un problema o necesidad de tipo práctico, ya sea de un grupo social o de una institución, o de un área particular de conocimiento, a partir de un diagnóstico preciso de las necesidades del momento, los procesos causales involucrados y las tendencias futuras” (Pág.311).

En la presente investigación se propone el modelo de participación del Comité de Salud para el fomento de la participación ciudadana.

Según el período y secuencia de estudio, la investigación es prospectiva, Hurtado, J. (2000) señala que “la prospectiva requiere que el investigador o planificador construya o diseñe un futuro deseable (ya no solo probable), y se ubique en él, como si ya existiera, de modo que su planificación va desde el futuro hasta el presente” (Pág.313).

Población

Hurtado, J. (2000) define población como “el conjunto de elementos que forman parte del contexto donde se quiere investigar el evento” (Pág.25).

Para Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2003) la población es el “conjunto de todos los casos y concuerdan con determinada especificación” (Pág.6).

En la investigación los sujetos objeto de estudio fueron los 10 integrantes de la comunidad del Bloque 50 y 51, El Mirador Parroquia 23 de Enero.

Por ser la población pequeña no se realizó ningún tipo de muestreo y se tomó la totalidad de la población. (10 sujetos).

Métodos e Instrumento de recolección de datos

En el trabajo de investigación el método de recolección de datos a utilizar será la entrevista.

La entrevista fue un instrumento utilizado con 10 integrantes de la investigación y estuvo orientada por una entrevista, cuyo propósito fue el cumplir con los objetivos.

La entrevista considerada en esta investigación fue de tipo semiestructurada y focalizada, lo cual requiere según Ander-Egg (1998), “de un grupo de personas que han participado en situaciones específicas”. (Pág. 31)

En el caso de la presente investigación se refiere a los integrantes de la Comunidad del 23 de Enero.

Según Briones (1990), al igual como lo establece Hurtado (1998), “la entrevista focalizada es de tipo de informal, en las cuales hay preestablecidas, en menor número que una entrevista formal y del tipo abierto, para permitir al entrevistado dar respuestas amplias” (Pág. 2). La formulación de las preguntas debe estar guiada por los objetivos planteados en el estudio y la operacionalización de variables. Se elaboró una entrevista semiestructurada contentiva de nueve (9) preguntas. Las preguntas de la entrevista fueron abiertas sin respuestas predeterminadas debido a que se pretendió recoger respuestas amplias, con la intención del análisis de la mayor cantidad de información posible proveniente de los integrantes de la comunidad, grabándose cada una de las entrevistas, de manera de no perder detalles de la misma.

Validez

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2003) señalan que la validez “se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (p.346).

Para determinar la validez del instrumento se recurrió al juicio de 6 expertos, en diferentes áreas los cuales proporcionaron las observaciones correspondientes, estos expertos incluían a la Presidenta de la Asociación de vecinos del Sector.

Confiabilidad

Según Polit, H. (2000) la confiabilidad “es el grado de congruencia con que miden el atributo para el que está diseñado” (p.393). Este instrumento fue validado mediante su aplicación a 3 personas pertenecientes a la comunidad: el Coordinador del Comité de Salud, Un promotor de Salud, un individuo de la Comunidad. Y se realizaron los cambios pertinentes en su formulación para hacerlas mas comprensivas, sin aplicarse ningún estadígrafo específico.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo, se describen los métodos de análisis de datos seguidos en la investigación y los resultados obtenidos de estos.

Los análisis establecidos se hicieron tomando en cuenta las características de la investigación, los cuales fueron de carácter cualicuantitativo, excluyó la posibilidad de uso de la estadística inferencial, dichos análisis estuvieron guiados por los objetivos de la investigación, las interrogantes surgidas en la misma y la variable expuesta.

La variable se midió con la misma técnica e instrumento diseñados y los análisis estuvieron orientados por los métodos señalados.

Como las preguntas enunciadas en la entrevista fueron de tipo semiestructurada, las respuestas se presentaron dentro de un libre formato de respuesta sin codificación.

Briones G (1998) expresa que:

“El proceso de reducción de los datos se refiere a las actividades de seleccionar, focalizar, simplificar, obtener y transformar los datos. Dicho proceso se efectuó desde el mismo momento en

que se realizó la Operacionalización de las variables, hasta la codificación y presentación de los resultados. En primer lugar, los datos debieron ser transferidos de las cintas de grabación a lápiz y papel, tal como se presentaron las preguntas y respuestas. Se procedió a identificar las ideas fundamentales de cada respuesta y a la asignación de códigos específicos que las identificaran; se desarrollaron algunas categorías de respuesta que permitieron ubicar en forma exhaustiva a cada respuesta, en el sentido de que todas pudieran ser ubicadas en alguna categoría y excluyente en el sentido de que cada respuesta pudiera ser ubicada en sólo una categoría.” (Pág. 46).

La tabla N° 1-A repuestas emitidas para el ítem 1 numeral A, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: Coordinador General del Comité de Salud.

Categoría	Fr.	%
Vigilar que las comisiones estén cumpliendo sus funciones.	1	10%
Coordinar las diversas actividades.	4	40%
Organizar las actividades del Módulo	2	20%
Delegar las funciones entre el personal del Comité de Salud.	1	10%
Liderizar y apoyar las actividades,	2	20%
Total	10	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2005.

En la tabla 1-A, referida al conocimiento sobre las funciones del coordinador general por parte de los miembros de la comunidad del mirador se evidencian que el 40% (4 sujeto) de los entrevistados opinó que las funciones del Coordinador General del Comité de Salud, es coordinar las actividades, un 20% (2 sujeto) expresó que se debe liderizar y apoyar las actividades, otro 20% expresó que tiene que organizar las actividades del Módulo (Consultorio); un 10% (1 sujeto) opinó que debe delegar las funciones del Comité de Salud y el otro 10% (1 sujeto) expresó que las comisiones estén cumpliendo sus funciones. La dispersión de las respuestas permite referir la necesidad del modelo de participación comunitaria en la localidad.

La tabla N° 1-B respuestas emitidas para el ítem 1 numeral B, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: Promotores de Salud.

Categoría	Fr.	%
Suministrar información	1	10%
No sabe	8	80%
Realizar pancartas sobre las actividades a realizarse en el Comité de Salud.	1	10%
Total	10	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2005.

En la tabla 1-B, referida al conocimiento de la comunidad sobre las funciones de los promotores de salud, de los entrevistados un 80% (8 sujeto) no conocen la función de dicho cargo y el otro 10% que se deben realizar pancartas sobre las actividades en el Comité de Salud y otro 10% (1 sujeto) suministrar información.

En cuanto a la función de la comisión Odontología, un 100 % (10 sujeto) opinó no saber por no existir este servicio.

Los promotores de salud es una figura que apoya la actividad de participación preventiva en acciones de salud.

La tabla N° 1-C respuestas emitidas para el ítem 1 numeral C, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídico, subindicador: Comisión de Alimentación.

Categoría	Fr.	%
Realizar cuestionarios a las personas que se le presta este servicio	1	10%
No sabe	2	20%
Censar a la comunidad para detectar quien necesita el servicio alimentario.	2	20%
Repartir bolsa de comida a las personas de bajos recursos	5	50%
Total	10	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2005.

En la tabla 1-C, referida al conocimiento sobre las funciones de la comisión de alimentación el 50% (5 sujeto) dijo que se debe repartir bolsa de comida a las personas de bajos recursos; 20% (2 sujeto) opinó no saber, 20% (2 sujeto) que lo mejor es censar a la comunidad para detectar quien necesita el suplemento alimenticio; Y 10% (1sujeto) respondió que se les realizan cuestionarios a las personas que se les presta dicho servicio.

La Comisión de alimentación velará por que el producto alimenticio llegue a la población más necesitada, luego de conocer la situación de salud.

La tabla N° 1-D respuestas emitidas para el ítem 1 numeral D, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: Funciones de la Comisión Educativa.

Categoría	Fr.	%
Dictar talleres a la comunidad	3	30%
No sabe	6	60%
Realizar cursos de nivelación sobre el personal que trabaja en el Módulo...	1	10%
Total	10	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2005.

En la tabla 1-D, referida al conocimiento sobre las funciones de la comisión educativa, el 60% (6 sujeto) opinó no saber, 30% (3 sujeto) respondió sugiriendo que se dicten talleres a la comunidad, y un 10% (1 sujeto) opinó que el personal debe realizar cursos de nivelación

La Comisión Educativa es la que debe coordinar la educación para la salud a la colectividad.

La tabla N° 1-E respuestas emitidas para el ítem 1 numeral E, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídico, subindicador: Funciones de la Comisión de Economía Social.

Categoría	Fr.	%
Realizar censo para clasificar y determinar las familias de bajos recursos económicos.	1	10%
No sabe	9	90%
Total	10	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2005.

En la tabla 1-E, referida al conocimiento sobre las funciones de la comisión de economía social, Un 90% (9 sujeto) opinó no saber y el otro 10% (1sujeto) opinó que se deben realizar censos para clasificar y determinar las familias de bajos recursos económicos.

Se evidencia que sólo el 10% conoce de las funciones de esta comisión.

La tabla N° 1-F respuestas emitidas para el ítem 1 numeral F, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídico, subindicador: Funciones de la Comisión Cultura y Deporte.

Categoría	Fr.	%
Realizar y promover eventos deportivos y culturales	7	70%
No sabe	3	30%
Total	10	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2005.

En la tabla 1-F, referida al conocimiento sobre las funciones de la Comisión Cultura y Deporte, 70% (7 sujeto) opinó que se deben realizar y promocionar eventos deportivos y culturales, y un 30% (3 sujeto) opinó no saber.

Se evidencia la necesidad de clasificar a la población de las funciones de cada comisión del Comité de Salud.

La tabla N° 1-G respuestas emitidas para el ítem 1 numeral G, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídico, subindicador: Funciones de la Comisión de Publicación y Comunicación

Categoría	Fr.	%
No sabe	5	50%
Fijar avisos y carteles en el Módulo.	3	30%
Hacer propagandas de las diferentes actividades a realizarse en el Módulo.	2	20%
Total	10	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2005.

En la tabla 1-G, referida al conocimiento sobre las funciones de la Comisión de Publicación y Comunicación, Un 50% (5 sujeto) opinó no saber; 30% (2 sujeto) dijo que su función es fijar avisos y carteles en el módulo, y 20% (2 sujeto) opinó que deben hacerse propagandas de las diferentes actividades que se realizan en el módulo.

La tabla N° 2 respuestas emitidas para el ítem 2, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: Personas encargadas de la Contraloría Social del Comité de Salud

Categoría	Fr.	%
Los integrantes del Comité de Salud	6	60%
No sabe	1	10%
Los integrantes del Comité de Salud junto a la comunidad	2	20%
Los integrantes de la Comunidad	1	10%
Total	10	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2005.

En la tabla 2, referida al conocimiento sobre las personas encargadas de la contraloría social del comité de salud, 60% (6 sujeto) de los entrevistados opinaron que las personas encargadas de la Contraloría Social del comité de Salud deben ser los integrantes del mismo; 20% (2sujeto) dijo que tenían que ser el Comité de Salud junto con la comunidad; mientras que el 10% (1sujeto) expresó no saber y, el otro 10% (1sujeto) que tenían que ser integrantes de la comunidad, entendiendo la Contraloría Social como el derecho que tienen las personas de regulación de manera directa de la gestión de los servicios de salud.

La tabla N° 3 respuestas emitidas para el ítem 3. Con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: Cómo debería ejercerse la Contraloría Social

Categoría	Fr.	%
No sabe	7	70%
Comisión especial para velar porque se cumplan la Ley de la Contraloría	1	10%
Que se hagan consultas domiciliarias para constatar como se siente la gente con el trato del consultorio Popular.	1	10%
Organizar con la comunidad para recibir de ellas criterios que permitan la aplicación de la Contraloría	1	10%
Total	10	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2005.

En la tabla 3, referida al conocimiento sobre como debería ejercerse la contraloría social, Un 70% (7 sujeto) de los entrevistado opinaron no saber, un 10% (1sujeto) dijo que tiene que ser una comisión especial para velar por que se cumpla la Ley de Contraloría, un 10% (1 sujeto) que lo mejor es hacer consultas domiciliarias para constatar como se siente la gente con el trato del módulo y, el otro 10% (1 sujeto) expresó que se debe organizar con la comunidad para recibir de ellas críticas que permitan la aplicación de controles.

La tabla N° 4 respuestas emitidas para el ítem 4, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: Evaluación de la Satisfacción Ciudadana dentro de los Elementos Jurídicos del Comité de Salud

Categoría	Fr.	%
Si	10	100%
No	0	0%
Total	10	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2005.

En la tabla 4, referida al conocimiento sobre la evaluación de la satisfacción ciudadana dentro de los elementos jurídicos del comité de salud. Un 100% (10 sujeto) de los entrevistados opinó que sí es importante la satisfacción ciudadana dentro de los elementos jurídicos del Comité de Salud.

La tabla Nº 5 respuestas emitidas para el ítem 5, con referencia a la dimensión Aspectos Jurídicos, subindicador: Cuáles serían los Mecanismo de la Evaluación

Categoría	Fr.	%
Hacer reuniones con la comunidad para escuchar opiniones	3	30%
Realizar encuestas en la comunidad	4	40%
Evaluar el personal	3	30%
Total	10	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2005.

En la tabla 5, referida al conocimiento sobre cuales serian los mecanismos de la evaluación, 40% (4 sujeto) de los entrevistados opinaron que se debe hacer encuestas en la comunidad, 30% (3 sujeto) narró que hay que evaluar al personal y, el otro 30% (3 sujeto) que debe hacer reuniones con la comunidad para oír sus opiniones.

La tabla N° 6 respuestas emitidas para el ítem 6, con referencia a la dimensión Aspectos Educativos, subindicador: Contenidos que deben estar incluidos en la Capacitación del Comité de Salud

Categoría	Fr.	%
Los integrantes del Comité de Salud deben tener conocimiento del área de salud.	9	90%
Tener un Título Medio o Superior en Salud.	1	10%
Total	10	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2005.

En la tabla 6, referida a los contenidos que deben estar incluidos en la Capacitación del Comité de Salud el 90% (9 sujeto) de los entrevistados opinaron que el personal del Comité de Salud debe tener conocimiento en el área de la salud y, el 10% (1sujeto) dijo que deberían tener un título medio o superior en carrera del área de la salud.

Además de poseer un título y de tener conocimiento en el área de salud, poseer el deseo y motivación para promover la salud en la colectividad.

La tabla Nº 7 respuestas emitidas para el ítem 7, con referencia a la dimensión Aspectos Educativos, subindicador: Cuáles herramientas serían las más adecuadas en la capacitación del Comité de Salud.

Categoría	Fr.	%
Talleres en el área de salud	5	50%
Curso de Primeros Auxilios	5	50%
Total	10	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2005.

La tabla 7, referida al conocimiento sobre cuales herramientas serían las más adecuadas en la capacitación del Comité de Salud, Un 50% (5 sujeto) de los entrevistados dijo que era importante la realización de talleres para la capacitación de dicho Comité y, el otro 50% (5 sujeto) opinó que deben realizarse cursos de primeros auxilios.

La tabla Nº 8 respuestas emitidas para el ítem 8, con referencia a la dimensión Aspectos Comunicacionales, subindicador: Sugerencias y Reclamos de la Comunidad

Categoría	Fr.	%
Si	10	100%
No	0	0%
Total	10	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2005.

En la tabla 8, referida al conocimiento sobre las Sugerencias y Reclamos de la Comunidad El 100% (10 sujeto) opinó positivamente acerca de la necesidad de que la atención ciudadana tome en cuenta sus sugerencias y reclamos como una manera de mantener el buen funcionamiento de dicho módulo.

La tabla N° 9 respuestas emitidas para el ítem 9, con referencia a la dimensión Aspectos Comunicacionales, subindicador: Comunicación como Regla Operativa en la Atención Ciudadana

Categoría	Fr.	%
Si	9	90%
No	1	10%
Total	10	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2005.

En la tabla 9, referida al conocimiento sobre La Comunicación como Regla Operativa en la Atención Ciudadana El 90% (9 sujeto) de los entrevistados opinó que la comunicación debe ser una regla operativa en la atención ciudadana, lo que implica la necesidad de tener canales de comunicación efectiva con la comunidad, puesto que la interrelación va a permitir una mejor atención al ciudadano. El 10% (1 sujeto) opinó que no se necesita que la comunicación sea una regla operativa.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En esta investigación luego del análisis de los resultados obtenidos, se plantean las siguientes conclusiones y recomendaciones.

Para conseguir una participación comunitaria con resultados efectivos es necesario que esta cuente con mecanismos que aseguren un buen conocimiento de las funciones de cada uno de los componentes del comité de salud, pudiendo apoyarse con las estrategias que conforman el Coordinador del Comité de Salud, los Promotores de Salud, la Comisión Alimentaria, la Comisión Educativa, la Comisión Economía Social, la comisión Cultura y Deporte y la Comisión Publicación y Comunicación.

El Coordinador del Comité de Salud. Es la persona encargada de organizar, delegar, las actividades y funciones del Comité de Salud.

Según la variedad de respuesta se hace evidente la necesidad de implementar el modelo de Participación Comunitaria en la localidad.

Promotores de Salud: Son los encargados de ejecutar las actividades programadas.

La Comisión Alimentaría: Esta Comisión vela por que los productos alimenticios lleguen a la población mas necesitada, ya que la alimentación es una de las necesidades básicas de la población, como parte fundamental para gozar de una salud plena.

La Comisión Educativa: Debe coordinar la educación colectiva, haciendo énfasis en capacitar al personal y a la comunidad para la realización de cursos y talleres permanentes, para difundir los conocimientos necesarios cumplir de forma eficaz con las actividades que allí se realizan.

La Comisión de Economía Social: Es la que clasifica y determina que familias de bajo recursos económicos deben ser asistidas. Esta comisión forma parte de las políticas del alto gobierno, y debe conseguir financiamiento de proyectos.

La Comisión de Cultura y Deporte: Debe coordinar eventos deportivos y culturales para la comunidad, ya que el deporte y la cultura abarcan mucho del quehacer de las comunidades permitiendo disminuir el consumo de drogas y el índice de delictivo.

La Comisión Comunicación y Publicidad: Es la encargada de publicar y comunicar a través de avisos y carteles lo que se realiza en el Comité de Salud,

debe hacer partícipe a los integrantes de la comunidad como ente multiplicador de la función de cada comisión del Comité de Salud.

Todo Comité de Salud debe tener una Contraloría Social la cual es ejercida por unos miembros asignados por el directorio, los cuales deben ser autónoma en funciones y tomar la opinión de la comunidad como referencia para ejecutar sus funciones.

Con relación a los mecanismos de evaluación la comunidad sugiere: evaluar a el personal que allí labora (Comité de Salud), reunirse con la comunidad y al mismo tiempo realizar encuesta para escuchar opiniones y luego hacer los correctivos pertinentes.

Como recomendación primordial está que los entes encargados de regular los Comités de Salud, deben tomar en cuenta el perfil académico de los colaboradores de manera tal que puedan implementar cursos de capacitación para que sean más eficientes en sus labores en pro de la comunidad.

El aspecto comunicacional debe tenerse en cuenta para fortalecer las acciones del Comité de Salud, y permitir la integración de ideas y acciones con las comunidades organizadas.

Es así que las propuestas deben brindar a las comunidades organizadas mecanismos de acción basados en fundamentos científicos para su mejor desempeño social en el marco de la constitución de su marco legal.

CAPITULO VI

LA PROPUESTA

El Modelo de la participación comunitaria del Comité de Salud.

Justificación

La clásica definición de Atención Primaria de Salud en Alma Atá, 1978, plantea que es:

“la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas 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 responsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto en el sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”. (Pág. 11)

La red de Atención Primaria de Salud en Venezuela, son todos los servicios dotados de capacidad resolutoria para el logro de calidad de vida y salud, respondiendo a las necesidades sociales, en interacción con las redes de las otras políticas públicas, y actuando sobre las determinantes de la salud de las personas

y de las comunidades de trabajo. Atiende primero y a lo largo de la vida, lo que exige una organización de trabajo coherente con este compromiso utilizando la tecnología apropiada y una estrecha coordinación con el resto de las redes de atención.

Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela (2000). Salud como derecho social: Es el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, medio ambiente, trabajo, transporte, seguridad personal, empleo, recreación, libertad y acceso a los servicios por lo cual plantea la necesidad de mejorar la calidad de vida de la población con intervenciones concretas en cada uno de esos factores. Implica la satisfacción de las necesidades básicas, el desarrollo de capacidades, habilidades y aptitudes en las diferentes áreas intelectuales, deportivas, además del acceso a las oportunidades culturales, políticas y laborales, al saber, a la información y a los niveles de toma de decisiones.

Las autoras consideran que el Modelo permite delinear aspectos a seguir en la conformación y fortalecimiento del Comité de Salud mediante la promoción de la atención primaria en salud y la participación ciudadana como la creación de mecanismos que permitan articular acciones que defiendan el derecho a la salud y calidad de vida de los sectores.

Visión de la Propuesta

"Ser una comunidad líder y transformadora de nuestra realidad, que brinde espacios de concertación, comunicación, fortalecimiento del sentido de pertenencia en los grupos de base, que nos generen una cultura de convivencia, participación, Justicia social y equidad que se articulen a procesos regionales y sostenibles en el fomento de la Paz"

Principios

Según el Ministerio de Salud (2005) Las actividades del Comité de Participación Comunitaria, están regidas por 6 principios fundamentales, que se definen de la siguiente manera:

Participación

Según el Ministerio de Salud (2005) "Participar es construir y aprovechar las oportunidades de trabajar en la búsqueda del bien común, utilizando nuestras potencialidades de una manera comprometida". (Pág. 5).

Educación

Según el Ministerio de Salud (2005) “La educación es un proceso de formación y crecimiento integral de las personas para su desempeño y comportamiento dentro de la sociedad”. (Pág. 5).

Comunicación

Según el Ministerio de Salud (2005) “La comunicación es un proceso de intercambio, expresión, concertación de ideas, saberes y sentimientos de una manera responsable, veraz, oportuna y abierta que permita fortalecer la cultura y el desarrollo de Versalles”. (Pág. 5).

Compromiso

Según el Ministerio de Salud (2005) “Compromiso es la responsabilidad con que se asume las diferentes actividades que se promuevan a nivel del proceso de desarrollo Municipal, ésta implica identificación con los ejes fundamentales, cumplimiento de deberes y conocimiento de derechos”. (Pág. 5).

Equidad

Según el Ministerio de Salud (2005) “Equidad es la igualdad de oportunidades para participar en los procesos de planeación, ejecución, evaluación y toma de decisiones en los diferentes programas, respetando siempre las diferencias entre las personas”. (Pág. 6).

Sostenibilidad

Según el Ministerio de Salud (2005) “Es utilizar los recursos, tanto naturales como humanos y económicos, existentes en el Municipio de Versailles de una Manera responsable, velando siempre por su conservación y reposición para generaciones futuras”. (Pág. 6).

Como Objetivo General de la equidad se tiene el desarrollar proyectos de carácter social para el mejoramiento del nivel de vida de la comunidades , vinculando a la población de la zona urbana y rural, haciendo énfasis en los componentes del bienestar integral.

Participación basada en las decisiones y prioridades de la comunidad

Este nivel significa que las comunidades reciben asistencia para desarrollar habilidades importantes, identificar necesidades y planificar futuras actividades.

Desarrollo del poder de la comunidad

En este caso la comunidad ha sido concientizada y puede tomar control de su propio desarrollo. Hay varias cosas que pueden impedir una participación completa. Por ejemplo,

- ✓ El creer que las cosas concernientes al desarrollo son muy técnicas y por lo tanto hay que dejarlas a los expertos.
- ✓ La promoción de servicios curativos en vez de atención de salud preventiva o primaria.
- ✓ Mala comunicación entre los centros de desarrollo y comunidad.

MODELO DE PARTICIPACION COMUNITARIA DEL COMITÉ DE SALUD

Aspectos Jurídicos: Son los principios en que la Participación basa sus Reglamentos de organización control, vigilancia y evaluación.

El Coordinador General del Comité de Salud: Es el individuo que debe organizar y delegar las funciones del Comité de salud.

Promotores de Salud: Es la figura que apoya la actividad de participación preventiva en acciones de Salud, y de apoyar y ejecutar las actividades programadas.

La Comisión Alimentaría: Esta Comisión velara por que los productos alimenticios lleguen a la población más necesitada, ya que la alimentación es una de las primeras necesidades básicas de la población, como parte fundamental para gozar de una salud plena.

La Comisión Educativa: Es la encargada de capacitar al personal y a la comunidad para que realicen cursos y talleres permanentes, y cumplir de forma eficaz con las actividades. Es la que debe coordinar la educación en la colectividad.

La Comisión de Economía Social: Es la que clasifica y determina que familias de bajo recursos económicos deben ser asistidas.

La Comisión de Cultura y Deporte: Debe coordinar eventos deportivos y culturales para la comunidad.

La Comisión Comunicación y Publicidad: Es la encargada de publicar y comunicar a través de avisos y carteles lo que se realiza en el Comité de Salud.

La Comisión Odontológica: Se encarga de velar por la salud bucal de la comunidad.

La Contraloría Social: Es la encargada de velar por los bienes del inmueble del comité de salud.

Evaluación: Si existe satisfacción en el desempeño de comité eso genera peticiones, atención de las quejas y de las denuncias.

Aspectos Educativos

Abarca principios de capacitación, cursos y talleres a la población.

Tomando en cuenta el perfil académico de los colaboradores de manera tal que puedan implementar cursos de capacitación para que sean más eficientes y eficaces en pro de la comunidad.

Aspectos Comunicacionales

Hace referencia al derecho de la población de estar informado y generando mecanismo de sugerencias y reclamos como medio de presión de la atención ciudadana

Periódico Local: Encargado de comunicar a la comunidad de los alcances de las gestiones, charlas, cursos que realiza el comité de salud.

COMITÉ DE SALUD

COORDINADOR GENERAL

PROMOTORES

COMISIONES

ASPECTOS JURIDICOS

COORDINADOR GENERAL
PROMOTORES
COMISIONES

COMUNICACION
CONTROL
EVALUACION

ASPECTO EDUCATIVOS

COORDINADOR GENERAL
PROMOTORES
COMISIONES

ACTUALIZACION
ADIESTRAMIENTO,
SENSIBILIZACION,
TRABAJO EN
EQUIPO,
IDENTIFICAR
FACTORES DE
RIESGO EN LA
COMUNIDAD,
DISEÑO DE
ESTRATEGIA DE
FORTALECIMIENT
O DE GRUPO DE
APOYO EN LA
COMUNIDAD

ASPECTOS COMUNICACIONALES

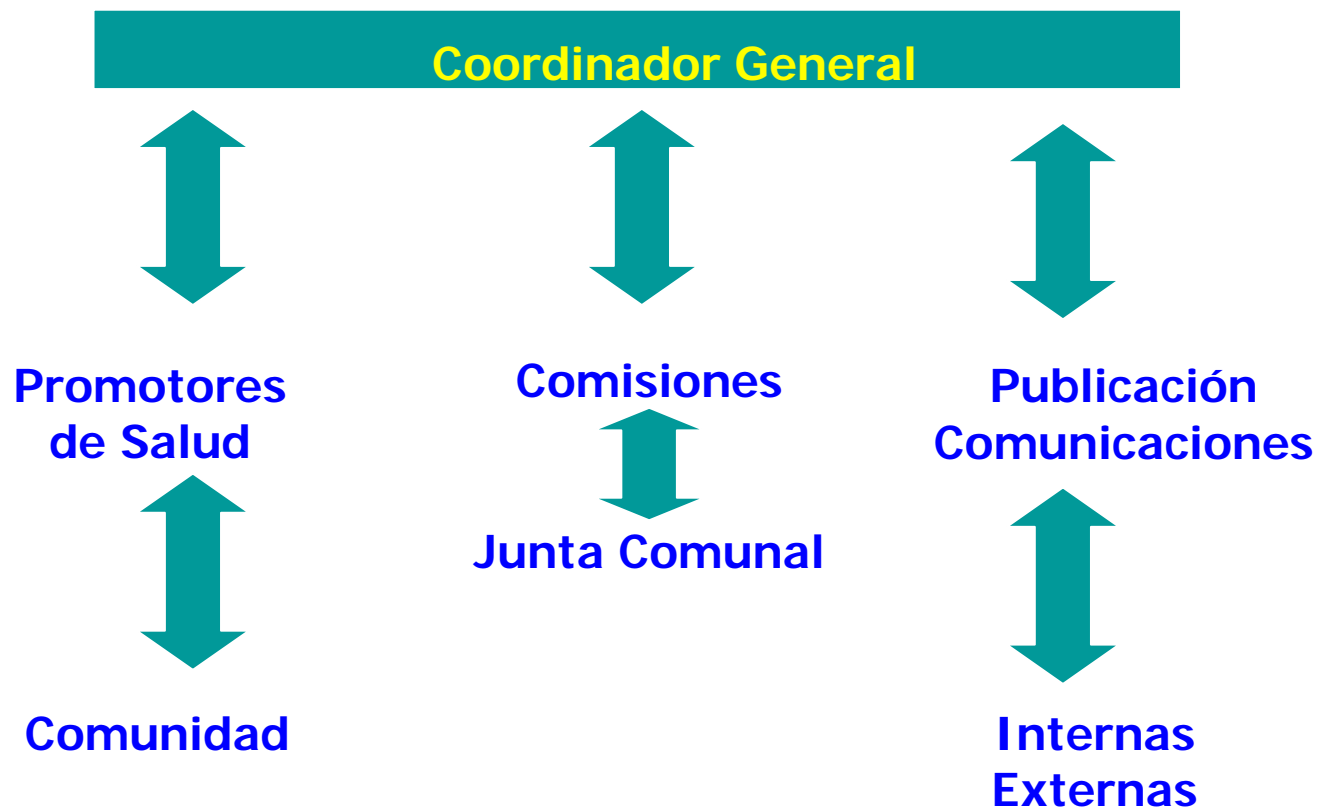
COORDINADOR GENERAL
PROMOTORES
COMISIONES

HERRAMIENTAS
BARRERAS
ESTRATEGIAS DE
COMUNICACIÓN
LINEAS DE
COMUNICACIÓN
VECINAL

MODELO DE PARTICIPACION COMUNITARIA DEL COMITÉ DE SALUD

Aspectos
Jurídicos

Organización: Función por áreas



MODELO DE PARTICIPACION COMUNITARIA DEL COMITÉ DE SALUD

Aspectos
Jurídicos

Control y Vigilancia

Contraloría Social



Junta Comunal



Comité de Salud



Lideres

MODELO DE PARTICIPACION COMUNITARIA DEL COMITÉ DE SALUD

Aspectos Jurídicos

Evaluación

Satisfacción Ciudadana



Peticiones



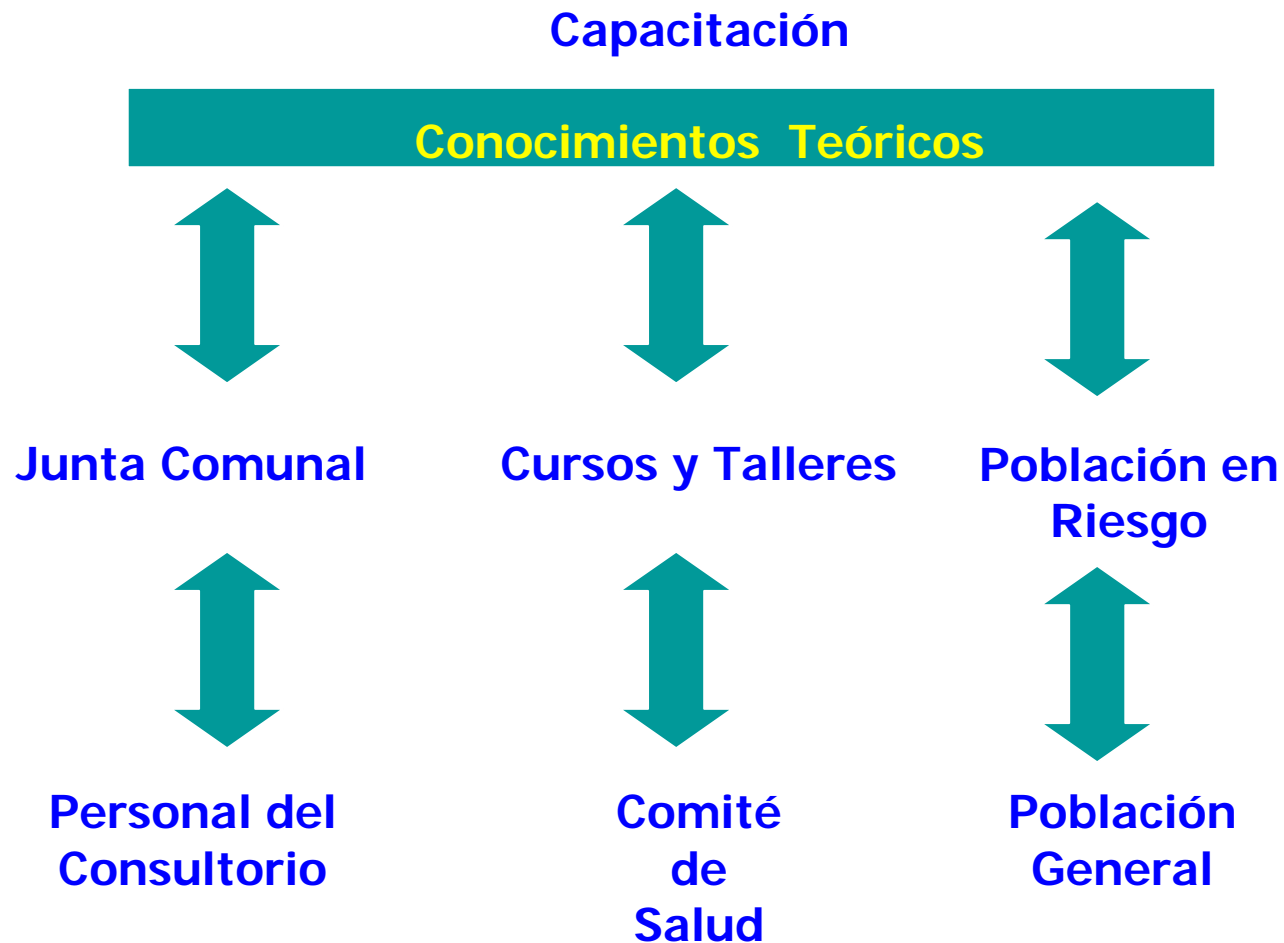
Atención
de
Quejas
y
Denuncias



Sugerencias

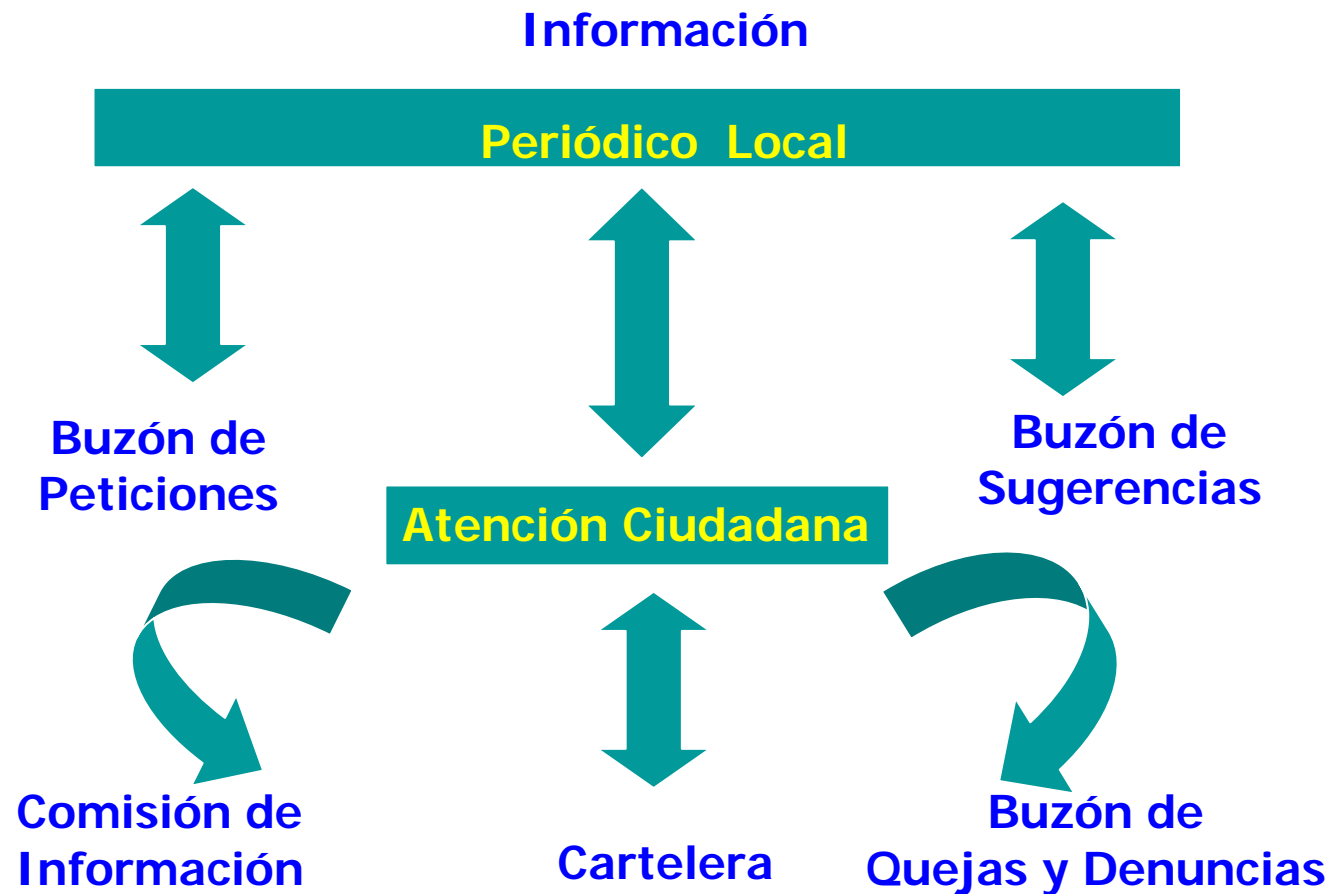
MODELO DE PARTICIPACION COMUNITARIA DEL COMITÉ DE SALUD

Aspectos Educativos



MODELO DE PARTICIPACION COMUNITARIA DEL COMITÉ DE SALUD

Aspectos Comunicacionales



FACTIVILIDAD FINANCIERA Y FISICA

MODELO DE PARTICIPACION COMUNITARIA

DEL COMITÉ DE SALUD

RUBROS	PRECIO DE VENTA	TOTAL
PAPEL BOND	200BS X 12	4.400
RESMA DE PAPEL	10Bs X 1 RESMA	10.000
LAPICES	500Bs X 24	12.000
CARPETAS	500BS X 24	12.000
MARCADORES	2.000BS X 3	6.000
SACAPUNTAS	500BS X 3	1.500
LOCAL (MODULO)	SIN COSTO	
TOTAL PRESUPUESTO		45.900

FACTIVILIDAD DE RECUSOS HUMANOS MODELO DE PARTICIPACION COMUNITARIA DEL COMITÉ DE SALUD

■ Enfermera/o	Hora Hombre	Total
■ 2	10.450bsx 2Horas	41.800bs

- Ejemplo 2 Enfermeras por dos horas diarias a la semana serian 41.800bs**
- El costo. De un taller de una semana**
- Esto seria un taller de diez horas-hombre.**
- Con un sueldo para el ano en curso de 84500milbs**

Referencias Bibliográfica

Ander-Egg:E (1998). ***Técnicas de investigación social***. (19na ed.). Buenos Aires: Editorial humanista.

Briones G. (1998) ***Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales***.
(2da ed) México: editorial trillas.

Beltrán, R. (2000) ***Focalización en la salud***. Conceptos y Análisis de experiencias. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ciudad Lima Peru.

Celedón, c. (2000). ***Reformas del Sector Salud y participación Social***. Revista Panamericana de Salud Pública. Washington DC.

Comisión Presidencial Misión Barrio Adentro (2005) ***Módulo Barrio Adentro y Salud de la Comunidad***.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000) Artículos 62,70,83, 84,85,86,122.

García, M. y Galvis, G. (1994) ***Perspectivas de la Participación Comunitaria en el sector Rural de Antioquia***. Colombia. Material Mimeografiado.

Ben Oruga (2000) ***“Atención de Salud basado en la Comunidad”*** Gobierno de Uganda, documento, enteve, Uganda

Hevia, R. Patricio.(1992) ***La participación social en la promoción de la salud***. OPS/OMS Perú .

Hernandez, R, Fernandez, C Baptista p (2003) **Metodología de la Investigación**
Ed. Mac Graw Hill Interamericana.

Hurtado Jacquelin (2000). ***El proyecto de Investigación. Holística.*** Sypal,
Caracas

Ley Orgánica de descentralización Delimitacion y Transferencia de la
Competencias del Poder publico (2003) republica Bolivariana de Venezuela.

Malagón – Londoño (2002). ***La Salud Pública.*** Ed. Panamericana Bogotá –
Colombia.

Martínez Navarro (1998) ***Salud Pública.*** Ed. Interamericana Caracas-Venezuela.

Mazzáfero, V.(1997)***Medicina en Salud Pública.*** Ed. El Ateneo 2º ed. Buenos
Aires, Argentina.

Ministerio de Salud (2005) ***Normas de Participación con la ONG.*** Caracas –
Venezuela. Material Mimiografico.

Ministerio de Salud(1994) ***Dirección ejecutiva de Participación Comunitaria.***
Actividades de Participación Comunitaria. Documento de Trabajo, Lima –
Perú

Molina Rodríguez y col. (1998). ***Condiciones Socioeconómicas que intervienen
en la Participación Social.*** Material Mimeografiado.

O.P.S. Resolución de Alma Ata 1978. Rusia, Moscu.

O.P.S. Resolución (1998) XV de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la
OPS. Septiembre 30.

OPS (1998) **Acciones de Salud**. Comité Integrador. Washington DC USA.

OPS (2004) **Participación Comunitaria**. <http://lanic.utexas.edu/la/region/heakth>.

Peña, F. (1998) **Enfermería Comunitaria**. Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Lima – Perú.

Polit, H. (2000). **Investigación científica en ciencias de la salud**. (6ta. ed. Mexico Mac Graw Hill.

Proyecto de Ley (2006). **Consejos Comunales**. República bolivariana de Venezuela. Caracas-Venezuela.

Sánchez, M. (2005) **Salud Pública y Enfermería Comunitaria**. 2º ed. Mc Graw Hill. Madrid – España.

Salazar M (1997) **la investigación Acción Participativa I.A.P.** Editorial. Popular Madrid España.

Sierra B (1985) **Técnicas de investigación Social Teoría y ejercicios** (4ta. Ed) Madrid Paraninfo. España.

Tamayo y Tamayo, M. (1991) **El proceso de la Investigación Científica**. México DF: Limusa.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. (2003). **Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales**. Caracas:FEDUPEL.



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION
(FORMATO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA)
MODELO DE PARTICIPACION COMUNITARIA DEL COMITÉ
DE SALUD EN EL CONSULTORIO POPULAR DE LA MISION BARRIO
ADENTRO I, Nº 7 “INGRID PEREZ” BLOQUE 50-51 EL MIRADOR
PARROQUIA 23 DE ENERO**

**Autoras:
Carrillo, Nancy
Márquez, Migdalia**

**Caracas, 2005
Entrevista Semiestructurada**

Parte I: Aspectos Jurídicos

1. Dentro del Comité de Salud ¿cuáles son las funciones de cada cargo?
 - a) Coordinador General del Comité de Salud.
 - b) Promotores de salud.
 - c) Comisión odontológica.
 - d) Comisión Alimentación.
 - e) Comisión Educativa.
 - f) Comisión Económica Social.
 - g) Comisión Cultural y Deporte.
 - h) Comisión publicación y Comunicación.
2. ¿Quiénes son las personas encargadas de la Contraloría Social del Comité de Salud?
3. ¿Cómo debería ejercerse la Contraloría Social?
4. ¿La evaluación de la satisfacción ciudadana es importante dentro de los aspectos jurídicos del Comité de Salud?
5. ¿Cuáles serían los mecanismos para esta evaluación?

Parte II: Aspecto Educativo

6. ¿Qué contenidos considera Ud. que deben estar incluidos en la capacitación del Comité de Salud?
7. ¿Cuáles herramientas serian las más adecuadas en la capacitación del Comité de Salud?

Parte III: Aspecto Comunicacional:

8. ¿Considera usted que la atención ciudadana debe tomar en cuenta, las sugerencias y reclamos de la comunidad?
 9. ¿Es la comunicación una regla operativa dentro de la atención ciudadana?
- A) Sí.
- B) No.

