



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Área Académica de Medicina
Maestría en Salud Pública

**“PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LOS CENTROS
DE SALUD DE PACHUCA, HIDALGO; PERIODO
ENERO-DICIEMBRE 2015”**

Proyecto terminal de carácter profesional para obtener el grado de:

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

Presenta:

Beatriz Consuelo Mayorga Contreras

Director de Proyecto Terminal:

MSP Josefina Reynoso Vázquez

Comité Tutorial:

Codirector: DCSP. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

Asesores: DC. Sergio Muñoz Juárez D. en C.A Patricia Vázquez Alvarado

Pachuca de Soto, Hidalgo, junio 2016.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud

Área Académica de Medicina

Maestría en Salud Pública

Oficio No. ICSa/AAM/MSP/180/2016
 Asunto: Impresión de Proyecto Terminal
 Pachuca de Soto, Hgo., agosto 08 del 2016

BEATRIZ CONSUELO MAYORGA CONTRERAS
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH

Comunicamos a usted que su Comité Tutorial considera que su Proyecto de Producto Terminal denominado *"Participación comunitaria en los Centros de Salud de Pachuca, Hidalgo periodo enero-diciembre 2015"*, ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente:
 "Amor, Orden y Progreso"

MC. Esp. José Ma. Busto Villarreal
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
 Dean

MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
 Chair of the Department of Medicine

M. en S.P. Juan Carlos Paz Bautista
 Coordinador de la Maestría en Salud Pública
 Director of Graduate Studies Master in Public Health

JCPB/mchm*



Edificio Ramiro de Ulises Núm. 400
 Cív. Guadalupe
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 40060
 Teléfono (01771) 71 720 00 Ext. 2366
 email: saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Medicina
Maestría en Salud Pública

Pachuca de Soto, Hidalgo a 5 de agosto del 2016

M. en S.P. JUAN CARLOS PAZ BAUTISTA
Coordinador de la Maestría en Salud Pública
Presente.

Los integrantes del Comité Tutorial comunicamos a usted, que el Proyecto de Producto Terminal denominado "**Participación comunitaria en los Centros de Salud de Pachuca, Hidalgo periodo enero-diciembre 2015**" de la alumna **Beatriz Consuelo Mayorga Contreras** con número de cuenta **083222**, ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente,
"Amor, Orden y Progreso"

M. en S.P. Josefina Reynoso Vázquez

Director

D. en C. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

Codirector

D. en C. Sergio Muñoz Juárez

Asesor

D. en CA. Patricia Vázquez Alvarado

Asesora



Calle Pachuca 161a. 36000 - Hgto.
Col. Doctores
Pachuca de Soto - Hidalgo - CP 42000
Teléfono 01771 71 730 35. Fax 2348
www.saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 Área Académica de Medicina
 Maestría en Salud Pública

Pachuca de Soto, Hidalgo a 5 de agosto del 2016

M. en S.P Juan Carlos Paz Bautista
Coordinador de la Maestría en Salud Pública
Presente

Por medio del presente me permito informar a usted que el trabajo de investigación de la pasante de la Maestría en Salud Pública **Beatriz Consuelo Mayorga Contreras**, con número de cuenta **083222** bajo la modalidad de proyecto de producto terminal cuyo título es **"Participación comunitaria en los Centros de Salud de Pachuca, Hidalgo periodo enero-diciembre 2015"**, ha sido concluido y reúne los requisitos académicos para ser discutido por los miembros del jurado. Después de su impresión preliminar se ha decidido autorizar su impresión, hechas las correcciones acordadas por el Comité Tutorial.

Por lo que se comunica a usted para efectuar los trámites administrativos correspondientes para la asignación de fecha y defensa profesional del mismo.

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

Atentamente

M. en S.P. Josefina Reynoso Vázquez
Directora de Tesis



Calle Antonio Mora Núm. 401
 C.P. Pachuca
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42000
 Teléfono: 02111 74 726 00 Ext. 3047
 www.unaeh.edu.mx

www.unaeh.edu.mx

AGRADECIMIENTOS

A Jesucristo, por permitirme llegar hasta aquí.

A mi familia por su paciencia, apoyo y comprensión.

A CONACYT por otorgar becas que hacen posible un posgrado.

A maestros y amigos que me guiaron y compartieron conocimientos para que este trabajo fuera posible.

A la generación 2011-2015, Grupo 3, del área académica de Enfermería por su apoyo incondicional y a la maestra Cristy, por su respaldo para que este sueño fuera una realidad.

A cada uno de los integrantes de mi Comité Tutorial, ya que su tiempo, paciencia, esfuerzo y aportaciones enriquecieron este trabajo.

GRACIAS.....

ÍNDICE

GLOSARIO DE TÉRMINOS	6
ABREVIATURAS	8
RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS.....	9
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.-ANTECEDENTES	2
2.1.- Grupos de Participación Comunitaria en México	10
2.2.- Participación Comunitaria desde la teoría del empoderamiento.....	17
2.3.- Características, ventajas y desventajas de la Participación Comunitaria.....	20
3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
4.- JUSTIFICACIÓN	26
5.- OBJETIVOS	28
5.1.- General	28
5.2.- Específicos	28
6.-METODOLOGÍA	28
6.1. Ubicación espacio temporal	28
6.2 Tipo de estudio	28
6.3 Población de estudio	28
6.4 Tamaño de muestra.....	29
6.5 Diseño conceptual y operacional de las variables.....	29
6.6 Recolección de la información	33
6.7.- Plan de Análisis	34
7.-ASPECTOS ÉTICOS	35
8.- RESULTADOS.....	36
9.- DISCUSIÓN	54
10.- CONCLUSIONES.....	63
11.- RECOMENDACIONES	66
12.- LIMITACIONES	67
13.- BIBLIOGRAFÍA.....	68
14.- ANEXOS.....	77

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Atención Primaria de Salud: Asistencia basada en tecnologías y métodos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos mediante su participación. Núcleo de cualquier Sistema de Salud considerada la clave para alcanzar un nivel aceptable de salud porque exige y fomenta la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad (Secretaría de Salud, 2015).

Autocuidado: Conjunto de acciones que realiza la persona de manera intencionada para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y desarrollo. Responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud (Prado, 2014).

Autogestivo: Implica hacer por uno mismo lo que se propone partiendo de su propio potencial, gestionar lo que queremos con nuestros propios recursos. Es un proceso donde se desarrolla la capacidad individual o grupal para identificar problemas y resolverlos de manera eficaz (Carrillo, 2008).

Autonomía: Capacidad que tiene un individuo para estar libre del control de los demás, tomar sus propias decisiones, decidir lo que es bueno para él, donde tiene control de su vida y cuida de sí a la luz de las normas y de su proyecto de vida que él (ella) mismo se ha dado (Villarini, 2008).

Club del embarazo: Grupo de mujeres embarazadas que se asocian de manera voluntaria; donde se genera confianza y se facilita el intercambio de ideas que les permiten obtener conocimientos y aptitudes en beneficio de su salud con el objetivo de fortalecer el autocuidado (Secretaría de Salud de Hidalgo, 2015).

Comité de salud: Forma primaria de integración social de salud donde un grupo de personas de la misma comunidad (ya sea líderes, maestros, síndicos entre otros) de manera voluntaria se organizan con el objetivo de trabajar en tareas comunes para mejorar el nivel de la salud de la población; esto con la ayuda del personal de salud. Asimismo, considerado un órgano de participación ciudadana (Secretaría de Salud, 2007-2012).

Corresponsabilidad: Proceso mediante el cual la comunidad y las autoridades en salud asumen el compromiso mutuo de restablecer el bien común, existe participación desde el sector federal y local así como de la sociedad en conjunto que permitan la total eficacia de los programas o políticas en salud (Cortés y Ruvalcaba, 2011) (Ruvalcaba y Cortés, 2012).

Grupo de Ayuda Mutua: Llamado club de diabéticos, es la organización de los propios pacientes que bajo supervisión médica y con apoyo de los servicios de salud reciben capacitación necesaria, voluntaria y periódica; con énfasis en el autocuidado también manejo no farmacológico para el buen control de la enfermedad. Este grupo puede tener reuniones de manera mensual y en cada sesión se realizan intercambios de experiencias entre los integrantes, la retroalimentación facilita la adopción de los cambios conductuales requeridos para el control de la enfermedad (Lara, 2004).

Participación Comunitaria: Proceso en virtud del cual individuos y familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios así como de la colectividad, para mejorar la capacidad de contribuir en su desarrollo económico y comunitario (MAI, 2015). Proviene del latín “partem capere” que significa “tomar parte” (Ceballos y Jonnathan, 2009). La población se incursiona en los problemas reales de su entorno y busca soluciones para disminuir los riesgos (Cortés y Ruvalcaba, 2011).

Plan de seguridad: Documento que se proporciona en el control prenatal donde la embarazada registra datos de las personas que la pueden ayudar para trasladarla a una unidad de salud en caso de una urgencia (Secretaría de Salud, 2010).

Red social: Interacción entre “iguales”. Estructura formada por individuos donde encuentran protección y apoyo, esto les permiten satisfacción de necesidades estableciendo relaciones de confianza y reciprocidad entre individuos que se conocen personalmente donde tienen un interés compartido (Ávila, 2009).

Sentido de pertenencia: Sentimiento de haber invertido parte de sí mismo en la comunidad y de pertenecer a ella, donde delimitan fronteras entre los miembros y los que no son; así que, los integrantes expresan su sentimiento de identificación con el grupo (Maya, 2004).

ABREVIATURAS

APS.- Atención Primaria de Salud

CENAVE.- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades

DM.- Diabetes Mellitus

GAM.- Grupo de Ayuda Mutua

GPC: Guía de Práctica Clínica

HbA1c: Hemoglobina Glucosilada

HTA.- Hipertensión Arterial

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LGS.- Ley General de Salud

MAI.- Modelo de Atención Integral de Salud

MASPA.- Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta

MIDAS.- Modelo Integrador de Atención a la Salud

MOPS.- Modelo Operativo de Promoción de la Salud

OMS.- Organización Mundial de la Salud

ONU.- Organización de las Naciones Unidas

OPS.- Organización Panamericana de la Salud

RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES PARA EL GRUPO COMITÉ DE SALUD	30
TABLA 2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES PARA EL GRUPO GAM.....	31
TABLA 3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES PARA EL CLUB DEL EMBARAZO	32
TABLA 4. GRUPOS DE PARTICIPACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD DE PACHUCA, HIDALGO; 2015	36
TABLA 5. OCUPACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD DE PACHUCA, HIDALGO; 2015	38
TABLA 6. FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE SALUD Y COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS DE LOS CENTROS DE SALUD DE PACHUCA, HIDALGO; 2015.....	42
TABLA 7. OCUPACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LOS GAM DE PACHUCA, HIDALGO; 2015.FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LOS INTEGRANTES LOS GAM, PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2015	44
TABLA 8. COMPARACIÓN DEL CONTROL DE DIABETES Y NÚMEROS DE CONSULTAS CON FRECUENCIA DE REUNIÓN DEL GAM.....	48
TABLA 9. OCUPACIÓN DE LAS MUJERES QUE CURSARON CON PUERPERIO EN LOS MESES DE AGOSTO-SEPTIEMBRE 2015; PACHUCA, HIDALGO	49

INDICE DE FIGURA

FIGURA 1. GRUPOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LOS CENTROS DE SALUD DE PACHUCA, HIDALGO; 2015	36
FIGURA 2. PORCENTAJE DE INTEGRANTES POR SEXO DE LOS COMITÉS DE SALUD DE PACHUCA, HIDALGO; 2015	37
FIGURA 3. HISTOGRAMA DE LA VARIABLE EDAD DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE PACHUCA, HIDALGO; 2015	38
FIGURA 4. ESCOLARIDAD DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD DE PACHUCA, HIDALGO; 2015	39
FIGURA 5. RENOVACIÓN DE LOS COMITÉS DE SALUD DE PACHUCA, HIDALGO; 2015.....	40
FIGURA 6. FRECUENCIA DE LAS REUNIONES DE LOS COMITÉS DE SALUD DE PACHUCA, HIDALGO; 2015	40
FIGURA 7. PORCENTAJE SOBRE QUIEN DECIDE CUANDO REUNIRSE Y LOS TEMAS A TRATAR EN CADA REUNIÓN DE LOS COMITÉS DE SALUD	41
FIGURA 8. ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS COMITÉS DE SALUD DE PACHUCA, HIDALGO; 2015.....	41
FIGURA 9. ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS COMITÉS DE SALUD DE PACHUCA, HIDALGO; 2015.....	42
FIGURA 10. VACUNA DPT EN MENOR DE 5 AÑOS Y FRECUENCIA DE RENOVACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD EN LOS CENTROS DE SALUD DE PACHUCA, HIDALGO; 2015.	43

FIGURA 11. HISTOGRAMA DE LA VARIABLE EDAD DE LOS INTEGRANTES DE GAM DE PACHUCA, HIDALGO; 2015.	44
FIGURA 12. ESCOLARIDAD DE LOS INTEGRANTES DE GAM DE PACHUCA, HIDALGO; 2015.	45
FIGURA 13. FRECUENCIA DE LAS REUNIONES DE GAM DE PACHUCA, HIDALGO; 2015.	45
FIGURA 14. ACTIVIDADES A REALIZAR POR GAM DE PACHUCA, HIDALGO; 2015.....	46
FIGURA 15. DEPENDENCIA DEL FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO DE ACUERDO A LA OPINIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL GAM DE PACHUCA, HIDALGO; 2015.....	47
FIGURA 16. CONTROL DE DIABETES EN LOS DIFERENTES CENTROS DE SALUD DE PACHUCA, HIDALGO; 2015	47
FIGURA 17. HISTOGRAMA PARA LA VARIABLE EDAD DE MUJERES QUE CURSARON PUERPERIO EN LOS MESES DE AGOSTO-SEPTIEMBRE 2015; PACHUCA, HIDALGO	49
FIGURA 18. ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES QUE CURSARON CON PUERPERIO EN LOS MESES DE AGOSTO-SEPTIEMBRE 2015; PACHUCA, HIDALGO	50
FIGURA 19. CONSULTAS RECIBIDAS DURANTE EL CONTROL PRENATAL DE LAS MUJERES QUE CURSARON CON PUERPERIO EN LOS MESES DE AGOSTO-SEPTIEMBRE 2015; PACHUCA, HIDALGO	50
FIGURA 20. FRECUENCIA DE ASISTENCIA A REUNIONES DEL CLUB DEL EMBARAZO EN LOS CENTROS DE SALUD DE PACHUCA, HIDALGO; 2015	51
FIGURA 21. UNIDAD DE SALUD DONDE ASISTIERON LAS MUJERES AL CLUB DEL EMBARAZO EN PACHUCA, HIDALGO; 2015	52
FIGURA 22. MOTIVOS POR LOS QUE LAS MUJERES NO ACUDIERON AL CLUB DEL EMBARAZO EN PACHUCA, HIDALGO; 2015	53
FIGURA 23. MEDIA DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL EN LOS CENTROS DE SALUD DE PACHUCA, HIDALGO; 2015.....	53

RESUMEN

Introducción: La participación de la comunidad es un proceso donde la población tiene diferentes niveles de compromiso, puede identificar sus problemas y formular soluciones para resolverlos por lo que hay un marco jurídico que la sustenta.

Objetivo: Analizar las características de los diferentes grupos de participación comunitaria de los centros de salud de Pachuca, Hidalgo.

Metodología: Estudio cuantitativo, transversal descriptivo de los diferentes grupos de participación comunitaria que existen en los centros de salud de Pachuca.

Resultados: Solamente 8 de 16 centros de salud tenían los tres grupos de participación establecidos por la Secretaría de Salud. La media de edad fue de 46.2 (± 13.4) y 55.8 (± 11.7) años para comité de salud y GAM respectivamente, la media de edad de las mujeres que cursaron puerperio fue de 24 (± 5.8) años. Respecto a la escolaridad predominan niveles por debajo de secundaria en los integrantes de los tres grupos. En ocupación, tres cuartas partes de los integrantes de estos grupos se dedicaba al hogar. Sobre el funcionamiento de los tres grupos casi el 100% indicó que es el personal de salud quien decide cuando y como reunirse así como las actividades a realizar en cada reunión. No existe una diferencia significativa en los niveles de salud de la población donde existen estos grupos y donde no existen.

Conclusiones: A pesar de existir lineamientos que apoyan la participación de la población, ésta es escasa debido a que la toma de decisiones por parte de la comunidad no es de forma real; además, el impacto de la misma no se ve reflejado en los niveles de salud de la población. La presencia de grupos de participación en las unidades de salud no garantiza el involucramiento de sus integrantes en la identificación de sus necesidades, así que la posibilidad de modificar los comportamientos no saludables y estimular el autocuidado en los mismos se limita. Las unidades de salud deben compartir la capacidad de decisión y la toma de decisiones para definir necesidades y formular acciones encaminadas a mejorar los niveles de salud de la comunidad.

ABSTRACT

Introduction: Community participation is a process where people have different levels of commitment; it can identify their problems and formulate solutions to solve them; so there is a legal framework that supports it.

Objective: Analyzing the characteristics of the different groups of community participation in health centers of Pachuca, Hidalgo and its impact on health levels of the population.

Methodology: quantitative, transversal and descriptive study of different groups of community participation that exist in health centers in Pachuca.

Results: Only 8 out of 16 health centers have three groups of participation established by the Ministry of Health. Average age was 46.2 (± 13.4) and 55.8 (± 11.7) years for health committee and GAM respectively, the average age of women who completed postpartum period was 24 (± 5.8) years. Respect schooling predominate levels below secondary in members of the three groups. About occupation three-quarters of the members of these groups are dedicated to the home. As to the operation of the three groups almost 100% indicated that health personnel who decides when and how to meet as well as the activities carried out at each meeting. There is no significant difference in the levels of health of the population where these groups exist and where they do not exist.

Conclusions: Although there are guidelines that support the participation of the population it is scarce since the decision making by the community is not real, so the impact of it is not reflected in the levels of population health. The presence of groups of participation in health units does not guarantee the involvement of its members in identifying their needs, so the possibility of changing unhealthy behaviors and self-care in them is limited. Health units should share the ability to make decisions and decision-making to define needs and formulate measures to improve health levels of the community.

1.- INTRODUCCIÓN

A nivel internacional y nacional existe un marco jurídico-normativo para apoyar y facilitar la participación de la comunidad (Saturno, P.J., Gutiérrez, J.P., Armendáriz, D.M., Armenta, N., Candia, E., Contreras, D.,.... Wirtz, V. 2014). La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que se debe poner a las personas en el centro de atención, dirigiendo la Atención Primaria de Salud (APS) a la comunidad y promoviendo su participación (OMS, 2008).

La participación de la comunidad, es un proceso donde los integrantes de la misma tienen diferentes niveles de compromiso e identifican sus problemas por lo que pueden formular y ofrecer soluciones para satisfacer las necesidades de salud de su población (Méndez y Vanegas, 2010). Se debe vincular la participación comunitaria con el empoderamiento que lleva a los individuos a ver los problemas no como víctimas, sino como actores con posibilidad de la transformación personal y colectiva (Acuña, Guevara y Flores, 2014). La comunidad tiene sus propias necesidades que no siempre corresponden a las identificadas por el personal de salud (Brito, 2010).

Algunos grupos de participación en México son el Comité de Salud, Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y Club del Embarazo, si existen y funcionan, el impacto de los mismos se puede ver reflejado en algunos indicadores de salud. El objetivo de esta investigación fue analizar las características de estos grupos en los centros de salud de Pachuca. Se elaboró un estudio transversal descriptivo de estos grupos.

Al final se describen las características sociodemográficas de los integrantes y el funcionamiento de los mismos. Únicamente la mitad de los centros de salud cuenta con los tres grupos establecidos para fomentar la participación de la comunidad, la otra mitad solamente tiene formado 1 o 2 grupos, esto a pesar de que existen lineamientos que promueven su creación. No existen estos grupos de manera general y la participación encontrada en los integrantes es pasiva (esto porque la mayor parte indicó que es el personal de salud quien toma las decisiones), no se encontró un impacto significativo en los niveles de salud de la población donde existen estos grupos.

2.-ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) han reconocido que la participación de la comunidad fue una respuesta acertada en el enfoque de APS; a nivel internacional las diferentes conferencias de promoción de la salud de la OMS, hacen hincapié en la participación comunitaria como eje fundamental de las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. La prestación de servicios se debe reorganizar para poner a las personas en el centro de atención fomentando la participación de la comunidad (OMS, 2008).

En 1978 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y OMS se reunieron en Alma Ata donde se favoreció la promulgación de APS para afrontar la desigualdad en salud (algunos valores defendidos justicia social y participación), ya que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar “para alcanzar el grado máximo de salud posible” (OMS, 2008).

Alma-Ata fue un marco fundamental y representó un punto de partida para otras iniciativas como las conferencias realizadas por la OMS: Ottawa (1986), Adelaide (1988), SUNDSVALL (1991), Jakarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009) y la última Conferencia en Helsinki (2013); las cuales a pesar de sufrir modificaciones no desviaron su objetivo principal mantener la salud de la población mediante su plena participación.

Al conmemorarse el 30 aniversario de la declaración de Alma Ata la OMS reconoció que el contexto sanitario mundial había sufrido grandes progresos en salud; sin embargo, los fracasos colectivos a la hora de materializar los resultados eran obvios y se presentaron recomendaciones para la renovación de la APS (OMS, 2008).

Fortalecer la APS promoviendo la participación comunitaria es una estrategia de esta reforma. De las cuatro reformas presentadas cabe destacar la reforma de la prestación de servicios reorganizando los servicios de salud de acuerdo a las necesidades de la población con el objetivo de poner a las personas en el centro de atención proporcionando: integralidad, integración, continuidad asistencial y participación de los pacientes, las familias y las comunidades. Creando una armonía entre mente y cuerpo a través de las personas y los sistemas, identificó que la participación de los

ciudadanos y otros interesados es requisito indispensable de todas las reformas de la APS (OMS, 2008). La participación es un derecho y posibilidad de fortalecer la autonomía de los pueblos para mejorar su salud, no obstante, el empoderamiento de la comunidad sigue siendo limitado debido a la falta de coherencia entre la teoría y la práctica (Restrepo y Vega, 2009).

Los sistemas de salud deben dar respuesta a las necesidades de salud de la población centrándose en las personas de tal modo que intenten satisfacer estas necesidades de la forma más amplia posible. Se debe fomentar la participación de los individuos, esto los convierte en socios activos de la toma de decisiones en materia de salud; la familia y comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema (OPS, 2007).

La participación de la comunidad en aspectos de salud puede nombrarse de diversas maneras, su origen viene de las ciencias sociales pero después es apropiada por las ciencias de la salud. Briceño señaló que el concepto se ha transformado hasta llegar al de participación social; sin embargo, la esencia que es la intervención de la comunidad no se pierde (Briceño y Ávila, 2014).

En el ámbito de la salud el concepto tomó fuerza a partir de la declaración de Alma-Ata en 1978 donde se incorporó como estrategia fundamental de la APS, aunque tenía como sujeto principal a una población rural e indígena por la poca accesibilidad a los servicios de salud de ahí el nombre comunitaria (Bang, 2011). Vázquez mencionó que la participación tuvo de inicio una vertiente comunitaria, sin considerar su dimensión individual y solo era considerada como la sensibilización de la población para aumentar su receptividad y habilidad para responder a los programas de desarrollo, sin ejercer ningún control sobre estos (Vázquez, Siqueira, Kruze, Da Silva, y Leite, 2002).

Cabe mencionar algunos estudios relacionados con la participación comunitaria a nivel internacional, y los resultados que estos obtuvieron.

En Colombia, desde los años sesenta se crearon los comités de salud con la finalidad de responder a problemas de APS de modo que planeen acciones para el autocuidado, así como otras formas de organización comunitaria. Pero al analizar los elementos de promoción de la participación identificaron que si no existe personal

idóneo y capacitado disminuye la promoción de la participación comunitaria. Además identificó que la comunidad se involucra en campañas de salud, lo cual es un componente muy desarrollado en sus municipios así como se han conformado en gran cantidad organizaciones comunitarias que se ocupan del control social principalmente en los municipios grandes en comparación con los municipios pequeños; en estos municipios es frecuente que no se lleven a cabo registros de las organizaciones comunitarias. De manera general encontraron que sus asociaciones tienen poco integrantes en un rango menor a 10, solamente en los grandes municipios las asociaciones tienen más de 25 miembros. Estas asociaciones presentan informes donde los temas abordados más frecuentemente son respecto al acceso de servicios, la atención de reclamos y la capacidad operativa. La mayor contribución de la comunidad es que determinan sus necesidades lo que permite la integración de la comunidad en los planes de prevención y promoción (Astrid, 2004).

En Bolivia, estudiantes de enfermería dedicaron tiempo al trabajo con la comunidad donde se integraron a los grupos ya establecidos y lograron desarrollar actividades de promoción en salud, detección temprana y prevención de enfermedades; se resalta que estas actividades no surgieron de la teoría o invención de las enfermeras, sino de las personas de la comunidad que participaban en estos grupos. Los programas fueron diseñados y desarrollados de manera conjunta entre las enfermeras y las personas de la comunidad tomando en cuenta que las acciones dedicadas al mejoramiento de la salud deben ser decididas por los mismos actores que se verán afectados por esas acciones y no por autoridades externas (Duque, 2004).

Un estudio de caso sobre una estrategia implementada en Buenos Aires identificó que la comunidad participa en programas de salud que bajan de la Secretaría de Salud donde los profesionales se capacitan, capacitan al sector educativo y posteriormente a líderes comunitarios ubicados estratégicamente, estos transmiten información a sus pares sobre el cuidado de la salud. Una vez capacitados, replican la información a sus vecinos, asimismo, comunican a los profesionales sobre las amenazas en salud que hay en la comunidad. En esta estrategia se crearon consejos locales de salud, pero fueron pocos centros de atención primaria los que manifestaron su interés en promoverlos; y donde sí lo hicieron se realizaban actividades de prevención y

promoción, también replicaban información que recibían en talleres de capacitación. Existía una red donde les mandaban iniciativas de programas que “bajaban de arriba” o de necesidades que “surgían de abajo” donde se acercaban algunas intervenciones por parte de la comunidad en la toma de decisiones. Resalta el rol de la mujer como facilitadora de la tarea comunitaria en salud debido a que participan más las mujeres que los hombres. Por consiguiente, la participación en su mayoría era colaborativa, ya que no se logró fortalecer del todo los espacios propuestos para que la población interviniera en la toma de decisiones y en algunos casos se crearon talleres que no tuvieron continuidad y solo funcionaron esporádicamente (Essayag, 2006).

También se analizó la estrategia de municipios saludables e identificaron que pocas veces se realizan las intervenciones como se diseñan pero pudieron reconocer que la prevención de enfermedades era mayor cuando se impulsó la estrategia y se fortaleció la atención a la población, la participación de la comunidad generó experiencias aisladas con distintos niveles de involucramiento; aun así, no se avanzó mucho en este sentido, en general hubo efectos positivos del programa mientras duró. Únicamente fueron 2 años y no continuaron los trabajos al terminar el proyecto, así que, no se pudieron consolidar espacios participativos y el programa no logró la participación recomendada en términos de empoderamiento y compromiso de la población en aspectos de salud. Cosocvhi (2006) recalcó que la participación no se produce de un día para otro, se requiere continuidad para fortalecer a la comunidad e incrementar su confianza en las instituciones.

En Cuba, se realizó una estrategia para promover la participación de la comunidad en la prevención del dengue donde se identificaron cambios positivos en el liderazgo, identificación de necesidades, organización, gestión y movilización de recursos por parte de la población; se mencionó que las personas son sujetos de su propio desarrollo, pasan de ser simples informante o participantes de ejecución de acciones a ser actores fundamentales en la toma de decisiones (Sánchez, Pérez, Alfonso, Castro, Sánchez, Van der Stuyft y Kouri, 2008). Otro estudio identificó que cuando la mujer embarazada participa y se convierte en sujeto activo del cuidado de su salud, se disminuyen las enfermedades evitables en la gestación, hay menos nacimientos con

bajo peso y las mujeres proporcionan lactancia materna exclusiva más tiempo en comparación con las que no participan (Beltrán, Ruiz, Grau y Álvarez, 2007).

Asimismo, se realizó una intervención para fortalecer la atención primaria y la participación activa de la población en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, como resultados se incrementaron las prácticas preventivas de estas enfermedades e identificaron la necesidad de realizar un diagnóstico comunitario con la colaboración de las redes sociales y organizaciones de la comunidad así como la realización de actividades de promoción de salud donde se involucren los servicios de salud y comunidad de manera periódica para que exista un cambio del entorno social y físico de la comunidad (Ferrer, Alfonso, Bonet, Guerra, Rodríguez y Díaz, 2006).

La escuela de nutrición y dietética de la Universidad de los Andes en Venezuela mostró que para mejorar las investigaciones en el campo de la nutrición comunitaria, con la finalidad de mejorar el estado de nutrición de la población, es necesario brindar a la comunidad la oportunidad de desempeñar el rol de protagonista para poder ejecutar programas de salud de manera satisfactoria, como los efectuados por ellos donde se crearon organizaciones civiles formadas por los miembros de la comunidad para la solución de problemas nutricionales (Angarita, 2010).

En Venezuela, se implementó una estrategia contra el dengue y se identificó como necesaria la participación activa de la comunidad para este control, después de concluido el estudio se pudo identificar que se elevó el nivel de conocimiento de la población sobre este tema y se obtuvo una reducción atribuible a la infección por dengue señalando que la voluntad política y la participación comunitaria son requisitos básicos para el desarrollo de la salud a nivel local (Hoyos, Hernández y Pérez, 2010).

Otro estudio de participación comunitaria en nutrición observó que el contacto directo genera en las personas cambios profundos y permanentes, se experimenta una satisfacción desde lo emocional ya que se es partícipe del crecimiento de otros en su ser y su vivir. Todo ello contribuye al logro de una comunidad sensibilizada ante la problemática donde es protagonista de su propia transformación, consciente de que la prevención en salud es una vía para lograr el desarrollo sustentable (Alarcón, 2010).

Una investigación participativa (2011-2013) para mejorar la cultura alimentaria como estrategia de salud identificó que la participación permite que surjan líderes de las

mismas comunidades que aportan conocimientos y experiencias que estimulan el compromiso de la comunidad (Acuña, Guevara y Flores, 2104).

En Nepal, se mostró que cuando la comunidad participa en el programa de mortalidad materna hay un beneficio significativo al incluir a mujeres locales, ya que aumenta la búsqueda de atención médica ante una urgencia, lo que impacta en la salud de la comunidad, principalmente las aisladas (Haines, Sanders, Lehmann, Rowe, Lawn, Jan...Bhutta, 2007).

Un estudio cualitativo para conocer la percepción de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad de influir en la calidad de los servicios de salud de Colombia y Brasil, reconoció que la mayoría de los usuarios se identifican como actores con capacidad suficiente para lograr grandes cambios positivos en los servicios de salud; sin embargo, las instituciones limitan la capacitación a los usuarios en temas de participación y pocas veces se implican con la comunidad donde solo es consultada pero esta no participa en la toma de decisiones (Delgado y Vázquez, 2009).

En Myanmar (Asia), se demostró que el enfoque participativo permite el desarrollo de la comunidad, ya que ésta movilizó y asignó recursos existentes para el desarrollo de planes de acción y así poder abordar problemas que eran prioritarios para la población (Kyaw, Somrongthong, Moe, Myint & Ni, 2012).

Hernández realizó una síntesis sobre la participación social y su influencia en la modificación de comportamientos en salud en Cuba, Angola y Argentina donde se planificaron talleres (todo taller debe generar sentido de pertenencia a un grupo y mayor compromiso colectivo) de diversos temas y los integrantes participaron activamente aportando sus experiencias a través de discusiones grupales lo que tuvo influencia en la vida de los participantes; nunca se partió de cero debido a que existían conocimientos de la comunidad, así que, se partió de un diagnóstico inicial.

El objetivo era la modificación de comportamientos relacionados con la salud lo cual fue efectivo en todas las estrategias implementadas como: prevención de infecciones respiratorias, capacitación para pacientes con cáncer, VIH y dirigido al uso indebido de drogas (Hernández, Delgado, Pérez, Hoyos, Gutiérrez y Gamba, 2014).

En México, la Ley General de Salud (LGS) resalta el derecho a la protección de la salud y remarca que la comunidad podrá participar en los servicios de salud y formular

sugerencias para mejorar los mismos. También señala que la educación para la salud tiene por objeto fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas, accidentes así como protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud (LGS, 2015).

En 1934, se publicó el trabajo “La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales como factor de progreso higiénico en México” donde el Doctor Bustamante precisó la organización de los servicios de salud en México de esa época y se describía la necesidad de que la comunidad participara con los equipos de salud (Casas, Rodríguez y Casas, 2013).

Uno de los objetivos del Programa Nacional de Salud de 1984-1988 fue el Modelo de Atención de Salud para Población Abierta (MASPA) en el cual se estableció que se debían estimular las formas de organización y participación comunitaria en los servicios de salud (Secretaría de Salud, 1995).

En 2006, se conformó el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) y reconoció que la prestación de servicios de salud a la comunidad se sustenta en dos pilares siendo el principal la participación activa de la comunidad en el cuidado de su salud (Secretaría de Salud, 2006).

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud a través del Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS), mencionó que los ciudadanos se deben convertir en co-productores de salud siendo una parte importante la participación de la comunidad. Consideró dos elementos que intervienen en la conformación de la plataforma social: la participación municipal a través de la Red de Municipios por la Salud y la participación comunitaria a través de comités locales de salud donde la población organizada debe controlar sus condiciones de salud y ejercer su derecho a la protección (Secretaría de Salud, 2001).

Reconociendo que el país enfrenta grandes retos de salud y que la mayoría de las enfermedades que se atienden son prevenibles, en el sexenio de 2006-2012 se elaboraron los programas de acción específicos (instrumentos que contienen estrategias sustentadas en las mejores prácticas y evidencia científica disponibles), es de interés resaltar el programa Entornos y Comunidades Saludables.

Este programa contempla combatir los problemas que amenazan la salud integral de las personas reforzando el poder de las comunidades sobre los determinantes de salud identificando como punto clave la participación de la comunidad, por lo que se debe construir la base social donde la población se empodere, sea corresponsable en el desarrollo integral comunitario y mejore su calidad de vida. También contempla fortalecer la participación de la comunidad organizada con el fin de generar actitudes y aptitudes en la población para su autocuidado y así dar sustentabilidad a los servicios de salud (Secretaría de Salud, 2007-2012).

Como parte de los elementos fundamentales que garantizan la protección a la salud el Programa Sectorial de Salud (el cual está en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018) tiene como objetivo la promoción, prevención de enfermedades y protección de la salud; no solamente mediante acciones propias de la salud pública sino también con intervenciones que cambien el actuar de las personas en términos de su responsabilidad. Este programa propone estrategias como son: promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario así como reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social (Programa Sectorial de Salud Federal, 2013-2018).

El Programa Sectorial de Salud de Hidalgo en 2011 refirió que se debe fortalecer las acciones específicas para prevención y control de las enfermedades a través de la participación de la comunidad así como de promoción de la salud, fomentar el autocuidado e impulsar la prevención de la enfermedad y discapacidad; la participación activa de la comunidad puede asegurar la cobertura de atención al individuo y comunidad, mediante su coparticipación (Programa Sectorial de Salud Hidalgo, 2011-2016).

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) incorporó los avances de los modelos antes desarrollados (de 1985 a 2014) con el objetivo de homogenizar los servicios de salud centrando la atención en la persona e incluye un componente de participación de la población a través de la integración de redes sociales, este modelo se implementó de acuerdo a la renovación de la APS. Enfatizó como estrategia la participación ciudadana, la cual es considerada una necesidad y derecho de la

población siendo un requisito para avalar que la prestación de los servicios se realice según las necesidades de la población impulsando la participación de la comunidad en la toma de decisiones; integrando grupos de población organizada para que participen en el cuidado y autocuidado de las personas con factores de riesgo o enfermedades crónicas (Secretaría de Salud, 2015).

En Chiapas se realizó un estudio donde se identificó que es mínima la aportación de las mujeres en la toma de decisiones relativas a salud tanto en el espacio público y doméstico, se deben superar estas deficiencias; asimismo, se indicó que la toma de decisiones que afectan a la vida de la comunidad contribuye a mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes (Trujillo, Villafañe y García, 2013).

2.1.- Grupos de Participación Comunitaria en México

Los elementos que debe tener un grupo de participación es que sea representativo de toda la comunidad así como tener la libertad de acción y pensamiento, si estos grupos no son seleccionados de manera democrática y transparente no se lograra la representación real de los ciudadanos en la toma de decisiones sino la aprobación de decisiones ya tomadas por la institución (Ceballos y Jonnathan, 2009).

La participación comunitaria en México a través de los años ha sido un eje fundamental en los servicios de salud, la LGS precisa la obligatoriedad de promover y apoyar la formación de grupos que coadyuven en el desarrollo de los programas de salud. Astrid (2004), recomendó integrar a los ciudadanos en mecanismos de participación que les permita reconocer y comprender sus derechos, también sus deberes que motiven el compromiso de mejorar la calidad de vida de su comunidad. En México algunas formas de participación comunitaria en salud son: el comité de salud, GAM y club del embarazo.

COMITÉ DE SALUD

Desde 1964 se promovió la integración de comités comunales y en 1985 se elaboró el “Manual de Organización y funcionamiento del comité de salud”, en ese mismo año el MASP recalcó que la comunidad debe participar en la planeación, ejecución y evaluación de los programas a través de comités de salud integrados y coordinados

por los equipos de salud de las unidades del primer nivel de atención (Secretaría de Salud, S.F).

El programa Comunidades Saludables promueve la participación social a través de los comités locales de salud, conjuga los recursos institucionales (equipo de salud) con los comunitarios (comités locales de salud, promotores, entre otros) estos comités deben ser capacitados y apoyados por el personal de salud; para elaborar y ejecutar proyectos que permitan la solución de problemas en salud de la comunidad (Secretaría de Salud, 2007-2012).

La estrategia de municipios saludables fue lanzada por la OPS/OMS con el fin de involucrar a todos los sectores de la sociedad con la finalidad de implementar a nivel local políticas saludables que faciliten la participación comunitaria que promuevan ambientes y estilos de vida saludables. Para mejorar la calidad de vida de la población lo que constituye una propuesta de gran alcance para impulsar la promoción de la salud (Cosovschi, 2006).

La Secretaría de Salud elaboró el manual del comité de salud el cual contiene los fundamentos jurídicos que sustentan la formación de este grupo, asimismo, los lineamientos y funciones que corresponden a los integrantes, el cual se debe aplicar en áreas rurales como urbanas. Cada unidad de salud debe contar con el apoyo de un comité de salud el cual debe servir de respaldo para realizar las acciones de salud encaminadas a mejorar la calidad de vida de la comunidad, el personal de salud es el encargado de promover ante autoridades civiles la integración de estos comités. Un comité debe ser representativo de la comunidad y electo de forma democrática convocando a la comunidad en general para la elección de este con la finalidad de identificar conjuntamente con el equipo de salud la problemática de la comunidad en materia de salud lo cual se puede realizar a través de un diagnóstico de salud, una vez identificados los problemas el comité puede programar, ejecutar y evaluar acciones que coadyuven a la solución de los mismos (Secretaría de Salud, S.F). Cabe mencionar que se ha identificado que su participación es nula en la toma de decisiones y el MOPS señaló que es necesario involucrar a los comités de salud en niveles superiores de gestoría así como convertir a los integrantes en tomadores de

decisiones esto a través de una reorientación de sus funciones para asegurar su representatividad a través de mantenerlos informados y capacitados (Secretaría de Salud, 2001).

Algunas de las funciones de los integrantes son establecer una coordinación entre el equipo de salud y la comunidad, elaborar un programa anual de actividades dirigidas a la comunidad y colaborar con el equipo de salud para elaborar el programa anual de actividades de la unidad; recibir capacitación y asesoría por parte del personal de salud, fomentar el interés de la comunidad en acciones que conlleven al mejoramiento del nivel de salud e informar a la comunidad los logros que se obtienen de esas actividades. Los vocales deberán colaborar en diversas actividades encaminadas a la mejora del nivel de salud de la población entre estas actividades esta participar en el programa de enfermedades prevenibles por vacunación. El desempeño de los integrantes del comité debe durar dos años y pueden ser sustituidos o ratificados por la comunidad al terminar la gestión si la comunidad así lo decide. Como características preferentes los integrantes deben ser mayores de 18 años, vecinos permanentes de la comunidad, saber leer y escribir así como estar dispuesto a dedicar el tiempo necesario para cumplir sus actividades como miembro del comité (Secretaría de Salud, S.F).

GRUPO DE AYUDA MUTUA

En 1990 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) comenzó a desarrollar un tipo de participación comunitaria con GAM con el objetivo de formar una conciencia participativa con acciones intramuros, convirtiendo los grupos educativos en grupos de autoayuda donde hay intercambio de experiencias alrededor de un problema común; los grupos más frecuentes son de pacientes que sufren hipertensión, diabetes, tercera edad, entre otros (Rasmussen, Hidalgo, Pérez, Rodríguez, López, Márquez y González, 1993). Posteriormente se implementó el programa Diabet-IMSS parecida al GAM, la cual es una intervención integral que incluye atención multidisciplinaria, consultas médicas y sesiones educativas durante un año para tener un mejor control de la enfermedad (Figuroa, Cruz, Ortiz, Lagunes, Jiménez y Rodríguez, 2014).

En un estudio realizado en el Estado de México con el objetivo de determinar el rendimiento del programa se identificaron diferencias significativas del control de la enfermedad entre los grupos que ya habían participado en el programa, los que apenas participaban y los que nunca habían participado en el programa. Hay mejores resultados cuando participan los pacientes en este tipo de programas porque son más efectivos y permanentes los cambios en los estilos de vida de los que participan en comparación con los que no participan (Figuroa, Cruz, Ortiz, Lagunes, Jiménez y Rodríguez, 2014).

La Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVE) implementó los GAM como una estrategia para adoptar estilos de vida saludable; considera que la educación, actividad física y alimentación del paciente es parte fundamental del tratamiento. A estos grupos asisten personas que padecen diabetes, hipertensión y obesidad para adquirir información y nuevas habilidades para el control de su enfermedad ahí realizan actividad física, llevan un plan de alimentación, monitoreo y vigilancia de complicaciones pero deben ser coordinados por personal médico o paramédico (Lara, 2004).

El apoyo social que se genera en los GAM es un proceso donde la estructura social puede satisfacer necesidades en situaciones cotidianas o de crisis, de tal manera que se promueve la ayuda mutua, favorece la acción colectiva (solidaridad y pertenencia) conformando una red la cual sirve para coordinar pensamientos y acciones creadas a partir de experiencias compartidas. Existen redes primarias o naturales las cuales se crean a través de la relación entre familia, amigos o compañeros de trabajo o estudio y secundarias como son los GAM, voluntariados o sociedades civiles que se estructuran para desarrollar actividades específicas de atención de acuerdo a las necesidades que requieren sus miembros. La ayuda mutua es una condición natural del ser humano y siempre busca a otros para compartir su situación de manera equivalente, el GAM se caracteriza por reciprocidad horizontal, simétrica y generalizada entre sus miembros que comparten un problema en común (ISSSTE, 2008).

Un GAM es definido como un conjunto de personas que al compartir un mismo problema intercambian experiencias y se dan apoyo emocional, las reuniones son

entre “iguales” compartiendo información; el ver que otras personas superan su situación de crisis ayuda al otro a superar su problema. Al equipo multidisciplinario le compete proporcionar la capacitación necesaria y supervisión médica preservando la autonomía del grupo, nadie más que los propios interesados pueden definir su situación y dar significado a lo que hacen (ISSSTE, 2008).

El instructor o facilitador debe centrar sus actividades al logro del aprendizaje grupal encaminados a la educación para la salud con el propósito de modificar los hábitos y adquirir conductas que mejoren los estilos de vida y el empoderamiento de la salud, los cuales se logran con la capacitación de los integrantes para obtener resultados. Se recomienda que los grupos sean cerrados de manera que el número de integrantes no fluctúe durante el tiempo de permanencia para poder darles un seguimiento de manera real. Debe existir un progreso en el desarrollo del grupo hasta lograr la integración y corresponsabilidad del mismo, se recomienda que permanezca integrado entre 12 y 18 meses de manera tal que se vuelvan autogestivos al adquirir herramientas para el autocuidado de la salud, que se desprendan de la unidad médica y continúen sus actividades de manera autónoma a la unidad de salud (ISSSTE, 2008).

En los GAM se debe promover una red de apoyo y relaciones sociales para que los participantes del grupo que comparten el mismo problema generen en su interior un sentido de apoyo y amistad entre ellos. También propiciar la participación activa e informada del paciente para el control de la enfermedad promoviendo el empoderamiento de su salud, mejorar su calidad de vida esto a través de la concientización y adquisición de conductas dirigidas a evitar complicaciones (IMSS, 2014).

La Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre el tratamiento de la Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 en el primer nivel de atención recomienda la educación grupal debido a que es esencial en el manejo integral del paciente siendo la promoción del autocontrol el objetivo principal para prevenir o retrasar las complicaciones porque mejora el control glucémico y de peso, las cifras de presión arterial así como calidad de vida. Esta guía reporta la evidencia de estudios donde se realizaron intervenciones educativas y

reportaron una disminución en los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c) por lo que se deben involucrar equipo de salud, paciente y red de apoyo en la atención integral de la enfermedad donde las intervenciones deben estar encaminadas a impulsar un papel más activo de los pacientes en la toma de decisiones informadas para mejorar el control de la enfermedad. Existe la evidencia que el entrenamiento dirigido al conocimiento sobre diabetes, habilidades para el autocuidado, uso de medicamentos y control de glucosa es más efectivo cuando se realiza de manera grupal que individual; es necesaria la participación activa del paciente al ofrecerle educación continua, ordenada y sistematizada, así que, se recomienda utilizar técnicas de aprendizaje variadas adaptadas a las características de cada grupo. A través de demostraciones grupales de los pacientes se debe verificar los cambios en los estilos de vida, alimentación, actividad física y auto monitoreo (IMSS, 2014).

CLUB DEL EMBARAZO

El programa de acción de Arranque Parejo en la Vida 2007-2012 determinó que para poder garantizar los servicios de salud oportunos a la mujer embarazada se deben asegurar acciones de información, consejería y educación a través de promover la formación de grupos para embarazadas de alto riesgo; así como fortalecer la organización comunitaria por lo que se requiere de la participación activa de la comunidad y promover talleres comunitarios dirigidos a las embarazadas para que se corresponsabilicen en el autocuidado de su salud (Secretaría de Salud, 2007-2012).

Mejorar la salud materna representa para la agenda de salud una prioridad principalmente en la reducción de la morbilidad y la mortalidad; se debe fortalecer las competencias de mujeres, sus parejas y familias, reforzando o implementando el club del embarazo con acciones de desarrollo de competencias. El club del embarazo permite a las mujeres obtener nuevos conocimientos desde una forma tanto individual como grupal, intercambian y comparten experiencias en el grupo donde pueden identificar la red social que sirve de apoyo en el traslado cuando lo necesite en caso de urgencias, debe definir quien la acompañara durante el proceso del embarazo. Se debe instalar el club del embarazo en todas las modalidades de atención de primer nivel para fortalecer la capacitación de la embarazada y sus familiares e impulsar el

crecimiento y desarrollo humano de los integrantes del Club. Se tiene que contar con un acta que avale dicho Club y sesionar una o dos veces al mes, esto con la finalidad de dar seguimiento a la atención médica de las embarazadas con un mínimo de 5 consultas (Secretaría de Salud de Hidalgo, 2015).

Al crear condiciones favorables de interacción se intenta hacer apta a la embarazada y habilitarla para el cambio individual y grupal, ganar capacidades para cambiar comportamientos que dependan de factores ambientales y socioculturales, a través de un conjunto de actividades estrechamente interrelacionadas que sirvan de herramienta para alcanzar la promoción de la salud. La educación que se dará a la embarazada partirá del diagnóstico de sus problemas, investigar sus condiciones socioeconómicas, su relación de pareja y cuáles son sus experiencias anteriores; en medida que se conozca dichos aspectos se podrá acudir a una adecuada psico higiene del embarazo, parto y puerperio (Beltrán, Ruiz, Grau y Álvarez, 2007).

En un estudio realizado en 2001 en el hospital general de Rio Verde, en San Luis Potosí con el objetivo de identificar el efecto de una estrategia educativa en las embarazadas encontró que esta estrategia mejora la competencia cognitiva de la mujer embarazada sobre signos y síntomas de alarma favoreciendo la búsqueda oportuna de atención médica y así disminuir los riesgos de morbilidad materna y perinatal; también mencionó que se debe insistir en la participación de la embarazada en las dinámicas realizadas en las intervenciones educativas y estimular a que expongan sus experiencias así como se debe partir de conocimientos previos de la población e insistió en que se debe establecer programas educativos que apoyen el control prenatal (García, 2003).

En 2005, se realizó una evaluación de cuatro estados sobre las medidas participativas y conformación de redes de apoyo de las mujeres embarazadas, se identificó que la coordinación y participación de la comunidad son favorables donde hay más recursos materiales; asimismo, se observó que en caso de una urgencia obstétrica el apoyo más relevante para las embarazadas son sus redes de parentesco que permite un acompañamiento más efectivo y la detección oportuna de riesgos obstétricos. De ahí la importancia de aprovechar los recursos comunitarios y fomentar la participación de

los mismos para disminuir la muerte materna (Orozco, González, Kageyama y Hernández, 2009).

En Yucatán, se realizó una intervención en la comunidad con la finalidad de incrementar el conocimiento sobre signos de alarma en mujeres embarazadas, se involucraron a las auxiliares de salud de la misma comunidad y se fomentó la participación activa en talleres que facilitaron el proceso de aprendizaje, se identificó que la intervención en la comunidad mejoró los conocimientos de las mujeres sobre signos de alarma. Se debe propiciar la participación de las mujeres embarazadas de forma permanente y utilizar técnicas participativas las cuales generan conocimiento del investigador hacia la comunidad y en sentido opuesto mejorando el conocimiento de las embarazadas en signos de alarma e incrementando el autocuidado (Rodríguez, Andueza, Rosado, Ortiz y Hernández, 2012).

2.2.- Participación Comunitaria desde la teoría del empoderamiento

La participación es el proceso donde los integrantes de una comunidad asumen diferentes niveles de compromiso, identifican sus problemas, formulan y ofrecen soluciones para satisfacer las necesidades de salud de la misma (Méndez y Vanegas, 2010). Saturno mostró que la participación ciudadana se define como “el conjunto de disposiciones que proponen, facilitan, regulan y hacen efectiva la intervención de los ciudadanos en actividades de la administración pública que los afectan sin integrarse en las estructuras institucionales” (Saturno y otros, 2014).

Algunos organismos internacionales han definido a la participación ciudadana como: el proceso en el cual los interesados controlan poder sobre las iniciativas de desarrollo que afectan sus vidas. Es un instrumento de empoderamiento que moviliza a la gente como supervisores de su propio desarrollo (Cardozo, 2008).

El grupo de estudios de la OMS en 1991, sugirió que la participación comunitaria tiene tres vías diferentes: de contribución donde la comunidad participa en determinados programas y proyectos mediante contribuciones de trabajo, dinero o materiales; como organización que implica la creación de estructuras apropiadas para facilitar la participación y dotación de poder o empoderamiento donde se desarrolla en la

comunidad el poder de tomar decisiones efectivas concernientes a los servicios de salud teniendo voz, voto y/o control sobre esos programas (Bang, 2011).

La OPS refirió que existen tres grados de participación: la utilización de los servicios (no considerada participación), la cooperación (donde ejecutan planes elaborados por el personal y ajenos a la comunidad) y la participación donde la comunidad toma parte en las actividades de planificación y administración de los programas (Briceño y Ávila, 2014).

La escalera de participación propuesta por Arnstein en 1969 indica ocho niveles de participación que van desde la pasividad, consulta, suministro de información, participación por incentivos, participación funcional, interactiva hasta llegar al nivel más alto que es el autodesarrollo. El autodesarrollo es donde los grupos locales actúan sin esperar la intervención de los agentes externos porque ellos toman iniciativas para proponer y ejecutar acciones que mejoran su calidad de vida de acuerdo a sus necesidades, siendo el nivel deseado de participación en cualquier programa de salud (Briceño y Ávila, 2014).

La OMS planteó modelos en relación con la participación de la comunidad: el autoritario donde la población se limita al uso de servicios institucionales aceptando y acatando las iniciativas y decisiones sin ser consultados; otro modelo es restringida o instrumental, aquí la comunidad participa subordinadamente a los objetivos del sistema donde colabora en actividades decididas, programadas y coordinadas en los servicios de salud, lo que facilita ciertas acciones de salud y contribuye a mejorar la cobertura. Por último el modelo participativo, en este se democratiza el saber y se amplían los derechos de decisión de quienes han sido excluidos donde se revalora a la población como un sujeto de dirección y no solo de intervención (Arredondo, 2008).

Desde la teoría del empoderamiento se puede definir de acuerdo a Oakley como un proceso de adquisición de poder, en el sentido de acceso y control sobre los recursos considerados necesarios para proteger los medios de vida; por lo cual la población no sólo debe ser consultada, sino que debe intervenir en la toma de decisiones (Menéndez y Spinelli, 2006). Promoción a la salud clasifica al empoderamiento en 2

niveles: el comunitario y el individual. El nivel comunitario supone que la comunidad actúe de forma colectiva con el fin de controlar a los determinantes de la salud y la calidad de vida de la misma. A nivel individual, el empoderamiento se refiere a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal (Arévalo, 2013).

El empoderamiento es la habilidad que tiene la gente para comprender y controlar fuerzas personales y realizar la toma de decisiones con el fin de mejorar su calidad de vida, se deben establecer relaciones sociales más democráticas e impulsar el poder compartido (Rodríguez, 2009). Hablar de “empoderar”, es dar poder, dotar de poder, pero también se traduce como potenciación o fortalecimiento, como lo señalan algunos de los siguientes autores:

Rappaport (su creador) señaló que empoderamiento o potenciación es el proceso por el que las personas, organizaciones y comunidades adquieren control y dominio de sus vidas (Heritage & Dooris, 2009). Donde se fortalece el sentimiento de control personal y el interés por la influencia social de manera real (Buelga, 2007).

Powell, citado por Buelga, mencionó que “es el proceso por el que los individuos, grupos y comunidades llegan a tener la capacidad de controlar sus circunstancias y de alcanzar sus propios objetivos, luchando por la maximización de la calidad en sus vidas” (Buelga, 2007). Sanabria planteó que es necesario vincular la participación comunitaria con el empoderamiento, donde las personas deben llevar a cabo acciones que implican acceso y control de los recursos reconociendo la necesidad de contactos entre las diferentes organizaciones de manera que puedan influir en las estructuras de poder (Sanabria, 2004).

Se requiere el desarrollo de cualidades personales para que las personas se puedan identificar con la comunidad y con los problemas que les afectan, de modo que la transformen y participen. El proceso de empoderamiento permite a la comunidad ver los retos no como problemas en el rol de víctimas, sino como la posibilidad de transformación. Cuando hablamos de empoderamiento es porque existe un sentido de pertenencia que genera el compromiso de trabajar “hombro a hombro” con el vecino

por un sueño en común (Acuña, Guevara y Flores, 2014). Si la comunidad se empodera puede actuar de manera colectiva, desafiar las desigualdades de poder y obtener resultados, de tal forma que transforme a las instituciones, lo que garantiza confianza en la gente para mejorar su calidad de vida (Rifkin, 2009).

Freire, propuso un modelo educativo para desarrollar el empoderamiento, “acción/reflexión/acción” el cual intenta lograr la concientización de las personas. Dicho modelo pretende que el promotor de la salud establezca dialogo y empatía entre las personas, si solo se transmite información el empoderamiento no surgirá. Desde esta perspectiva se incluirá a la persona en el proceso de toma de decisiones (Arévalo, 2013).

Para mejorar la salud de la comunidad es necesaria su participación; por consiguiente, el equipo de salud no debe ser dominante e imponerse en la toma de decisiones que tienen que ver con la modificación de los determinantes de salud. Se debe conseguir la corresponsabilidad e implicar a agentes de la comunidad que detecten, prioricen y determinen acciones (decididas por ellos) para modificar estos determinantes (Pasarín, Forcada, Montaner, De Peray y Gofin, 2010). La corresponsabilidad hace posible la participación de las personas en el cuidado de su salud, por lo que la comunidad y autoridades deben asumir el compromiso de restablecer el bienestar común (Cortés y Ruvalcaba, 2011) (Ruvalcaba y Cortés, 2012).

2.3.- Características, ventajas y desventajas de la Participación Comunitaria

Dentro de la participación comunitaria se señalan objetivos que se intentan lograr con la comunidad, por ejemplo, involucrar a la comunidad en la identificación de las necesidades de salud más importantes, desarrollar los servicios con un enfoque de salud comunitaria que potencie el abordaje multisectorial, dar a la comunidad el control social de planificación y evaluación del funcionamiento de los servicios (Escartín, López y Ruiz-Giménez, 2015). Contrario a lo que se utilizaba como era movilizar recursos propios bajo el paradigma en el cual los usuarios solamente tenían que colaborar con el sistema de salud, en la actualidad debe existir el control y la toma de decisiones por parte de la comunidad (Anigstein, 2008). No se debe confundir la

participación con la extensión comunitaria donde se proporciona información para la salud a través de pláticas a mujeres o pacientes con enfermedades crónicas (Cosovchi, 2006).

Montenegro identificó algunas características como son: proceso de varios momentos, los sujetos involucrados se forman y forman a otras personas en el manejo de conocimientos y destrezas, se deben involucrar todos los integrantes del grupo, ocurre como una decisión voluntaria de las personas, la eficacia está en función de la organización de la comunidad así como en su unión y se mueve hacia el logro de metas compartidas (Montenegro, 2004). Debe ser activa (la población interviene en todas las fases del diagnóstico), consciente (conoce y toma consciencia de los problemas existentes), responsable (se compromete y decide de acuerdo con sus derechos y responsabilidades), deliberada y libre (las intervenciones son voluntarias y se hacen de forma planificada, manteniendo su autonomía en tareas propias) (Escartin, López y Ruiz-Giménez, 2015). La población identifica cuáles son sus problemas de salud y propone acciones diseñadas por ellos, por lo que la gente siente que participa y sus opiniones son valoradas y escuchadas. Únicamente así se compromete y actúa (cuando se imponen las cosas la gente no se compromete) (Cosovchi, 2006). Si la participación se inicia con agentes externos a la comunidad tiene pocas probabilidades de ser eficaz y duradera, a menos que la población logre un sentido de propiedad, incrementando el empoderamiento de la misma (Kyaw, Somrongthong, Moe, Myint & Ni, 2012).

Se debe adoptar un enfoque integral reforzando el papel protagonista de la población como sujeto del cuidado de salud aumentando su responsabilidad y fomentando la autonomía individual y colectiva (Castrillo, 2013), donde halla poder de decisión en la comunidad y no solo opinar, de manera que existan consensos colectivos que terminen en toma de decisiones. La gente aprende a participar cuando se mueve, piensa, conversa y busca apoyo sin dejarse manipular, cuando es escuchada y no mal interpretada se genera confianza (Eibenschutz, 2013). Debe ser un proceso continuo, dinámico donde los miembros de un grupo establecido representen de manera real a todos los miembros de la comunidad, lo que implica transformación (en medida que la

persona transforma se ve transformada por el hecho en el que participa), la participación abarca desde grupos u organizaciones informales hasta los plenamente legalizados (Ceballos y Jonnathan, 2009).

El sentimiento de pertenencia de las personas al grupo genera una motivación hacia la participación, debe existir una estructura que la haga posible la cual debe adaptarse al espacio o región, intereses y necesidades de cada grupo. La gente participa cuando siente que por medio de ella se resuelven los problemas de su localidad de manera efectiva fortaleciendo el sentido de pertenencia y compromiso dándole razón de ser a las organizaciones o grupos (Ceballos y Jonnathan, 2009).

Zamudio, citado por Sanabria, advirtió que se debe crear en la comunidad la capacidad de hacerse cargo de sus problemas, lo que implica un sentimiento de control sobre su vida que aleja la sensación de impotencia ante la realidad que viven (Sanabria, 2004).

En la sociedad debe existir una actitud de responsabilidad compartida, la gente debe intervenir de manera estrecha en los procesos que afectan su vida principalmente con actividades encaminadas a mejorar sus necesidades en salud propuestas por ellos y no la distribución de tareas por parte del personal de salud (Romeo, 2007). Debe crear ideas y sugerencias en todas las fases del ciclo de participación como son diagnóstico de necesidades, planificación, implementación, monitoreo y evaluación (Navas, Rojas, Álvarez y Fox, 2010).

La participación permite a la población conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes (Ugalde, 2006). No es exclusivamente un medio para abatir o limitar daños a la salud debido a que es un instrumento que posibilita organizar, movilizar, democratizar a los conjuntos sociales y no exclusivamente respecto a los procesos de salud/enfermedad/atención (Menéndez y Spinelli, 2006).

Existen posiciones favorables y desfavorables sobre la participación unos señalan el efecto positivo en la salud de la población lo que la convierte en necesaria para el éxito de los programas y otros la consideran una vía de manipulación social y política (Méndez, 2010). En algunas comunidades habrá éxitos y en otras fracasos esto va a depender del nivel de participación de la misma y de la capacidad del personal de

salud para movilizar a la comunidad y a sus voluntarios (Angarita, 2010). A pesar de encontrarse en un lugar privilegiado en las políticas internacionales y nacionales no se ha podido consolidar por la pérdida de legitimidad de los mecanismos democráticos, debido a que se impide la inclusión de las personas ya que se está aún bajo el paradigma biomédico que afecta la participación de la comunidad (Anigstein, 2008).

Se deben de dar algunas condiciones que facilitan y hacen posible la participación como es el interés y la motivación de las personas así como no debe haber obstáculos y trabas por parte de los servicios de salud (Arredondo, 2008). Para que sea lo más efectiva se requiere un doble aprendizaje: la administración tiene que ceder poder y los ciudadanos tienen que aceptar la responsabilidad (Bleda, Santos y Fernández, 2008).

Difícilmente los Servicios de Salud identifican la participación generada desde la comunidad, y pocas veces ésta es reportada en la literatura académica, en su mayoría los programas de participación son generados en “Foros” ajenos a la comunidad, donde se establecen asociaciones con actores clave de manera y así abordar e identificar los problemas de salud, pero esto no es equivalente a una amplia y vigorosa participación por parte de la comunidad (Preston, Waugh, Larkins & Taylor, 2010).

Si se distorsiona la participación de la comunidad en una relación paternalista entre los servicios de salud y comunidad, difícilmente se conocerán las necesidades reales de la misma y las expectativas de la gente, generando desconfianza y falta de comprensión (Haines y otros, 2007).

Delgado, mostró que la gente no puede invertir tiempo que es necesario para lograr la participación de la comunidad ya que únicamente la gente que esta pensionada puede hacerlo, y mencionó que para que sea efectiva se debe acompañar de recursos técnicos y económicos necesarios para poder ponerla en práctica (Delgado y Vázquez, 2006). Las barreras que afectan a los participantes tienen que ver con la desconfianza presente en los usuarios respecto a la capacidad del sistema de resolver los problemas de la comunidad, los horarios de trabajo que no permiten destinar una labor comunitaria después de la hora de funcionamiento del centro de salud y la falta de recursos (Arredondo, 2008).

Cuando se impulsa la participación desde organismos fuera de la comunidad (Sector Salud, por ejemplo) sin tomar en cuenta la organización existente, con el objetivo de involucrarla en el desarrollo local, se genera la llamada “acción sin actor” porque se realizan acciones individuales sin conexión que obedecen a una lógica de delegar funciones a los miembros de la comunidad. Los integrantes de los grupos formados realizan esfuerzos extraordinarios (que el resto de la comunidad no realiza) para asistir a reuniones donde expresan sus necesidades (sin garantía de que las tomen en cuenta) y reciben “educación en salud” sin tomar en cuenta los saberes propios de la comunidad (Eibenschutz, 2013).

El papel del personal de salud es facilitar y proporcionar la ayuda necesaria para que esto se logre así como crear un entorno donde la participación se pueda desarrollar, ya que es un derecho básico y fomenta el sentido de responsabilidad, aumentando la posibilidad de que los programas de salud se sostengan y al mismo tiempo se rompen los lazos de dependencia, incrementando la confianza de la gente al participar en su propio desarrollo (Rifkin, 2001).

3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dado que la salud no solo es un derecho sino una responsabilidad trascendente de la población, es necesaria la participación activa de la misma. La OMS ha considerado (desde Alma-Ata hasta Helsinki) que los servicios de salud deben fomentar la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad.

Únicamente se puede hablar de participación auténtica cuando la comunidad interviene en la toma de decisiones, en la elaboración de programas y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud; así como cuando se toma en cuenta el punto de vista de los actores, si los mismos no reconocen que determinados problemas ameritan que ellos se organicen y participen, los esfuerzos generados desde “afuera” pueden resultar contraproducentes (Menéndez y Spinelli, 2006).

Sí se reconocen los retos que existen para mejorar la participación se pueden identificar los componentes que funcionan, los que se pueden mejorar, los que se deben abandonar y los que se deben potenciar (Pasarín y Díez, 2013).

La participación de la población es una parte fundamental de la atención centrada en el paciente, se requiere de un rediseño profundo de los procesos asistenciales en salud y de la óptima utilización de las formas de participación así como de herramientas de medición válidas y útiles para la monitorización y mejora continua.

A pesar de existir un marco jurídico y normativo que apoya la misma hay una complejidad en la realidad operativa, siendo el principal reto que la estructura y procesos atiendan de manera real, adecuada, respetuosa y participativa las necesidades y expectativas de pacientes y población (Saturno y otros, 2014).

Se debe incentivar que la comunidad participe en acciones de prevención y promoción, en Hidalgo se identificó que existe insuficiente coordinación principalmente en las estrategias de salud comunitaria y no se cuenta con un sistema de evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud dirigidos a la comunidad (Programa Sectorial de Salud Hidalgo, 2011-2016).

Algunos grupos de participación actual en México son: el comité de salud, GAM y club del embarazo y tienen como finalidad mejorar la salud de la población mediante su participación; sin embargo, las evidencias del impacto en los niveles de salud de estos mecanismos es mínimo.

Estos grupos deben cumplir su objetivo y los servicios deben evaluar que así sea, para poder identificar debilidades y fortalezas en los mismos así como sugerir estrategias que permitan incrementar la participación de la comunidad.

El propósito de esta investigación fue analizar las características de los diferentes grupos de participación comunitaria que existen en los centros de salud y su influencia en la salud de la población.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características de la participación comunitaria que existe en los centros de salud en Pachuca, Hidalgo?

4.- JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con Margaret Chan, los fracasos colectivos son obvios en materia de salud por lo que las reformas de APS van encaminadas a poner a las personas en el centro de atención (OMS, 2008). En México las prioridades del país en materia de salud señalan que es urgente mejorar la APS y en diversos estudios se ha comprobado como la participación ciudadana individual y colectiva en las actividades del cuidado mejora la salud de la población.

Los servicios de salud deben poner a las personas en el centro de atención sanitaria como base de la planificación dando respuesta a sus necesidades en salud, promoviendo la participación de la comunidad.

Hay coincidencia entre diversos autores de que se debe fortalecer la acción comunitaria e identificar si es eficaz en el impacto de los niveles de salud de la población, se ha escrito mucho sobre ella pero hay muy poca consistencia en la conceptualización y medición de la misma (Ugalde, 2006).

El programa de comunidades saludables promueve la participación de la comunidad a través de los comités de salud y ha realizado diferentes evaluaciones; no obstante, cabe resaltar que se evalúa las localidades certificadas con este programa y en Pachuca únicamente se certificó uno de los 11 comités de salud que se registraron en la Dirección General de Información en Salud 2014. De acuerdo con la LGS se precisa la obligatoriedad de promover y apoyar la formación de grupos que coadyuven en el desarrollo de los programas de salud en todo el país así que es urgente trabajar para lograr el empoderamiento de la comunidad en la toma de decisiones que puedan mejorar su salud.

En 1991 se identificó que el 55% de las unidades de primer nivel informaron que la población a la que atiende participa en programas de desarrollo comunitario. Posteriormente en 2008 a pesar de contar con 77.2% de unidades con aval ciudadano, el 42% indicó haber participado en la firma de cartas compromiso la cual implica una participación más activa, aunque ésta no cumple con los lineamientos

nacionales e internacionales para que se pueda considerar participación comunitaria (Secretaría de Salud, 2009).

Los GAM se extienden ya que es una acción permanente en los servicios de salud y se forman nuevos grupos, así también se avanza en la sistematización de su seguimiento; aun así, no hay lineamientos que permitan evaluar su impacto en los niveles de salud de los integrantes del grupo.

El club del embarazo es una estrategia que se implementó con la finalidad de disminuir las muertes maternas y hacer partícipes a las embarazadas en su autocuidado, pero existen pocos registros que muestren una mejora en los niveles de salud de las embarazadas.

Existe un marco jurídico que facilita la participación de la comunidad pero estos datos señalan que lejos de ir aumentando ésta pareciera que se va perdiendo interés por parte de la población para tomar decisiones con respecto a la mejora de su salud.

Diversos estudios han demostrado que cuando se hace partícipe a la población en la toma de decisiones para mejorar sus condiciones de salud los resultados se ven reflejados en la salud de la misma de una manera positiva. Si se desconoce cómo es la participación comunitaria que existe en las unidades de primer nivel, resulta más difícil establecer estrategias que puedan incentivar la misma para lograr el objetivo verdadero, el cual es fortalecer a las comunidades.

Se hace necesario conocer las características y las formas de participación de la comunidad que atienden los centros de salud del municipio de Pachuca así como analizar si ésta modifica los niveles de salud de la población. Lo anterior nos permitirá establecer propuestas para lograr que la participación comunitaria tenga las características que sugiere la OMS, con empoderamiento de modo tal que la población se fortalezca y adopte estilos de vida saludables, alcanzando una prevención más eficaz de las enfermedades, todo en beneficio de su propia salud.

5.- OBJETIVOS

5.1.- General

Analizar las características de participación comunitaria que existe en los centros de salud de Pachuca, Hidalgo.

5.2.- Específicos

- Describir las características y funcionamiento de los diferentes grupos de participación comunitaria que existen en los centros de salud de Pachuca.
- Identificar la influencia que tiene el comité de salud en la cobertura de vacuna DPT del menor de 5 años.
- Identificar el impacto del grupo de ayuda mutua en el control de los pacientes diabéticos, mediante el indicador de control de enfermedad.
- Identificar apego al control prenatal de las mujeres con puerperio que asistieron y no asistieron al club del embarazo.

6.-METODOLOGÍA

6.1. Ubicación espacio temporal

Grupos de participación comunitaria de 16 centros de salud del municipio de Pachuca, pertenecientes a la Jurisdicción 1 de los Servicios de Salud de Hidalgo como son: Comités de salud, GAM y club del embarazo. La información se recabó de enero a diciembre del 2015.

6.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal descriptivo de los diferentes grupos de participación comunitaria que existen en los centros de salud de Pachuca.

6.3 Población de estudio

Integrantes de los grupos de participación comunitaria como son comités de salud, Grupos de Ayuda Mutua y Club del Embarazo de los 16 centros de salud de Pachuca Hidalgo.

➤ **Criterios de inclusión:**

Comité de salud: Personas registrados como integrantes del comité de salud en las actas encontradas en cada centro de salud que se pudieron localizar y que aceptaron participar en el estudio.

GAM: Personas con enfermedades crónicas no transmisibles que participaban en el grupo, se pudieron localizar y aceptaron participar en el estudio.

Club del Embarazo: Mujeres que cursaron con diagnóstico de puerperio en los meses de agosto-septiembre registradas en el censo de embarazos de cada centro de salud que acudieron o no al club, que se pudieron localizar y que aceptaron participar en el estudio.

➤ **Criterios de exclusión:**

Comité de salud: Integrantes del comité de salud que no aceptaron contestar el cuestionario para el estudio y/o que no se localizaron.

GAM: Integrantes del grupo que no desearon participar en el estudio y/o que no se localizaron.

Club del Embarazo: Pacientes en puerperio que no se localizaron y/o que no aceptaron participar.

➤ **Criterios de Eliminación:** Encuestas que no se encontraron debidamente requisitadas.

6.4 Tamaño de muestra

En el estudio se incluyó a todos los integrantes que cumplieron con los criterios de inclusión por lo que el muestreo fue no probabilístico.

6.5 Diseño conceptual y operacional de las variables

Tabla 1. Definición conceptual y operacional de variables para el grupo Comité de salud

VARIABLE	Concepto	Escala de medición	Operacionalización
Socio-demográficas	Edad	Tiempo que ha vivido una persona (RAE, 2014).	Cuantitativa discreta Edad que tiene el integrante del grupo a la fecha del estudio.
	Sexo	Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Masculino o femenino (RAE, 2014).	Cualitativa dicotómica 1) Masculino 2) Femenino
	Ocupación	Trabajo, empleo, oficio (RAE, 2014).	Cualitativa categórica 1) Hogar 2) Comerciante 3) Profesionista 4) Oficio 5) Empleado 6) Chofer 7) Otros
	Escolaridad	Tiempo que dura la escolaridad (RAE, 2014).	Cualitativa ordinal 1) Ninguno 2) Primaria 3) Secundaria 4) Bachillerato 5) Carrera técnica 6) Carrera profesional
	Tempo de vivir en la colonia	Tiempo que ha vivido una persona en un lugar determinado.	Cuantitativa discreta Años que tienen de vivir en la localidad hasta el momento del estudio.
Del funciona- miento	Tiempo de funcionar el comité	Periodo transcurrido desde la conformación del actual comité hasta la fecha.	Cuantitativa discreta Años que han pasado desde que se conformó el comité actual.
	Frecuencia de las reuniones	Periodo de tiempo que transcurre entre una reunión y otra.	Cuantitativa 1) 2 veces al mes 2) 1 vez al mes 3) Cada 2 meses 4) Cada 3 a 6 meses 5) 1 vez al año 6) No se reúnen 7) Otros
	Decisión (de reuniones)	Persona (s) que determina (RAE, 2014) hora y tiempo.	Cualitativa nominal 1) El personal de salud 2) Los integrantes del comité
	Tiempo (de reuniones)	Duración de las cosas (RAE, 2014) (reuniones).	Cuantitativa 1) Menos de 30 min. 2) Más de 30 minutos 3) De 1 a 2 horas 4) Otro
	Decisión (de temas)	Persona (s) que determina (RAE, 2014) temas a tratar.	Cualitativa nominal 1) El personal de salud 2) Los integrantes del comité
Programa de actividades	Elemento clave que contiene las actividades programadas a realizar por los integrantes del comité.	Cualitativa nominal 1) Si 2) No	

Indicador	Esquema de vacunación	Cobertura de vacuna DPT en los menores de 5 años de acuerdo a los registros en censo nominal de cada centro de salud.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Porcentaje de esquema completo con vacuna DPT. ➤ porcentaje de esquema incompleto con vacuna DPT.
------------------	-----------------------	---	--------------	--

Tabla 2. Definición conceptual y operacional de variables para el grupo GAM

	Variable	Concepto	Escala de medición	Operacionalización
Socio-demográficas	Edad	Tiempo que ha vivido una persona (RAE, 2014).	Cuantitativa discreta	Edad que tiene el integrante del grupo a la fecha del estudio.
	Sexo	Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Masculino o femenino (RAE, 2014).	Cualitativa dicotómica	1) Masculino 2) Femenino
	Ocupación	Trabajo, empleo, oficio (RAE, 2014).	Cualitativa categórica	1) Hogar 2) Comerciante 3) Profesionista 4) Oficio 5) Empleado 6) Chofer 7) Otros
	Escolaridad	Tiempo que dura la escolaridad (RAE, 2014).	Cualitativa ordinal	1) Ninguno 2) Primaria 3) Secundaria 4) Bachillerato 5) Carrera técnica 6) Carrera profesional
	Tiempo de vivir en la colonia	Tiempo que ha vivido una persona en un lugar determinado.	Cuantitativa discreta	Años que tienen de vivir en la localidad hasta el momento del estudio.
Del funcionamiento	Tiempo de pertenecer al GAM	Periodo transcurrido desde que participa en el grupo a la fecha.	Cuantitativa discreta	Meses o años que tiene de pertenecer al grupo de ayuda mutua.
	Frecuencia de las reuniones	Periodo de tiempo que transcurre entre una reunión y otra.	Cuantitativa	1) 1 vez a la semana 2) 1 vez al mes 3) 1 vez al mes 4) Cada 2 meses 5) Cada 3 meses 6) Cada 6 meses 7) Una vez al año
	Decisión (de reuniones)	Persona (s) que determina (RAE, 2014) hora y temas a tratar.	Cualitativa nominal	1) Los integrantes del grupo 2) El personal de salud
	Tiempo (de reuniones)	Duración de las cosas (RAE, 2014) (reuniones).	Cuantitativa	1) Menos de 30 m. 2) Más de 30 m. 3) De 1 a 2 horas 4) Otro

	Plan de actividades	Elemento que contiene las actividades programadas a realizar por el grupo.	Cualitativa	1) Si 2) No
	Evaluación del grupo	Valoración de los resultados del grupo.	Cualitativa	1) Todos 2) Algunos integrantes 3) Todos los integrantes 4) El personal de salud 5) No se realiza evaluación
Indicador	Pacientes con DM en control	Pacientes con diagnóstico de diabetes que se encuentre con cifras normales de HbA1c (por debajo de 7%) registradas en la tarjeta de pacientes crónicos del centro de salud.	Cuantitativa	Porcentaje

Tabla 3. Definición conceptual y operacional de variables para el Club del embarazo

	Variable	Concepto	Escala de medición	Operacionalización
Socio-demográficas	Edad	Tiempo que ha vivido una persona (RAE, 2014).	Cuantitativa discreta	Edad que tiene el integrante del grupo a la fecha del estudio.
	Ocupación	Trabajo, empleo, oficio (RAE, 2014).	Cualitativa categórica	1) Hogar 2) Comerciante 3) Profesionista 4) Oficio 5) Empleado 6) Otros
	Escolaridad	Tiempo que dura la escolaridad (RAE, 2014).	Cualitativa ordinal	1) Ninguno 2) Primaria 3) Secundaria 4) Bachillerato 5) Carrera técnica 6) Carrera profesional
Funcionamiento del club del embarazo	Lugar de asistencia al club	Establecimiento de salud donde recibió las pláticas del club.	Cualitativa	1) Centro de salud 2) Hospital 3) Ambos
	Frecuencia de reunión	Periodo de tiempo que transcurre entre una reunión y otra.	Cuantitativa	1) 1 vez a la semana 2) 1 vez al mes 3) 2 veces al mes 4) Cada 2 meses
	Tiempo (de reunión)	Duración de las cosas (RAE, 2014) (reuniones).	Cuantitativa	1) Menos de 30 m 2) Más de 30 m 3) De 1 a 2 horas 4) Otro

	Decisión (de la reunión)	Persona (s) que determina (RAE, 2014) hora y tiempo.	Cualitativa nominal	1) Los integrantes del grupo 2) El personal de salud
	Actividades a realizar	Conjunto de acciones que se llevan a cabo durante las sesiones del club.	Cualitativa	1) Ejercicios y platicas 2) Ejercicios Platicas 3) Platicas
	Expresión de opinión en reuniones	Tiempo dedicado al intercambio de ideas y experiencias por parte de las integrantes del club del embarazo durante las reuniones.	Cualitativa dicotómica	1) Si 2) No
Indicadores	Número de Consultas	Cantidad de consultas recibidas durante el control prenatal.	Cuantitativa	Número de consultas expresadas por la paciente así como consultas registradas en el censo de embarazo.
	Conocimiento plan de seguridad	Documento donde la embarazada tiene anotado e identificado los datos de localización de la persona a quien acudir en caso de una urgencia.	Cualitativa	1) Si 2) No
	Asistencia al club	Personas que asisten a las reuniones programadas del club del embarazo.	Cualitativa ordinal	1) Si 2) No

6.6 Recolección de la información

A los integrantes de los comités de salud, GAM y mujeres de puerperio se les aplicó un instrumento de preguntas abiertas y cerradas que se construyó y aplicó a través de entrevista personal, para identificar las características y funcionamiento de los diferentes grupos de participación comunitaria.

- El impacto del comité de salud se midió mediante la cobertura de vacuna DPT en menores de 5 años.
- El impacto del GAM se midió mediante el control de DM tipo 2 con los registros de los niveles de HbA1c reportados en el censo de crónicos de cada centro de salud.
- Las pacientes que cursaron con puerperio en agosto y septiembre 2015 se aplicó un cuestionario para identificar si asistieron al club del y/o porque no

asistieron, se midió el impacto a través de los siguientes indicadores: número de consultas recibidas en el control prenatal y conocimiento del plan de seguridad.

6.7.- Plan de Análisis

Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico STATA versión 12, se utilizó análisis univariado y bivariado de las variables como se mencionan a continuación:

- Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas de cada grupo como son edad, tiempo de vivir en la colonia de los integrantes y tiempo de funcionamiento del grupo entre otras.
- Se realizaron proporciones para variables cualitativas de cada grupo como sexo, ocupación, escolaridad y frecuencia de reuniones entre otras.

Para el análisis bivariado se utilizó la prueba T de student para:

- Diferencia de medias entre el funcionamiento del comité y la cobertura con vacuna DPT en menor de 5 años.
- Diferencia de medias entre la frecuencia de las reuniones de los GAM y control de diabetes en integrantes del grupo así como la media de consultas recibidas.
- Diferencia de medias de número de consultas de control prenatal entre las pacientes que asistieron al club del embarazo y de las que no asistieron al club, así como entre los diferentes centros de salud con club y sin club.

7.-ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación contempló los Aspectos éticos propuestos por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la Salud, donde se establecieron los lineamientos y principios a los que debe someterse toda investigación científica, garantizando la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación. De acuerdo a la fracción I, artículo 17 del capítulo I, esta investigación se clasifica sin riesgo ya que es de carácter descriptivo, sin ninguna intervención o modificación intencionada hacia los participantes, por lo que solo se solicitaron respuestas verbales a los cuestionarios aplicados (Reglamento de la LGS en Materia de Investigación Para la Salud, 2014).

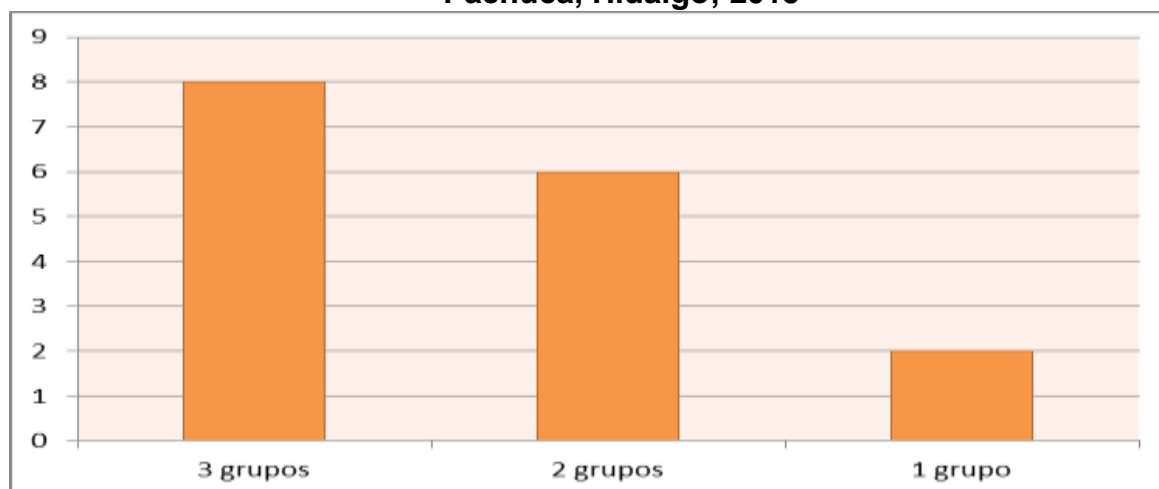
Se protegió el derecho a la integridad de los participantes de esta investigación, tomando toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos y la confidencialidad de la información (Helsinki, 2013).

De acuerdo con el consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas en coordinación con la OMS se elaboró una carta de consentimiento informado individual; fundamentado en el principio de que las personas tienen derecho a elegir libremente si desea participar en la investigación, salvaguardando la confidencialidad (CIOMS, 2002).

8.- RESULTADOS

De 16 centros de salud que integraban la Coordinación Municipal de Pachuca, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No 1 del estado de Hidalgo 15 unidades reportaron tener alguna existencia registrada que avaló la presencia de un comité de salud y 14 tenían algún registro de un GAM, respecto al Club del embarazo únicamente 10 centros de salud contaban con este grupo.

Figura 1. Grupos de participación comunitaria en los centros de salud de Pachuca, Hidalgo; 2015



Fuente: Elaboración propia con datos recabados en el periodo enero-diciembre 2015

Cabe destacar que de los 16 centros de salud, 8 contaban con los tres grupos de participación más comunes establecidos por la Secretaría de Salud (comité de salud, GAM y club del embarazo), 6 centros de salud con 2 grupos (ya sea comité de salud y GAM o club del embarazo) y 2 centros de salud solamente con comité de salud (Figura 1). De manera más detallada en la tabla 4 se muestran los diferentes centros de salud y los grupos de participación que se encontraron

Tabla 4. Grupos de participación en los centros de salud de Pachuca, Hidalgo; 2015

Centro de salud	Comité de salud	GAM	Club del embarazo
MATILDE	1	1	1
A.SERDAN	1	1	1
BUENOS AIRES	0	1	1
CUAHUTEMOC	1	1	1
ROJO GOMEZ	1	1	0
ALCANTARILLA	1	1	0
ARBOLITO	1	1	1

CUBITOS	1	1	0
RAZA	1	0	1
ABRAHAM KANAN	1	1	0
CEREZO	1	1	1
TLAPACOYA	1	0	0
GUADALUPE	1	1	1
HUIXMI	1	1	0
NORPONIENTE	1	1	1
SURPONIENTE	1	1	1

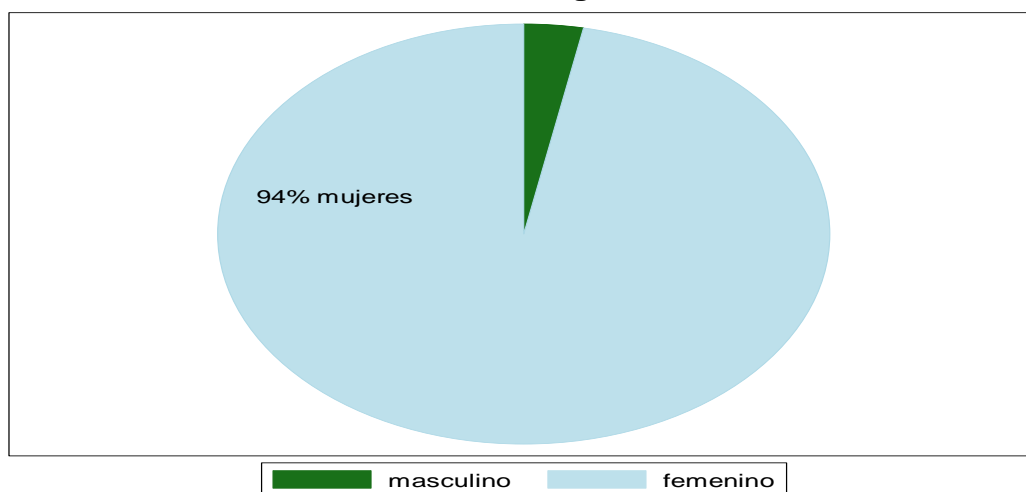
Fuente: Elaboración propia con datos recabados en el periodo enero-diciembre 2015

A continuación se describen los datos encontrados en los diferentes grupos (comité de salud, GAM y club del embarazo) en los centros de salud de Pachuca, Hidalgo.

COMITÉ DE SALUD

Se aplicaron 66 encuestas a los integrantes de los comités de salud de los cuales 94% fueron mujeres y el resto hombres (Figura 2). Se pudo identificar que únicamente en 3 centros de salud de 15 se incluyeron hombres en el comité de salud; los cuales son Alcantarilla, Arbolito y Rojo Gómez.

Figura 2. Porcentaje de integrantes por sexo de los comités de salud de Pachuca, Hidalgo; 2015



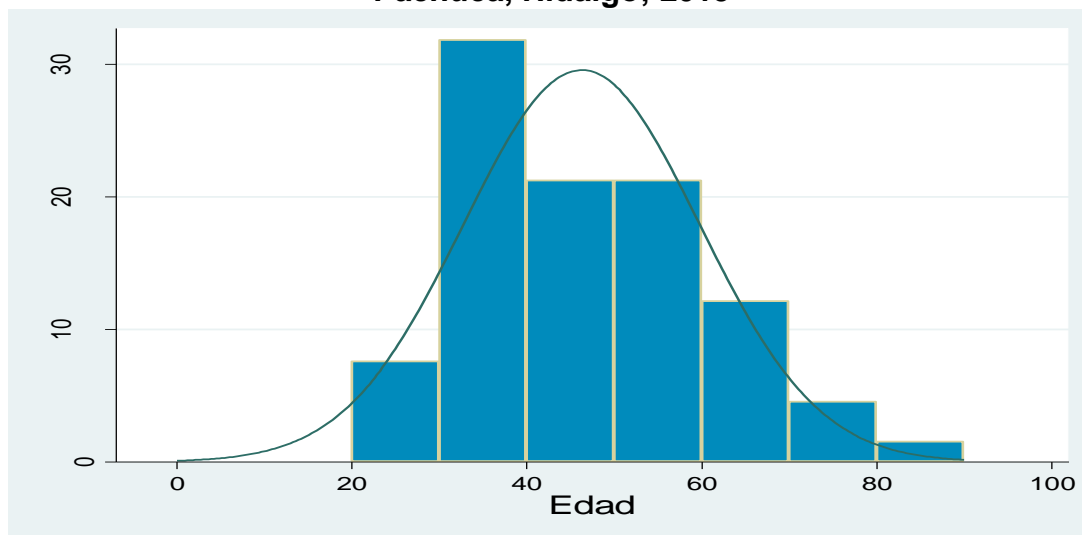
Fuente: Encuestas aplicadas a los integrantes de los comité de salud, periodo enero-diciembre 2015

La edad media fue de 46.2 años con una desviación estándar de 13.4 años, siendo la edad mínima 22 años y la máxima 83 (Figura 3). Asimismo, se encontraron algunos extremos como fueron Arbolito y Cuauhtémoc con una media de 67.4 y 64.2

respectivamente; así como Abraham Kanan y Aquiles Serdán con una media de 37 y 34.6 respectivamente.

La media del tiempo que tenían los integrantes de los comités de salud viviendo en la colonia fue de 26.2 años con una desviación estándar de 17.8 años.

Figura 3. Histograma de la variable edad de los integrantes de los comités de Pachuca, Hidalgo; 2015



Fuente: Encuestas aplicadas a los integrantes de los comités de salud, periodo enero-diciembre 2015

Respecto a la ocupación de los participantes resalta que el 68% de ellos se dedicaba al hogar y menos del 50% trabajaba (Tabla 5). En 3 de 15 centros de salud los integrantes del comité trabajaban como empleados o en otras actividades.

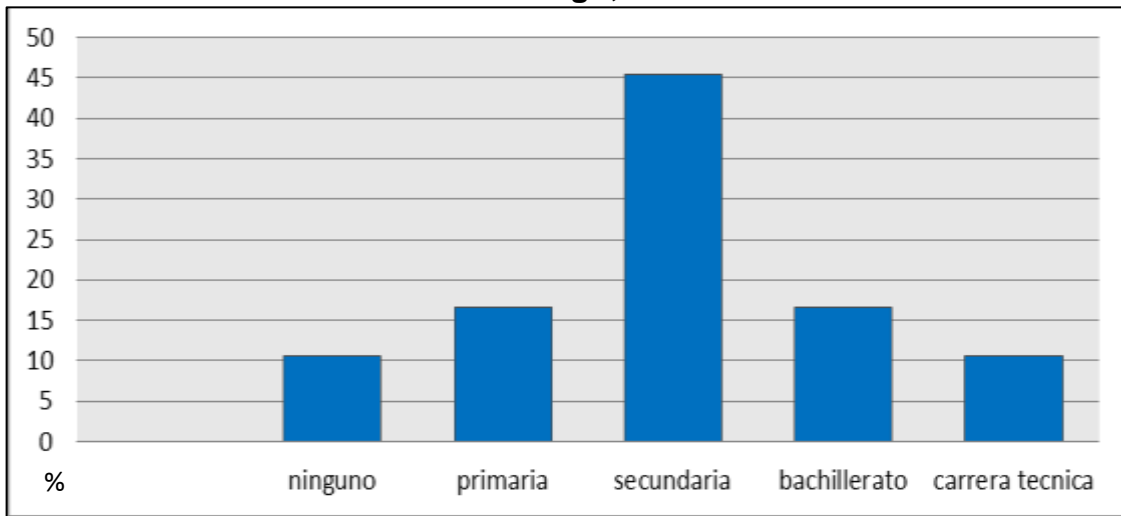
Tabla 5. Ocupación de los integrantes de los comités de salud de Pachuca, Hidalgo; 2015

ocupación	Freq.	Percent	Cum.
hogar	45	68.18	68.18
empleado	13	19.70	87.88
otros	8	12.12	100.00
Total	66	100.00	

Fuente: Encuestas aplicadas a los integrantes del comité de salud, periodo enero-diciembre 2015

Referente a la escolaridad 11% no tenían estudios, 17% estudio primaria, 45% secundaria, 16% bachillerato y el resto carrera técnica (Figura 4). Solamente Norponiente y Cerezo hay variedad en la escolaridad de sus integrantes debido a que presentan desde primaria hasta bachillerato. Además, se pudo observar que Guadalupe y Alcantarilla casi el 50% de los integrantes del comité de salud no tenía ninguna escolaridad.

Figura 4. Escolaridad de los Integrantes de los comités de salud de Pachuca, Hidalgo; 2015

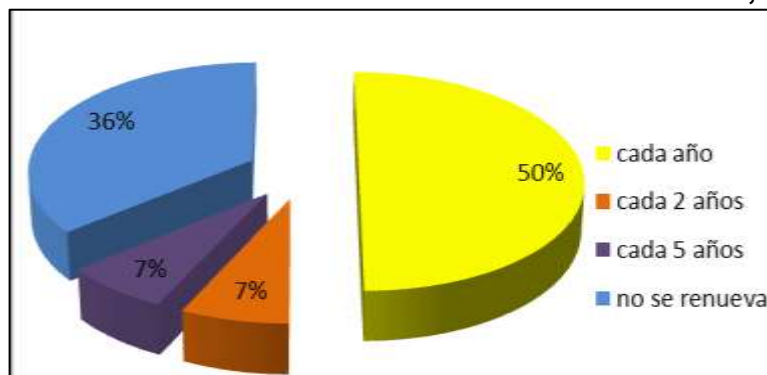


Fuente: Encuestas aplicadas a los integrantes del comité de salud, periodo enero-diciembre 2015

En cuanto a funcionamiento, la media del tiempo que tenían los comités funcionando fue de 6.66 años con una desviación estándar de 5.7 años. 50% de los comités de salud se renuevan cada año, 36% de los comités no se renuevan, 7% cada 2 años y el resto cada 5 años (Figura 5). Se resalta el centro de salud del Arbolito donde los integrantes tenían una media de 16.4 años de pertenecer al comité y Tlapacoya donde el comité se acababa de formar y todas las integrantes tenían 0.2 años de pertenecer al mismo.

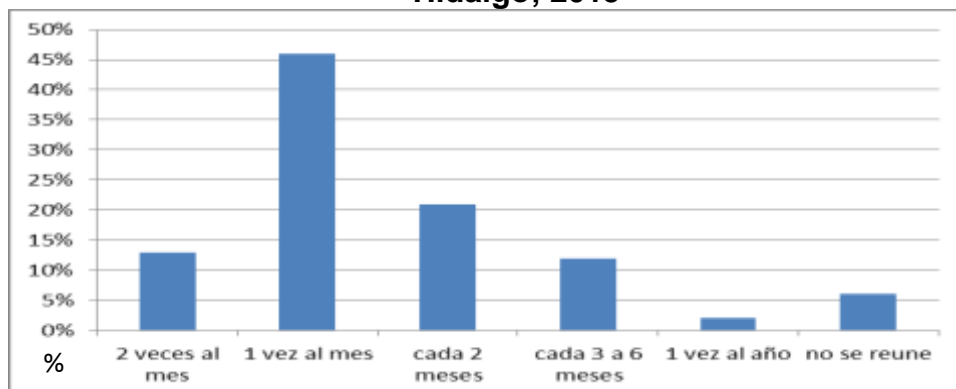
Las reuniones de los comités fueron una vez al mes 46%, 21% cada 2 meses, 13% 2 veces al mes, 12% cada 3 a 6 meses, 2% 1 vez al año y el resto no se reúnen (Figura 6). 47% de los integrantes indicó que estas reuniones duran de 1 a 2 horas, 44% más de 30 minutos y el resto que dura menos de 30 minutos.

Figura 5. Renovación de los comités de salud de Pachuca, Hidalgo; 2015



Fuente: Encuestas aplicadas a los integrantes del comité de salud, periodo enero-diciembre 2015

Figura 6. Frecuencia de las reuniones de los comités de salud de Pachuca, Hidalgo; 2015

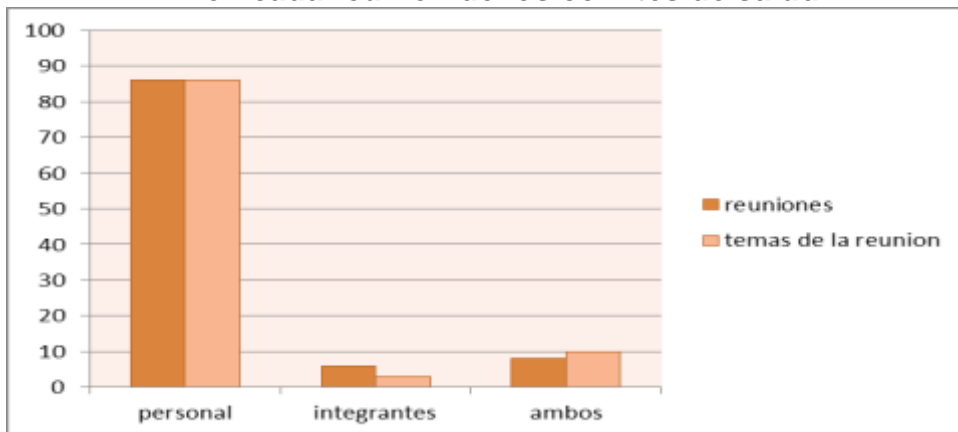


Fuente: Encuestas aplicadas a los integrantes del comité de salud, periodo enero-diciembre 2015

Respecto a quien decide cuando y como reunirse 86% señaló que es el personal de salud quien decide, 7% refirió 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. En dos centros de salud que son Cubitos y Sur poniente los integrantes reconocen que ambos son los que toman esa decisión. En relación a quien decide los temas a tratar cuando se reúnen el 87% indicó que es el personal de salud quien decide, 10% ambos (integrantes y personal de salud) deciden sobre los temas a tratar en cada reunión y un 3% refirió que son los integrantes los que deciden (Figura 7). Rojo Gómez, Guadalupe y Sur poniente reconocieron que son ambos los que deciden.

Sobre la relación que existe entre el personal de salud y los integrantes de los comités el 88% de los integrantes consideró que existe coordinación entre el comité y el personal de salud y solamente 12% considera que no hay coordinación entre comité y personal de salud. 79% de los integrantes mencionó que si ha recibido capacitación por parte del personal de salud, 15% nunca ha recibido capacitaciones y el resto dijo que a veces recibe capacitación.

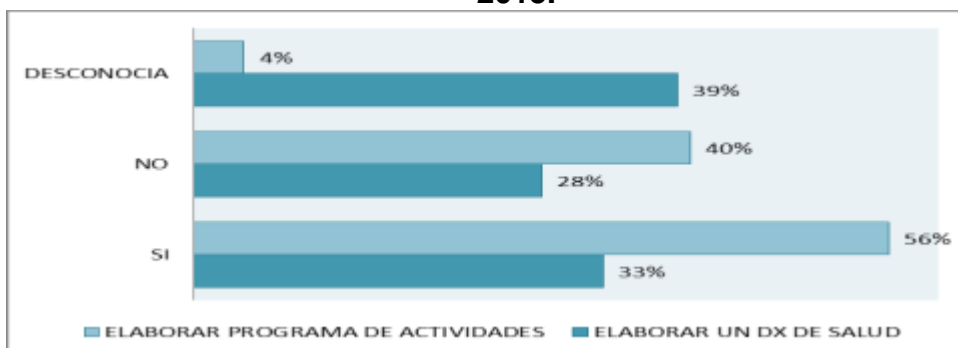
Figura 7. Porcentaje sobre quien decide cuando reunirse y los temas a tratar en cada reunión de los comités de salud.



Fuente: Encuestas aplicadas a los integrantes del comité de salud, enero-diciembre 2015

Lo que corresponde a las actividades que deben realizar los comités de salud 56% indicó que si elaboran un programa de actividades el, 40% no elabora un programa y el resto desconocía que se tenía que elaborar. 39% de los integrantes indicaron que no saben que es un diagnóstico de salud de la comunidad, 28% nunca ha elaborado uno y un 33% si había elaborado un diagnóstico de salud de la comunidad (Figura 8).

Figura 8. Actividades que realizan los comités de salud de Pachuca, Hidalgo; 2015.



Fuente: Encuestas aplicadas a los integrantes del comité de salud, periodo enero-diciembre

2015

50% de los integrantes indicaron que participan en otras actividades como club del embarazo y GAM, el resto de los integrantes no participa en estas actividades. El 85% de los integrantes colabora en campañas de vacunación mientras el resto no colabora, pero los que colaboran únicamente lo hacen colocando carteles e informando a la comunidad sobre las campañas de vacunación. 75% de los integrantes mencionó que se involucra a la comunidad en las actividades mientras un 25% indicó que no se involucra a la comunidad (Figura 9).

Figura 9. Actividades que realizan los comités de salud de Pachuca, Hidalgo; 2015



Fuente: Encuestas aplicadas a los integrantes del comité de salud, periodo enero-diciembre 2015

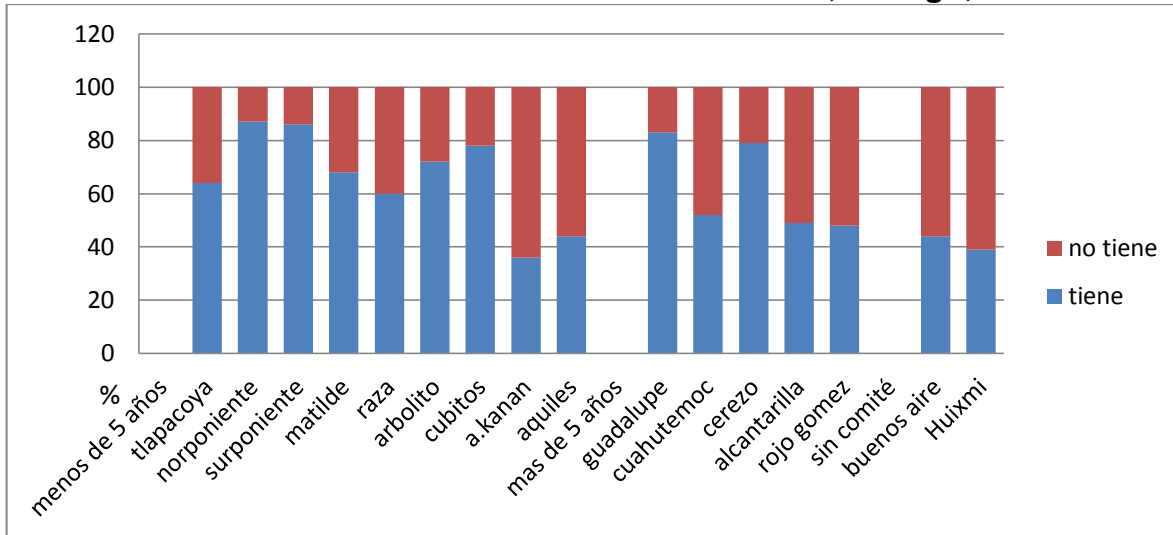
Tabla 6. Funcionamiento del comité de salud y cobertura de vacunación en menor de 5 años de los centros de salud de Pachuca, Hidalgo; 2015

Variable	Media de vacunación	Valor de p
Renovación menor a 5 años	66.1	0.69
Renovación mayor a 5 años	62.2	
Se reúne el comité	64.3	0.8
No se reúnen	65.7	
Elaboran un plan de actividades	66.5	0.7
No elaboran un plan de actividades	63.3	
Participa en campañas de vacunación	66.3	0.1
No participa en campañas	51.8	

Fuente: Datos recabados de censos nominales de vacunación en el periodo enero-diciembre 2015

Con un intervalo de confianza del 95% se realizó diferencia de medias del funcionamiento del comité de salud (renovación, reuniones, elaboración de plan de actividades y participar en campañas de vacunación) y la cobertura de vacunación del menor de 5 años; no obstante, como se muestra en la tabla 6 no existe una diferencia estadísticamente significativa

Figura 10. Vacuna DPT en menor de 5 años y frecuencia de renovación del comité de salud en los centros de salud de Pachuca, Hidalgo; 2015.



Fuente: Datos recabados de censos nominales de vacunación en el periodo enero-diciembre 2015.

En la figura 10, se observa que los comités de salud que se renuevan antes de los 5 años tienen mayor porcentaje de vacunación en comparación con los que casi no se renuevan o no tienen comité de salud.

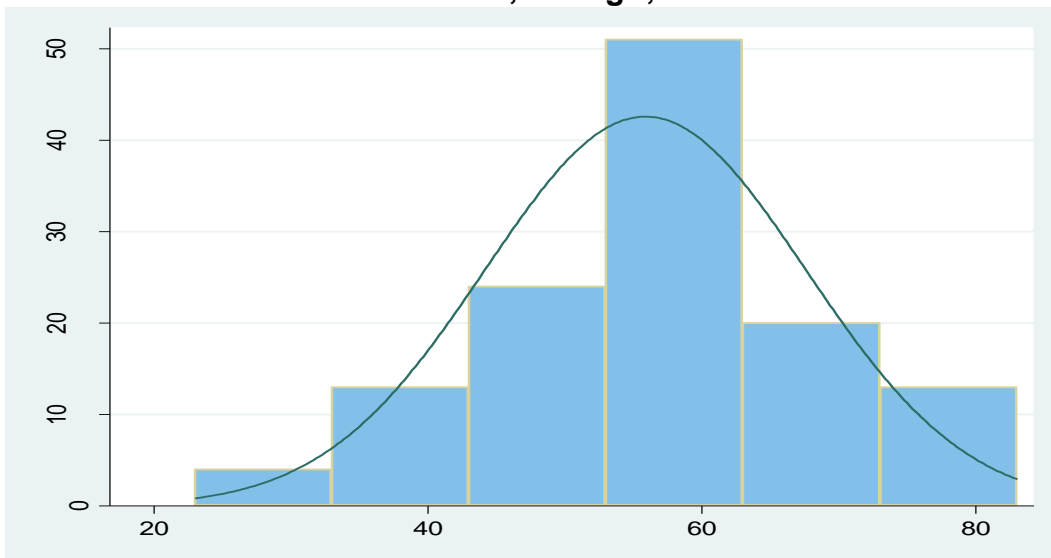
GRUPO DE AYUDA MUTUA

Se aplicaron 125 encuestas a integrantes de GAM de los diferentes centros de salud. 95% fueron mujeres y el resto hombres, solamente Buenos Aires y Arbolito incluyeron hombres es sus GAM.

La media de edad fue de 55.8 años con una desviación estándar de 11.7 años (Figura 11), no obstante, es de resaltar que Arbolito, Cuauhtémoc y Rojo Gómez tienen una media de edad de 68.4, 64.2 y 64.2 respectivamente así como en el otro extremo se encuentra Alcantarilla con una media de 46.8 años. La media del tiempo que tenían

los integrantes de vivir en la colonia fue de 28.8 años con una desviación estándar de 17.2 años. En la tabla 7, se puede observar la ocupación de los integrantes 78% se dedicaba al hogar, 12% empleado y el resto a otras actividades. No existe algún centro de salud donde predomine la actividad laboral en sus integrantes.

Figura 11. Histograma de la variable edad de los integrantes de GAM de Pachuca, Hidalgo; 2015.



Fuente: Encuestas aplicadas a los integrantes de los GAM, periodo enero-diciembre 2015

Tabla 7. Ocupación de los integrantes de los GAM de Pachuca, Hidalgo; 2015.

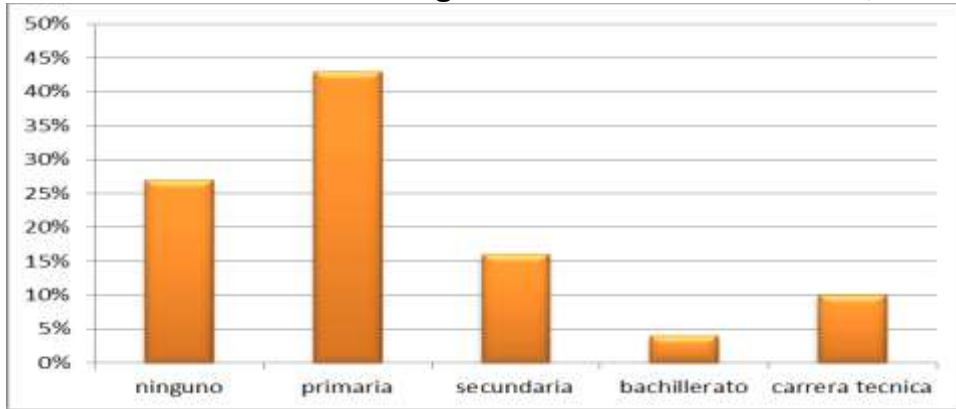
ocupación de integrantes	Freq.	Percent	Cum.
hogar	98	78.40	78.40
empleado	15	12.00	90.40
otros	12	9.60	100.00
Total	125	100.00	

Fuente: Encuestas aplicadas a los integrantes los GAM, periodo enero-diciembre 2015

Referente a la escolaridad 27% ninguna, 43% estudio primaria, 16% secundaria, 4% bachillerato y el resto carrera técnica (Figura 12); además, Aquiles Serdán, Cerezo y Sur poniente predominó que un poco más del 50% de sus integrantes no tenían escolaridad. La media del tiempo que tenían los integrantes de pertenecer al GAM fue de 3.7 años con una desviación estándar de 3.4 años. En los extremos se encontraron Cuauhtémoc con una media de 9.1 años y Abraham Kanan con una media de 1 año. Se reunían una vez a la semana 48%, 30% más de una vez a la semana, 12% una

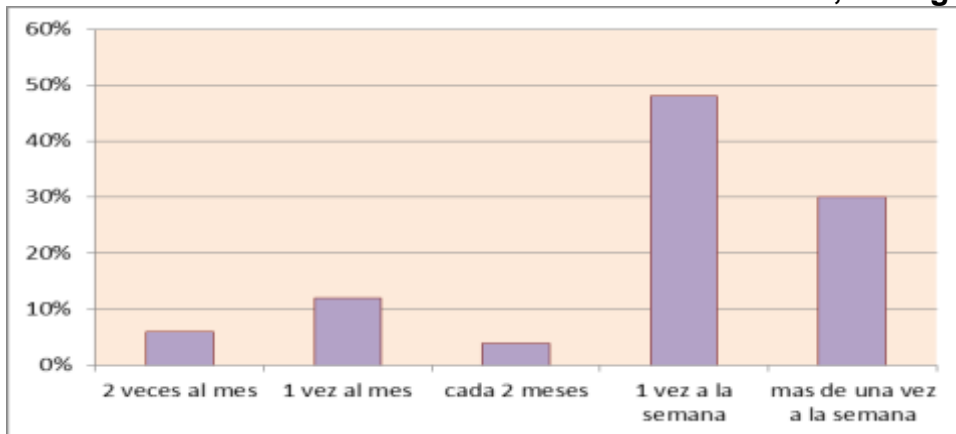
vez al mes, 6% 2 veces al mes y el resto cada 2 a 3 meses (Figura 13). El tiempo que duraban esas reuniones fue de 1 a 2 horas 71%, 27% refirió que duraban más de 30 minutos y el resto refirió que duraban menos de 30 minutos.

Figura 12. Escolaridad de los integrantes de GAM de Pachuca, Hidalgo; 2015.



Fuente: Encuestas aplicadas a los integrantes los GAM, periodo enero-diciembre 2015

Figura 13. Frecuencia de las reuniones de GAM de Pachuca, Hidalgo; 2015.



Fuente: Encuestas aplicadas a los integrantes los GAM, periodo enero-diciembre 2015

Acerca de algunas actividades que debe realizar el GAM 66% de los integrantes indicaron que es el personal de salud el que elabora un plan de actividades, 17% que todos los integrantes del grupo lo elaboran, 15% que no existe un plan de actividades y el resto mencionaron que el plan de actividades lo elaboran algunos integrantes del grupo. Respecto a la evaluación del avance que tiene el grupo 77% de los integrantes refirió que es el personal de salud quien evalúa el progreso del grupo, 10% indicó que lo evalúa tanto el personal de salud como los integrantes, 8% que únicamente algunos integrantes, 4% todos los integrantes y 1% que no se realiza ninguna evaluación

(Figura 14). 61% de los integrantes indicaron que las actividades que realizaban en cada reunión eran ejercicios y pláticas, 25% ejercicios y 14% platicas.

Figura 14. Actividades a realizar por GAM de Pachuca, Hidalgo; 2015

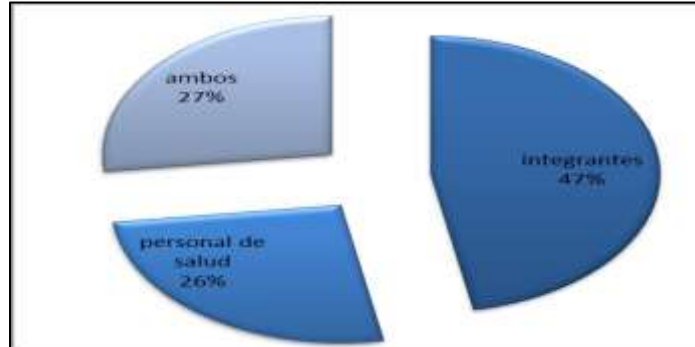


Fuente: Encuestas aplicadas a los integrantes los GAM, periodo enero-diciembre 2015

Sobre si el grupo realiza actividades para recabar fondos económicos el 86% indicó que no y el resto mencionó que sí realizan estas actividades, en el centro de salud de Rojo Gómez reconocieron todos los integrantes que si tienen una caja de ahorro para realizar algunos eventos como son convivios para fechas importantes y cumpleaños. En el centro de salud del Arbolito 53% señaló que sí se recaba dinero para algún tipo de convivio y el resto dijo que no. 74% de los integrantes del grupo indicaron que invitan a más personas con enfermedades crónicas a pertenecer al grupo mientras que el 26% que no lo hace. Sin embargo, cuando algún miembro del grupo no acude a las reuniones el 56% mencionó que se nota su ausencia y el grupo lo busca para que no deserte, 25% que se nota su ausencia pero solo el personal de salud lo busca, 13% que se nota su ausencia pero nadie busca a las personas para que no deserten y el resto que nadie se percata si hay deserciones.

En relación a el registro y evidencias de lo que realiza el grupo en cada reunión el 72% de los integrantes señaló que los registros lo realiza el personal de salud, 15% que desconocía si se realiza algún registro de estas actividades, 11% que los registros los realizan tanto el personal de salud como los integrantes del grupo y 1% que nadie realiza un registro sobre lo que se hace como grupo.

Figura 15. Dependencia del funcionamiento del grupo de acuerdo a la opinión de los integrantes del GAM de Pachuca, Hidalgo; 2015.

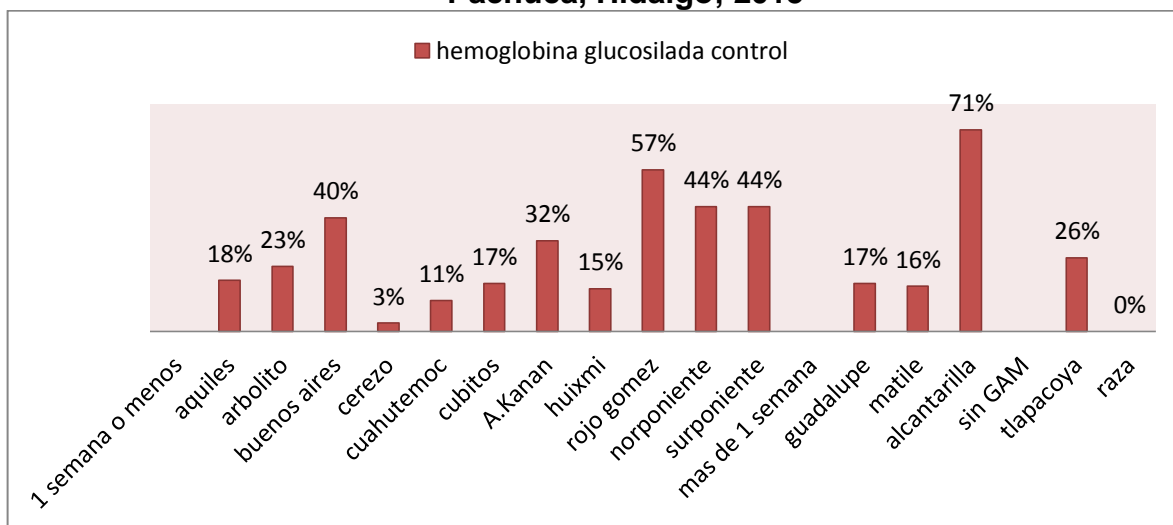


Fuente: Encuestas aplicadas a los integrantes los GAM, periodo enero-diciembre 2015

Respecto de quien depende el funcionamiento del grupo el 47% consideró que depende 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 (Figura 15). Por otro lado el 83% de los integrantes consideran 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.

En la figura 16, se muestra el porcentaje de pacientes con diabetes controlados de acuerdo a las cifras de hemoglobina glucosilada registrada en el censo de crónicos de los diferentes centros de salud con grupo de ayuda mutua (que se reúnen cada semana o antes y los que casi no se reúnen) y sin grupo de ayuda mutua.

Figura 16. Control de diabetes en los diferentes centros de salud de Pachuca, Hidalgo; 2015



Fuente: Datos recabados en censos de pacientes crónicos en el periodo enero-diciembre 2015

Con un intervalo de confianza del 95% se realizó diferencia de medias entre la frecuencia de las reuniones de los grupos de ayuda mutua y control de diabetes en integrantes del grupo así como la media de consultas recibidas.

Tabla 8. Comparación del control de diabetes y números de consultas con frecuencia de reunión del GAM

	Hemoglobina glucosilada control	Valor de P	Consultas recibidas	Valor de P
Se reúnen en una semana o antes	43.3	0.4	4.4	0.5
Se reúnen en dos semanas o más	26.6		3.9	

Fuente: Datos recabados en censos de pacientes crónicos en el periodo enero-diciembre 2015

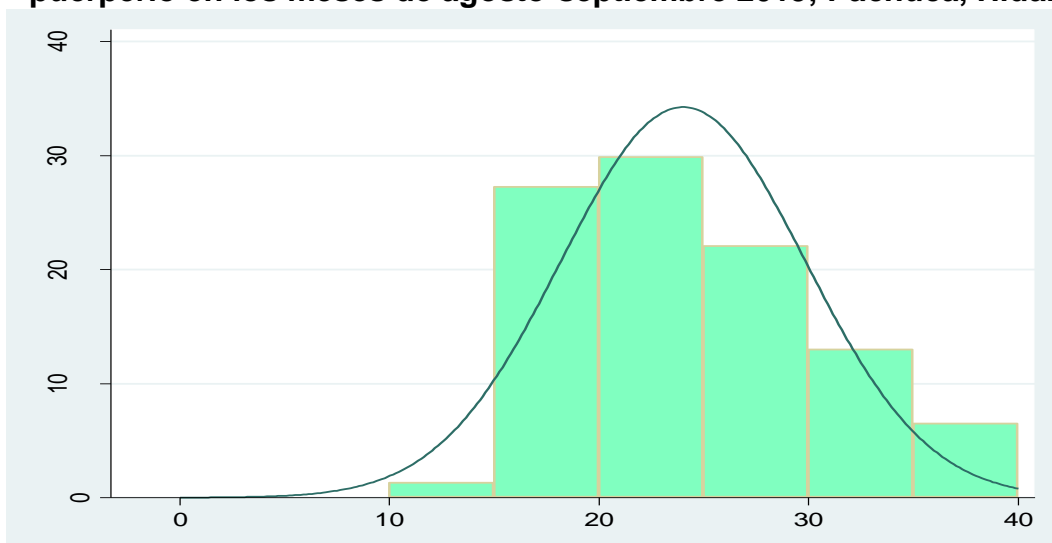
Como se puede observar en la tabla 8 no existe una diferencia estadísticamente significativa entre reunirse o no reunirse y el control de la enfermedad o la media de consultas recibidas en el año.

CLUB DEL EMBARAZO

Se aplicaron 77 encuestas a mujeres que cursaron con puerperio durante los meses de agosto-septiembre del 2015 registradas en los centros de salud de Pachuca, de las cuales el 75% asistió al club del embarazo y 25% no asistió. De las que asistieron cabe resaltar que el 33% de las mujeres que asistieron al club del embarazo en el centro de salud indicaron que al acudir al hospital no les hicieron válida la tarjeta del club (tarjeta que lleva sello y firma de cada una de las sesiones a las que acudieron) por lo que tenían que volver asistir en el hospital (Obstétrico, General e IMSS) o en algunas ocasiones ni siquiera pidieron la tarjeta que avalaba la asistencia a dicho club. De las mujeres que cursaron puerperio la media de edad fue de 24 años con una desviación estándar de 5.8 años, con una mínima de 14 y una máxima de 38 años (Figura 17).

Sobre su ocupación 78% se dedicaba al hogar, 15% empleada y 7% a otras actividades (tabla 9).

Figura 17. Histograma para la variable edad de mujeres que cursaron puerperio en los meses de agosto-septiembre 2015; Pachuca, Hidalgo



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres que cursaron con puerperio en los meses de agosto-septiembre 2015

Tabla 9. Ocupación de las mujeres que cursaron con puerperio en los meses de agosto-septiembre 2015; Pachuca, Hidalgo

ocupacion	Freq.	Percent	Cum.
hogar	60	77.92	77.92
empleada	12	15.58	93.51
otros	5	6.49	100.00
Total	77	100.00	

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres que cursaron con puerperio en los meses de agosto-septiembre 2015

Referente a la escolaridad presentada 3% estudio primaria, 58% secundaria, 23% bachillerato, 12% licenciatura y el resto carrera técnica (figura 18).

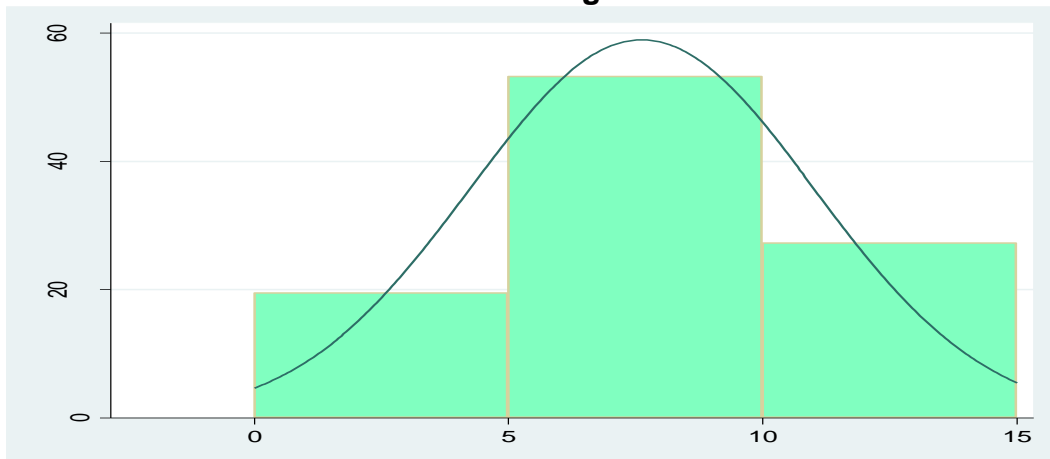
En relación al número de consultas que ellas refirieron haber recibido durante el control prenatal hubo una media de 7.6 consultas, con una desviación estándar de 3.8 se encontró una mínima de 1 y una máxima de 15 consultas durante el control prenatal (Figura 19).

Figura 18. Escolaridad de las mujeres que cursaron con puerperio en los meses de agosto-septiembre 2015; Pachuca, Hidalgo



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres que cursaron con puerperio en los meses de agosto-septiembre 2015

Figura 19. Consultas recibidas durante el control prenatal de las mujeres que cursaron con puerperio en los meses de agosto-septiembre 2015; Pachuca, Hidalgo



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres que cursaron con puerperio en los meses de agosto-septiembre 2015

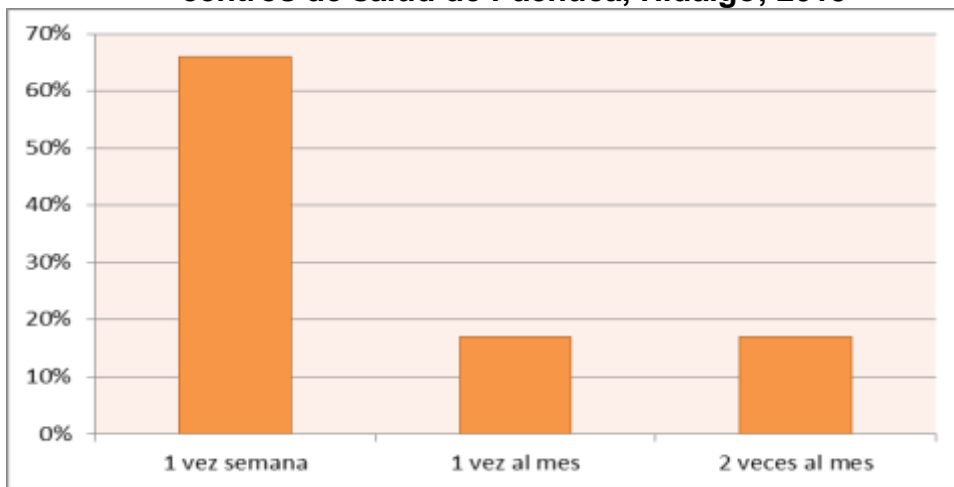
Respecto a si estas mujeres tenían conocimiento sobre el plan de seguridad para actuar ante una emergencia el 92% señaló que sí y el resto que no.

De las mujeres que asistieron al club se identificó una media de 6.2 veces que asistieron al grupo con una desviación estándar de 2.9. Sobre los meses de embarazo que tenían cuando empezaron a asistir al club se encontró una media de 5 meses y

una desviación estándar de 2 meses, con un mínimo de 1 mes y un máximo de 8 meses.

Se encontró que 66% de las mujeres se reunían una vez a la semana, 17% una vez al mes y el resto dos veces al mes (Figura 20). 50% de las integrantes del grupo indicó que el tiempo que duraba cada reunión era de 1 a 2 horas, 34% que duraban más de 30 minutos y resto mencionó que duraban menos de 30 minutos. 83% de las integrantes consideró que las reuniones eran suficientes y 17% que las reuniones eran muy pocas.

Figura 20. Frecuencia de asistencia a reuniones del club del embarazo en los centros de salud de Pachuca, Hidalgo; 2015



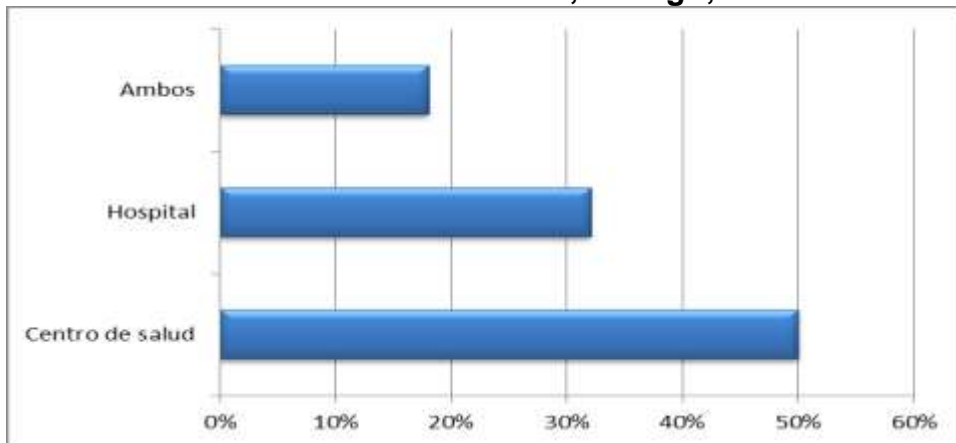
Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres que cursaron con puerperio en los meses de agosto-septiembre 2015

Sobre las actividades que realizaban en esas reuniones el 51% indicó que recibían pláticas y el 20% que realizaban ejercicios y pláticas y el resto que solamente ejercicios. Respecto a si les daban oportunidad de expresar dudas y opiniones en el grupo 93% de las integrantes mencionó que si les daban oportunidad, el 6% dijo que no y el resto que en ocasiones les daban esa oportunidad.

En relación a quien determinaba cuando y como reunirse 96% de las integrantes mencionó que el personal de salud determinaba las reuniones del club del embarazo y un 4% que los integrantes del grupo determinaban esas reuniones.

De las mujeres que acudieron al club del embarazo el 50% de las integrantes indicó que acudieron al centro de salud, el 32% dijo que fue en el hospital donde acudió al club y el 18 % acudió tanto al centro de salud como al hospital a sesiones del club del embarazo (Figura 21).

Figura 21. Unidad de salud donde asistieron las mujeres al club del embarazo en Pachuca, Hidalgo; 2015

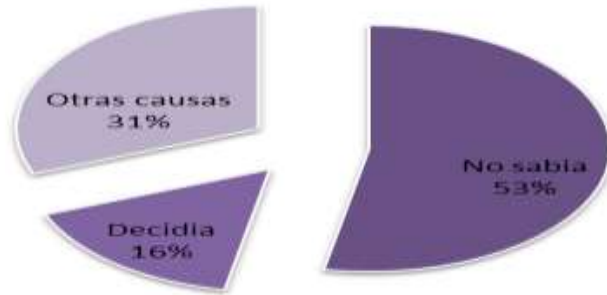


Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres que cursaron con puerperio en los meses de agosto-septiembre 2015

Lo que respecta a las mujeres que cursaron con puerperio en los meses de agosto-septiembre 2015 y **NO** asistieron al club del embarazo se pudo identificar que la media de meses que tenían cuando empezó su control prenatal fue de 3.3 meses con una desviación estándar de 1.3 meses. La media de meses que tenía cuando se enteró sobre el club del embarazo fue de 5.5 meses con una desviación estándar de 1.8 meses. Los motivos por los que no asistieron al club fueron porque no sabían que tenían que acudir en un 53%, 16 % dijo que no asistió por decidía y 31% mencionó otras causas como problemas de salud durante el embarazo o falta del tiempo (Figura 22).

Sobre si se enteró que tenía que acudir a las sesiones del club del embarazo: el 58% indicó que si se enteró y el 42% no se enteró. De las que se enteraron un 53% respondió que fue el personal de salud quien las invito asistir al club y a un 47% nadie la invito.

Figura 22. Motivos por los que las mujeres no acudieron al club del embarazo en Pachuca, Hidalgo; 2015

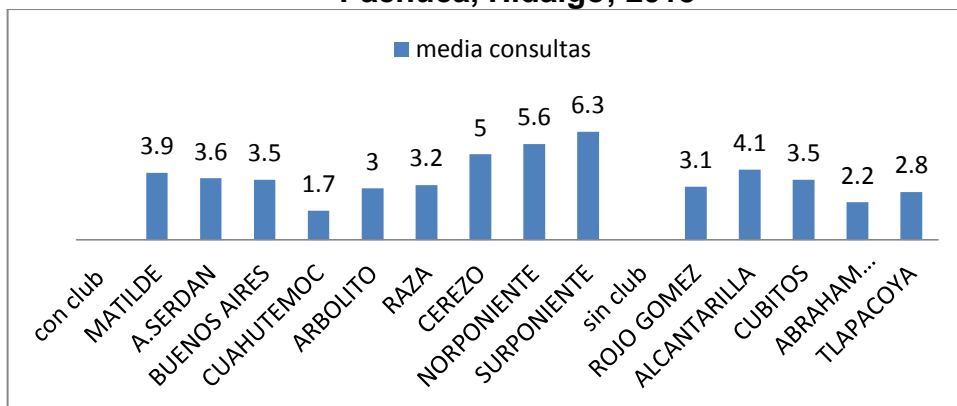


Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres que cursaron con puerperio en los meses de agosto-septiembre 2015

Respecto a las pacientes que asistieron al club del embarazo y de las que no asistieron al club se encontró una diferencia de medias de -4.3 y -1.7, y un valor de P de 0.0, por lo que la media del número de consultas que reciben en el control prenatal las mujeres que No asisten al club es menor que las que asisten al club.

En la figura 23, se muestra la media de consultas de control prenatal de las pacientes que cursaron puerperio fisiológico en los meses de agosto y septiembre 2015 por centro de salud que tiene club del embarazo y aquellos que no tienen club del embarazo. La media de consultas de control prenatal en los centros de salud de Pachuca fue de 3.6, con un nivel de confianza de 95% se realizó diferencia de medias entre los centros de salud que tienen club y los que no tienen; se observó que no existe una diferencia estadísticamente significativa ya que el valor de P fue de 0.24.

Figura 23. Media de consultas de control prenatal en los centros de salud de Pachuca, Hidalgo; 2015



Fuente: Datos recabados en censos de embarazadas en el periodo enero-diciembre 2015.

9.- DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que el objetivo de este trabajo fue analizar las características de los diferentes grupos de participación comunitaria, es importante señalar que a pesar de estar fundamentado motivarla (por instituciones internacionales como la OMS y lineamientos nacionales como la LGS) destaca el hecho de que no todas las unidades de salud estimulan esta participación porque únicamente el 50% tenían de manera oficial el registro de la presencia de los tres grupos analizados, los cuales están establecidos por la Secretaría de Salud a nivel nacional para cumplir con lo establecido por la OMS que es poner a las personas en el centro de atención fomentando la participación de la comunidad (OMS, 2008). Esto es semejante a lo que sucedió en Buenos Aires que a pesar de que se propusieron la creación de consejos locales de salud existía poca promoción de los mismos (Essayag, 2006).

COMITÉ DE SALUD

En relación a las variables sociodemográficas, la mínima participación de los hombres en el área de salud disminuye la eficacia de las acciones dirigidas a esta población; sin embargo, esto coincide con lo encontrado en Buenos Aires, donde la mujer es una facilitadora de la tarea comunitaria en salud y participa más que el hombre (Essayag, 2006). Pero de acuerdo a Trujillo la mujer en pocas ocasiones puede expresarse e intervenir en asuntos de importancia para su salud (Trujillo, Villafañe y García, 2013).

Se pudo identificar que el comité ya no resulta representativo de la comunidad, al no incluir adultos jóvenes porque predominan los adultos maduros y mayores así como mujeres. A pesar de cumplir con el requisito en su mayoría de saber leer y escribir el nivel de escolaridad fue bajo en más del 75% de los integrantes. Más del 75% de los integrantes se dedicaba al hogar, lo que puede ser una fortaleza porque tienen más tiempo disponible para realizar actividades de salud; según Delgado no toda la gente tiene el tiempo necesario para invertirlo en la participación (Delgado y Vázquez, 2006).

Lo que respecta al funcionamiento, a pesar de que la mitad refirió renovarse cada año, la media del tiempo que llevaban funcionando es alta y no cumple con lo establecido cuya duración es de 2 años, lo que indica que en su mayoría se reelige sin convocar a

la comunidad para realizar asambleas y elegirlos de forma democrática como lo señala el manual de integración; no cumpliendo con una característica de la participación que es continua, dinámica y representativa de todos los miembros de la comunidad (Ceballos y Jonnathan, 2009). Esto reveló la informalidad de estos grupos comparado con lo encontrado por Astrid que mostró que la informalidad refleja una existencia de los grupos pero no su operatividad como mecanismo de control social (Astrid, 2004). También se pudo observar lo expuesto por Eibenschutz, estos grupos realizan esfuerzos extraordinarios que el resto de la comunidad no realiza al asistir a reuniones para expresar sus necesidades que no siempre son resueltas, al no existir confianza no se puede debatir y difícilmente habrá consenso lo que puede desmotivar la participación de la comunidad para la formación de más grupos (Eibenschutz, 2013). Los esfuerzos para motivar la presencia de todos los sectores de la comunidad se deben incrementar, para incluir aquellos que siempre están excluidos.

Menos del 50% de los integrantes refirió que se reunían cada mes y el resto se reunían de manera irregular lo que puede indicar poca coordinación entre el personal de salud y el comité, los Servicios de Salud deben tener un enfoque de salud comunitaria para proporcionarle el control social de planificación y evaluación de los mismos. 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 (Arredondo, 2010).

Se deduce que la participación de este grupo es pasiva, solamente acepta las propuestas del Sistema de Salud debido a que los integrantes del comité de salud pocas veces deciden cuando y como reunirse así como los temas a tratar en cada reunión 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 (Briceño y Ávila, 2014). 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 (Delgado, Vázquez, Zapata y Hernán, 2005). Si se imponen los programas y ellos no sienten que sus opiniones son valoradas y escuchadas difícilmente habrá compromiso (Cosovchi, 2006).

Menos del 50% de los integrantes realizaban actividades encaminadas a mejorar el estado de salud de su comunidad como identificar la problemática de la misma a través de un diagnóstico de salud o colaborar en la formación de otros grupos (GAM y club del embarazo), esto dificulta que los integrantes programen o ejecuten acciones que coadyuven a la solución de la misma. Si los integrantes del comité participan en el diagnóstico de sus necesidades pueden proponer estrategias para la solución de sus problemas y será mayor el compromiso y colaboración de ellos lo que puede asegurar el éxito de las acciones encaminadas a mejorar sus niveles de salud (Brito, 2010). Los Servicios de Salud deben fomentar la participación de “abajo hacia arriba” respetando la autonomía de la comunidad.

A pesar de que más de tres cuartas partes colaboraba en campañas de vacunación su aportación únicamente fue informar a la comunidad o pegar carteles, lo cual es una área de oportunidad para motivar a los integrantes a que ellos elaboren estrategias y que realicen otras actividades encaminadas a mejorar la cobertura de vacunación en los menores de 5 años, porque como se mencionó no hay diferencia significativa en la cobertura de vacuna DPT entre los centros de salud que sus integrantes participan en campañas de vacunación y los que no participan; si se refuerza la interacción entre usuarios se podrá elevar la oferta de vacunación, estimular la demanda por la población y a su vez incrementar los niveles de cobertura de la misma (Díaz, Ferreira, Trejo, Téllez, Ferreyra, Hernández, Montoya y García, 2013).

Si los integrantes del comité casi no se reúnen resulta más difícil planear y ejecutar acciones encaminadas a elevar el nivel de salud de la población, únicamente la participación que resulta de la comunidad es más activa y eficaz (Arredondo, 2008). Se debe motivar a la comunidad para que se integre de manera que busque mejorar su estado de salud. Ahora bien, un obstáculo que se presenta para lograr esto puede

ser como dice Arredondo (2008), la estructura social, que se encuentra debilitada y sufre grandes transformaciones porque antes las personas sentían que su participación era importante y se involucraban más. Pareciera que la tendencia en la actualidad es ir en otra dirección hacia el declive del predominio de acciones y fines colectivos. Se debe proporcionar a la comunidad e integrantes del comité de salud información actualizada sobre las condiciones de la problemática de salud de su comunidad para que ellos puedan decidir, controlar y regular actividades encaminadas a resolverla.

A pesar de las pocas veces de reunirse y de que son hacederos de decisiones ajenas a ellos, más del 75% de los integrantes consideró que existe coordinación entre el comité de salud y el equipo de salud. Se debe aprovechar esta situación para fomentar la autonomía del grupo e integrar a los ciudadanos en mecanismos de participación lo que les permite reconocer y comprender sus derechos y deberes para que generen compromisos y contribuyan a mejorar su calidad de vida (Astrid, 2004). Solamente la colaboración por parte de los integrantes del comité no permite lograr las metas propuestas y dispuestas por los Servicios de Salud ya que este tipo de grupos tienen escasa autonomía, predominando un modelo de atención "centralista" donde la responsabilidad y competencia para resolver los problemas está en el sistema y no en la comunidad (Anigstein, 2008).

GRUPO DE AYUDA MUTUA

En las variables sociodemográficas se observan las mismas características en cuanto sexo, edad, nivel de escolaridad y ocupación, que en el grupo de comité de salud. Por lo que es un área de oportunidad el incluir a hombres y personas jóvenes en estos grupos, como Lara mostró, las personas que asisten a estos grupos adquieren información y nuevas habilidades para el control de la enfermedad y prevención de complicaciones las cuales son comunes en los adultos mayores con DM (Lara, 2004).

Cabe resaltar la media de tiempo (3.7 años) que tenían de pertenecer los integrantes al GAM, algunos lineamientos recomiendan que solo se integren de 12 a 18 meses y posteriormente se desprendan de la unidad de salud y continúen sus actividades de

manera autónoma (ISSSTE, 2008) lo que permitiría tener líderes en la formación de más grupos con las mismas características esto posibilita que se transmita información entre “iguales”. Sin embargo, se encuentran por arriba de este tiempo y en extremo se encontró un GAM que tienen una media de 9.1 años de pertenecer al grupo desafortunadamente esto no garantiza que esté presente un sentido de pertenencia, tampoco se puede afirmar que exista un progreso en el desarrollo del grupo ya que fueran autónomos y el personal de salud fomentaría la creación de nuevos grupos. Una participación real permite que los grupos se integren de manera coordinada a fin de estimular y establecer acciones que promuevan su propio desarrollo (Ceballos y Jonnathan, 2009). Hay que identificar las experiencias previas de participación aunque existan de modo aislado y los recursos con los que cuentan la comunidad como son grupos ya formados u organizaciones de barrio, de manera que se generen los consensos necesarios antes de implementar un programa lo que puede garantizar mejores resultados (Cosovchi, 2006).

La participación de este grupo también se puede considerar pasiva, los integrantes no son autónomos porque más de la mitad señaló que las actividades que realizan se las programa y evalúa el personal de salud así como no realizan registros o evidencias de estas actividades, lo que no permite una participación activa ni empoderamiento de los integrantes; esto concuerda con lo señalado por Eibenschutz (2013), “la estructura de los servicios de atención a la salud y especialmente los hospitales, constituyen un espacio autoritario y poco flexible, centrado en el médico, simbólicamente “dueño de la vida y la muerte”. Se debe fomentar la integración y autonomía de estos grupos para que participen en el autocuidado principalmente en las personas con factores de riesgo (Secretaría de Salud, 2015), existe evidencia que el entrenamiento sobre DM, autocuidado, uso de medicamentos y control de glucosa es más efectivo cuando se realiza de manera grupal que individual (IMSS, 2014).

74% de los integrantes indicaron invitar a más personas a pertenecer al grupo lo que favorece la acción colectiva, la ayuda mutua es una condición natural del ser humano (ISSSTE, 2008) y busca a otros para compartir su situación lo que es un área de oportunidad para que los integrantes promuevan la integración de más grupos; no

obstante, solo el 56% de los integrantes busca a los que desertan cuando ya no acuden al grupo. Se debe utilizar la potencialidad que tiene cada individuo de manera personal y grupal para resolver sus problemas de modo que ellos se identifiquen como actores importantes para satisfacer las necesidades propias y colectivas, de esa forma se puede involucrar a que más personas pertenezcan a estos grupos (Ceballos y Jonnathan, 2009). Toda actividad encaminada a la educación en salud debe generar identidad y sentido de pertenencia a un grupo lo que a su vez aumenta el compromiso colectivo (Hernández, Delgado, Pérez, Hoyos, Gutiérrez y Gamba, 2014).

El sentido de responsabilidad y participación está presente en los integrantes del grupo, la mitad consideró que para que el grupo funcione depende de los integrantes y una cuarta parte deja esta responsabilidad al personal de salud; no es suficiente que el medico haga su trabajo sino que los pacientes deben hacer su parte para mejorar su salud (Briceño y Ávila, 2014). Por lo que hay que clarificar que se entiende por participación e intensificar los esfuerzos para que la teoría sea congruente con la práctica (Méndez, 2010). La dependencia que tienen los integrantes del grupo al personal de salud se ve reflejado en que más del 80% estimó que el grupo no puede ser independiente y que necesita que lo guíen en todo momento.

A pesar de que casi la mitad de los integrantes mencionaron reunirse una vez a la semana y también en un 61% refirió que en cada reunión realizaban ejercicios y pláticas, no existe una diferencia significativa del control de la enfermedad entre los GAM que se reúnen cada semana o antes y los que se reúnen después de ese tiempo. Sin embargo, a pesar de que con una intervención educativa para el control de la enfermedad se puede observar una disminución de la glucemia, no siempre se logra la meta de control de la enfermedad (Figueroa, Cruz, Ortiz, Lagunes, Jiménez y Rodríguez, 2014).

CLUB DEL EMBARAZO

Respecto al club del embarazo la cual es una estrategia para fomentar el autocuidado en la mujer embarazada, se identificó que de todas las mujeres con diagnóstico de puerperio solo tres cuartas partes asistieron y se debería propiciar su participación de

manera permanente (Rodríguez, Andueza, Rosado, Ortiz y Hernández, 2012). Cabe resaltar que de las que asistieron no ha todas les validan o piden la tarjeta del club en el hospital restándole importancia a esta actividad y disminuyendo la probabilidad que otras embarazadas acudan.

Las mujeres en puerperio se encuentran en edad joven aumentando la probabilidad de mantenerlas cautivas en las unidades de salud por años, tres cuartas partes se dedicaba al hogar esto permite que dispongan de tiempo para realizar actividades encaminadas a la mejora de su salud; el nivel de estudios es mayor comparado con los grupos GAM y comité de salud, la media de consultas recibidas durante el control prenatal es mayor de acuerdo a lo indicado en la NOM-007-SSA2-2016, casi el 100% tenía un plan de seguridad el cual les permite actuar ante una emergencia.

De las mujeres que asistieron al club se identificó que asistieron a más de la mitad de las sesiones recomendadas para este grupo lo que mejora el conocimiento sobre el autocuidado y cuidado del recién nacido. Por consiguiente, es necesario fomentar un aprendizaje significativo donde las personas aprenden a través de sus experiencias modificando su conocimiento con nueva información o experiencias que se dan en el proceso educativo. Las estrategias para la promoción deben considerar el desarrollo de aptitudes personales debido a que la embarazada no está capacitada para controlar los factores de riesgo en su salud y la del niño así que se debe fomentar la corresponsabilidad entre diferentes organizaciones de la comunidad (Beltrán, Ruiz, Grau y Álvarez, 2007).

La media de los meses que tenían cuando empezaron a asistir al club permite tener el tiempo suficiente para mantenerlas cautivas y fortalecer el conocimiento sobre datos de alarma durante el embarazo y cuidados de recién nacido ya que más de la mitad se reunían cada semana y el resto de manera menos frecuente. A pesar de que las reuniones en la mitad indicaron que duraban de 1 a 2 horas o menos las integrantes en su mayoría consideran que es un tiempo suficiente porque los conocimientos adquiridos les son necesarios para el autocuidado; sin embargo, estas actividades no las deciden ellas, casi en su totalidad indicaron que es el personal de salud quien decide cuando y como reunirse lo que es contrario a lo propuesto por el programa de

Arranque Parejo en la Vida que es fortalecer la organización comunitaria promoviendo talleres dirigidos a las embarazadas para que se corresponsabilicen en el autocuidado de su salud (Secretaría de Salud, 2007-2012). Las actividades que realizaban en más del 50% fueron pláticas, ahora bien, se podría considerar solamente una extensión comunitaria y no un grupo de participación debido a que se ofrecen por parte del personal presentaciones de información sobre cuidados de la salud (Cosovschi, 2006).

Cabe resaltar que a pesar de ser una estrategia a nivel nacional y que una de las prioridades del gobierno es disminuir la mortalidad materna solo la mitad tuvo acceso a estos grupos, principalmente en el centro de salud, lo que indica la poca promoción de los mismos en las unidades de primer nivel. Se debe incrementar el contacto directo entre personal de salud y comunidad, esto genera cambios profundos y permanentes sensibilizando y concientizando a la comunidad al hacerla protagonista de su propia transformación (Alarcón, 2010). Se aprende a participar si se mueve, piensa, conversa y busca apoyos la comunidad en ambientes que generan confianza debatiendo para que pueda haber consenso (Eibenschutz, 2013), las mujeres en puerperio es una población joven que pueden adquirir habilidades para incrementar su participación con los servicios de salud.

Lo que respecta a las mujeres que cursaron puerperio y **NO** asistieron al club la mitad no se enteró que tenía que asistir al club lo que reafirma la poca promoción del grupo, siendo esto una causa para no asistir al mismo y perderse la oportunidad de adquirir conocimientos que le permitan fomentar el autocuidado. En un estudio para analizar el conocimiento de la experiencia de los mecanismos de participación por parte de la comunidad Delgado identificó que existía escasa difusión y fortalecimiento de los mecanismos (grupos) de participación, pero estos deberían constituir el núcleo central para lograr una participación eficiente (Delgado y Vázquez, 2006). Díaz recomendó reforzar la interacción entre usuarios y proveedores en los servicios de salud (Díaz, Ferreira, Trejo, Téllez, Ferreyra, Hernández, Montoya y García, 2013), esto solo es posible a través de la comunicación. La educación en la mujer es muy importante para disminuir las complicaciones prevenibles durante el embarazo, parto y puerperio por lo que utilizar discusiones grupales generan puntos de vista diferentes y mejores

soluciones a los problemas existentes lo que influye en la vida de los participantes (Hernández, Delgado, Pérez, Hoyos, Gutiérrez y Gamba, 2014).

La media del inicio del control prenatal en estas mujeres permitió ver la oportunidad que tiene el personal de salud de promover el club del embarazo desde la primera consulta, las mujeres tendrán tiempo suficiente de organizarse y destinar un espacio en sus actividades diarias para poder asistir al grupo de manera que la educación en salud les permita adoptar habilidades para el cambio individual del estilo de vida; por lo tanto, esta educación debe partir del diagnóstico de sus problemas y condiciones socioeconómicas así como de las experiencias anteriores (Beltrán, Ruiz, Grau y Álvarez, 2007).

Se pudo identificar que de las mujeres encuestadas que acudieron al club del embarazo tienen mayor apego al control prenatal en comparación con las que no acudieron; existe una diferencia significativa entre el número de consultas prenatales que reciben, esto coincide con lo señalado con García quien mostró que una estrategia educativa en las embarazadas mejora la competencia cognitiva y favorece la búsqueda oportuna de atención médica (García, 2003).

Cabe mencionar, que de manera general no existe una diferencia de medias entre las consultas que reciben las mujeres embarazadas registradas en los centros de salud que tienen club del embarazo y los que no lo tienen.

10.- CONCLUSIONES

A pesar de existir lineamientos que precisan la obligatoriedad de la formación de grupos que hagan efectiva la participación de la comunidad, se refleja un mínimo interés por parte de las unidades de salud para fomentar la creación de los mismos, siendo escasa la atención centrada en las personas, por lo tanto, difícilmente se verá reflejado su impacto en los niveles de salud de la población.

Las características sociodemográficas que se encontraron en los integrantes de los tres grupos fueron semejantes (sexo, ocupación y escolaridad) siendo la participación de los hombres escasa lo que disminuye la efectividad de las acciones implementadas a esta población. En la mayoría de los integrantes predominó que se dedicaban al hogar, esto puede permitir que las personas identifiquen en la comunidad sus necesidades en salud y propongan alternativas para resolverlas. El bajo nivel de escolaridad encontrado dificulta que la población ejerza y haga valer sus derechos, quien no conoce sus derechos difícilmente puede exigirlos. Respecto a edad, en comité de salud y GAM fueron similares (adultos mayores), no así en el club, ya que sus integrantes son jóvenes que pueden ser población cautiva por tiempo prolongado.

Las condiciones culturales, escolares y económicas dificultan que una población se incorpore de manera efectiva en los diferentes grupos, la presencia de estos no garantiza la representatividad de la comunidad debido a que la media del tiempo que tienen los integrantes de pertenecer a ellos es mayor a lo recomendado, lo que refleja la poca autonomía de los mismos y un proceso difícilmente continuo y dinámico.

El funcionamiento de todos los grupos indica que la participación de estos es mínima porque la toma de decisiones por parte de los integrantes es nula, encontrando aún la presencia de un sistema biomédico el cual afecta la participación de la comunidad donde se contempla que los usuarios solamente colaboren con los servicios de salud, proporcionando únicamente información a través de pláticas sin existir un control u organización de la comunidad, disminuyendo el compromiso y responsabilidad de la misma en el autocuidado de la salud.

El personal de salud es quien determina las actividades, la frecuencia de las reuniones y los temas a tratar en esos grupos, lo que indica que la participación de la comunidad es solo simbólica. La concientización por parte de las personas sobre su realidad en salud es escasa, esto dificulta que las acciones lleguen a toda la población y que la misma se comprometa para mejorar su calidad de vida.

El empoderamiento no existe en estos grupos ya que no son protagonistas y responsables de su desarrollo. Únicamente si la gente siente que participa y sus opiniones son valoradas se puede comprometer, ya que aumenta su responsabilidad y poder de decisión para influir de manera directa en los niveles de salud de la misma.

Existe disposición por parte de la comunidad para colaborar con los servicios de salud, lo que se puede llamar una “mal disposición” a la participación (Ceballos y Jonnathan, 2009), en su mayoría los integrantes reconocen que no se involucran en la detección de las necesidades en salud de su comunidad.

Las condiciones de salud de una población dependen de las decisiones y acciones realizadas por cada individuo y por los prestadores de servicios, por lo que la participación de la población es fundamental para una atención centrada en el paciente y la mejora de los niveles de salud de la misma. Al encontrar una participación mínima en la población así como una escasa o nula toma de decisiones por parte de la misma, no se logró identificar alguna diferencia en los niveles de salud entre los centros que tenían estos grupos y los que no.

El comité de salud no influye en la cobertura de vacunación del menor de 5 años porque no se involucra de manera directa en la toma de decisiones para implementar estrategias que incrementen esta cobertura.

No se encontró una diferencia en el control de los pacientes con diabetes en las unidades de salud donde no hay GAM y donde hay, ya que no se fomenta el autocuidado, integración y autonomía de los miembros del grupo.

No hay diferencia en el número de consultas de control prenatal recibidas durante el embarazo de los centros de salud que tienen un Club y los que no lo tienen, porque no

todas las embarazadas acuden a estas reuniones debido a la poca promoción e importancia que tiene este grupo. Con respecto a las mujeres que asistieron al club y las que no asistieron se pudo identificar que si existe diferencia en el número de consultas recibidas, siendo mayor en las que asisten.

La población solo contribuye o coopera con los Servicios de Salud (de acuerdo a la OMS y OPS), porque se realizan actividades de ayuda para que se ejecuten planes elaborados por el personal de salud reflejando un modelo de participación restringida o instrumental donde la población colabora y facilita ciertas acciones de salud lo que puede contribuir a mejorar las coberturas o metas de las unidades de salud pero no genera una participación real (desde la teoría del empoderamiento) donde la comunidad tenga el poder de tomar decisiones efectivas.

La falta de personal dedicado a esta actividad, el poco tiempo disponible y tal vez la escasa disposición por parte del personal de salud son factores en el Sistema de Salud que pueden determinar el bajo nivel de participación de la comunidad. Por otro lado la desconfianza de la población hacia las unidades de salud y la apatía de la comunidad también pueden influir para que esta participación no sea eficaz.

La participación de la comunidad no es un término nuevo, pero el conocimiento y aplicación del mismo es desconocido para la población; lo que disminuye la posibilidad del éxito de las acciones que el personal de salud realiza dedicadas a la promoción de salud y prevención de enfermedades, si la comunidad no se involucra los esfuerzos generados en el sector salud son insuficientes. Esto no excluye a la comunidad urbana porque es una estrategia nacional desarrollada para comunidades rurales y urbanas. Las unidades de salud tienen la obligación de proporcionar educación en salud para modificar estilos de vida, fomentar el autocuidado y corresponsabilidad de la población, lo cual va a ser posible en medida que la comunidad se involucre como actor principal de la atención en salud y el personal de salud respete la estructura organizacional de la comunidad, permita el crecimiento y autonomía de sus miembros e impulse la toma de decisiones.

11.- RECOMENDACIONES

En el primer nivel de atención se debe promover la participación a través de redes comunitarias ya establecidas, fortaleciendo y empoderando a los integrantes de las mismas para que definan sus propias necesidades y sean protagonistas del cuidado de su salud. De manera que exista en forma real un poder de decisión en la población y no solo permitirles opinar ante los servicios de salud.

Se recomienda fomentar la educación y capacitación a los integrantes de los diferentes grupos de participación comunitaria que existen (comité de salud, GAM y club del embarazo), para que se refuerce su capacidad de decisión ya que las condiciones de salud de la población rebasan la capacidad de atención de los Servicios de Salud y solamente cambiando la aptitud y actitud de los individuos sobre el autocuidado se modificará su calidad de vida y por ende su estado salud/enfermedad.

Tomar en cuenta los tiempos de cada integrante de los diferentes grupos de participación comunitaria, puede incrementar la frecuencia de las reuniones de los mismos. Si éstos son autónomos se pueden reunir fuera de los horarios en que el personal de salud pueda atenderlos, fortaleciendo el autodesarrollo de los integrantes, lo que es fundamental para modificar sus hábitos, estilos de vida, influir en los demás y generar un cambio colectivo.

Fomentar la inclusión de los más excluidos para acrecentar el número reducido de personas que participan amplia la posibilidad de estimular el autocuidado y conservación de la salud modificando comportamientos no saludables y elevando el nivel de salud de la comunidad. La formación de grupos debe ser permanente y comprometida de manera que el grado de autonomía aumente y el de dependencia a los servicios de salud disminuya, fortaleciendo la integración de redes que generen un sentido de pertenencia transformando el rol de la comunidad de consumidor a coproductor en salud.

Reconocer y utilizar la capacidad que tiene la población de influir en los Servicios de Salud, por lo que es necesario reforzar la comunicación entre personal de salud y

comunidad donde la población pase de ser simple informante a ser el actor principal. La disposición por parte del gobierno no solo se debe quedar en establecer lineamientos que fomenten la participación, asimismo, es necesario que exista personal capacitado y adiestrado en el conocimiento de participación. Hay que realizar un seguimiento y evaluación del impacto de las acciones generadas por la comunidad, encaminadas al bienestar colectivo, para poder identificar quien en realidad tiene el poder en la toma de decisiones “personal de salud o comunidad”.

De igual manera, es necesario que se revisen y actualicen los documentos que contienen los lineamientos que promueven la creación de estos grupos, principalmente del comité de salud, ya que no se encontró algún documento reciente que indique los estatutos a seguir en la creación del mismo.

12.- LIMITACIONES

La principal limitación de este estudio fue la escasa o nula existencia de estudios semejantes al realizado, también la metodología utilizada, ya que se puede realizar un mejor abordaje de la participación de la comunidad a través de la metodología mixta (cualitativa y cuantitativa), un abordaje cualitativo nos permitiría analizar el discurso de las personas para comprender porque la participación de la comunidad es mínima.

Otra limitante fue el muestreo ya que solamente se incluyeron a los individuos que se localizaron, por lo que fueron pocas las personas encuestadas. La intención de incluir a todos los integrantes era conocer de manera más generalizada las características de los mismos; sin embargo, el no poder localizarlos indica lo poco cautiva que esta la población por parte de las unidades de salud. No obstante, la población es dinámica, lo que dificulta la localización de la misma.

Por consiguiente de manera muy limitada se pretendió evaluar el impacto de la participación de estos grupos en los niveles de salud de la población.

13.- BIBLIOGRAFÍA

Acuña, M. G., Guevara, R. H., Flores, S. M. (2014). El empoderamiento como estrategia de salud para las comunidades. *Rev Cubana de Salud Pública*, 40(3), pp. 353-361.

Alarcón, Z. L (2010). Comunidades protagonistas en el logro de estilos de vida saludable. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 16(1), pp. 2-4.

Angarita, R. C. E. (2010). Desafíos de la investigación en nutrición comunitaria. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 16(1), pp. 24-29.

Anigstein, M. S. (2008). Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector. *Rev Mad*, 19, pp. 77-88.

Arévalo, V. A. B. (2013). El empoderamiento y la promoción de la salud: el caso de la unidad especializada medica en enfermedades crónicas. (Tesis de especialidad) Instituto de Salud Pública, México.

Arredondo, A. F. (2008). 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.

Astrid, A. D. (2004). Participación Comunitaria y Control Social en el Sistema de Salud. *Rev. Salud pública*, 6(2), pp. 107-139.

Ávila, T. J. (2009). Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, pp. 65-73.

Bang, C. (2011). Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica. *Eä-journal*, 2(3), pp.1-23.

Beltrán, G. B. M., Ruiz, I. M., Grau, A. R., y Álvarez, L. I. (2007). Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada. *Rev Cubana Salud Pública*, 33(2), pp. 1-11.

Bleda, G. J. M., Santos, G. A., y Fernández, C. C. (2008). Diseño de un modelo de participación ciudadana en salud en la comunidad de Castilla-La Mancha e implementación del mismo en el área de salud de Puertollano (2005-2008), *Rev Adm. Sanit*, 6(4), pp. 699-714.

Briceño, L. R., y Ávila, F. O. (2014). De la participación comunitaria a la participación social: un enfoque de Ecosalud. *Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología*, 23(2), pp.191-218.

Brito, T.C.E. (2010). Interdisciplinariedad: su valor en un programa de nutrición comunitaria. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 16(1), pp. 21-23.

Buelga, S. (2007). El Empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. *Psicología Social y Bienestar: una aproximación interdisciplinar*, pp. 154-173.

Cardozo, B. M. (2008). Gestión y evaluación participativas en políticas sociales. *Política y cultura*, pp.137-163.

Carrillo, S. A. C. (2008). Bases para la construcción de un modelo de autogestión comunitaria como estrategia de desarrollo social y económico del municipio de Riohacha, departamento de la Guajira. (Tesis de Especialidad) Universidad Industrial de Santander, Riohacha Colombia.

Casas, P. D., Rodríguez, T. A., y Casas, P. I. (2013). Atención Primaria en Salud: concepto o utopía. *Medwave*, 13(4), pp. 1-3.

Castrillo, M. B. (2013) Participación comunitaria en salud: El caso de Berisso. (Tesis de Licenciatura) Universidad Nacional de la Plata, Argentina.

Ceballos, M., y Jonnathan, E. (2009). Participación ciudadana en el marco de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y los consejos comunales. *Provincia*, 21, pp. 43-60.

CIOMS, (2002). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos de la Organización Mundial de

la Salud. Recuperado de <http://www.recerca.uab.es/ceeah/docs/Resum%20CIOMS.pdf>

Cortés, A. S. Y., y Ruvalcaba, L. J .C. Estrategias de educacion para la salud pública. *Viva Salud*, 3 (4), pp. 34-37.

Cortés, A. S. Y., y Ruvalcaba, L. J .C. La corresponsabilidad en salud pública. *Viva Salud*, 3 (1), pp. 40-43.

Cosovschi, A. (2006). Las practicas participativas en salud: “El caso de los Municipios Saludables, el Municipio de General Rodríguez”. *Cuadernos de CLASPO-Argentina*.

Delgado, G. M. E. y Vázquez, M. L. (2009). Percepciones de usuarios y lideres comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los Servicios de Salud: un estudio de casos de Colombia y Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 25 (1), pp. 169-178.

Delgado, G. M. E., Vázquez, N. M. L., Zapata, B. Y., y Hernán, G. M. (2005). Participacion social en salud: conceptos de usuarios, lideres comunitarios, gestores y formunladores de politcas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Rev Esp Salud Pública*, 79, pp. 697-707.

Delgado, G. M., y Vázquez, N. L. (2006). Barreras y oportunidades para la participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los actores principales. *Rev. Salud Pública*, 8(2), pp. 128-140.

Delgado, G. M., y Vázquez, N. M. (2006). Conocimientos, opiniones y experiencias con la aplicación de las politcas de participación en salud en Colombia. *Rev. Salud Pública*, 8(3), pp. 150-167.

Díaz, O. J., Ferreira, G. E., Trejo, V. B., Téllez, R. M., Ferreyra, R. L., Hernández, S. M., Montoya, R. A., y García, G. L. (2013). Cobertura de vacunación en niños y adolescentes en México: esquema completo, incompleto y no vacunación. *Salud Pública México*, 55(2), pp. S289-S299.

Duque, P. M. C. (2004). El conocimiento y la confianza como base del trabajo con las comunidades: una experiencia con habitantes del barrio el Paraíso Bogotá. *Investigacion en Enfermeria: Imagen y Desarrollo*, 6(1-2), pp. 8-19.

Eibenschutz, H. C. (2013). Participacion social y salud: Sujetos y actores de la democratización. *Salud Problema*, 7(14), pp. 9-20.

Escartin, L. P., López. R. V., y Ruiz-Giménez, A. J. (2015). Participación comunitaria en salud. *Comunidad*, 17(2).

Essayag, S. (2006). La participacion ciudadana como estrategia de fortalecimiento de la Atencion Primaria de la Salud: un estudio de caso. *Cuadernos de CLASPO- Argentina*.

Ferrer, F. L., Alfonso, S. A. K., Bonet, G. M., Guerra, Ch. M., Rodríguez, M. M., y Díaz, P. G. (2006). Intervenciones comunitarias contra enfermedades crónicas no transmisibles en el consejo popular Dragones. *Rev Cubana Salud Pública*, 32(3).

Figuroa, S. M. E. Cruz, T. J. E, Ortiz, A. A. R., Lagunes, E. A., Jiménez, L. J., y Rodríguez, M. J. R. (2014). Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. *Gaceta Médica de México*, pp. 29-34.

García, R. M. (2003). Efecto de una intervención educativa en la competencia cognitiva de la mujer embarazada, sobre signos y síntomas de alarma, Hospital General de Rio Verde, 2001. (Tesis de Maestría) Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

Haines, A., Sanders, D., Lehmann, U., Rowe, A. K., Lawn, J. E., Jan, A., Walker, D. G., Bhutta, Z. (2007). Achieving Child Survival Goals: Potential Contribution of Community Health Workers. *The Lancet*, 369, pp. 2121-2131.

HELSINKI. (2013). Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de

<http://www.iacs.aragon.es/econocimiento/documentos/ceica/2013-declaracion-helsinki-brasil.pdf>

Heritage, Z., Dooris, M. (2009). Community participation and empowerment in Healthy Cities. *Health Promotion International*, 24 (S1), pp. i45-155.

Hernández, M. D. E., Delgado, P. I., Pérez, C. C., Hoyos, R. A., Gutiérrez, R. D., y Gamba, J. M. (2014). Modificación de comportamientos en salud mediante la construcción de capacidades y la participación social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), pp. 258-267.

Hoyos, R. A., Hernández, M. E., y Pérez, R. A. (2010). Resultados de una intervención comunitaria sobre el dengue en San Mateo, Anzoategui, Venezuela 2007-2008. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(2), pp. 263-271.

IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014). Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de Atención. México.

ISSSTE, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2008). Guía técnica para la Integración de Grupos de Ayuda Mutua. Subdirección General Médica, Subdirección de Prevención y Protección a la salud. México.

Kyaw, S. H.H., Somrongthong, R., Moe, S., Myint, K. T., Ni, H. (2012). Assessment of Community Participation in Safe Motherhood Health Education Program in Shan State, Myanmar. *European Journal of Scientific Research*, 73 (3), pp. 373-381.

Lara, E. A. (2004). Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. *Archivos de Cardiología de México*, (74)4, pp. 330-336.

Ley General de Salud. (2015). *Cámara de Diputados*. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_121115.pdf

Maya, J. I. (2004) Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. *Apuntes de Psicología*, 22(2), pp.187-211.

Méndez, C. A., y Vanegas, L. J. (2010). La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev Panam Salud Pública*, 27(2), pp. 144-148.

Menéndez, L. E., y Spinelli, G. H. (2006). Participación social ¿Para qué? Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Montenegro, M.M. (2004). La investigación acción participativa. En Musitu, O. G., Herrero, O. J., Cantera, E. L., Montenegro, M. M., Introducción a la psicología comunitaria. Barcelona: UOC .

Navas, P. R., Rojas, M. T., Álvarez, C. J., Fox, D. M. (2010). Participación comunitaria en los servicios de salud, *Revista de Ciencias Sociales*, 16(2), pp. 329-342.

NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Recuperado de <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2010/007ssa22016.pdf>

OMS. (2008). Atención Primaria Renovada. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

OPS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: https://cursos.campusvirtualesp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf

Orozco, N. E., González, B. M., Kageyama, E. L., Hernández, P. B. (2009). Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la Vida. *Salud Pública de México*, 51(2), pp. 104-113.

Pasarín, M. I., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J.L., y Gofin, J. (2010). Salud Comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gac Saint*, 24(1), pp. 23-37.

Pasarín, M. I., y Díez, E. (2013). Salud Comunitaria: una actuación necesaria. *Gac Sanit*, 27(6), pp. 477-478.

Prado, S. L. (2014). La Teoría Déficit de Autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron*, 36(6), pp. 835-845.

Preston, R., Waugh, H., Larkins, S. & Taylor, J. (2010). Community participation in rural primary health care: intervention or approach?. *Australian Journal of Primary Health*, 16, pp. 4–16.

Programa Sectorial de Salud Federal. (2013-2018). Recuperado de http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf

Programa Sectorial de Salud Hidalgo. (2011-2016). Recuperado de <http://intranet.e-hidalgo.gob.mx/NormatecaE/Archivos/archivo3078.pdf>

RAE, (2014). Real Academia Española. <http://www.rae.es/>

Rasmussen, C. B., Hidalgo-San Martín, A., Pérez, A., Rodríguez, F., López, J., Márquez, S..... y González, E. (1993). La Participación Comunitaria en Salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Jalisco. *Salud Pública de México*, 35(5), pp. 471-476.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la Salud. (2014). Cámara de Diputados. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Restrepo, V. O., y Vega, R. R. (2009). Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud-APS. Bogotá: para muestra un botón. *Rev. Gerenc. Polit. Salud. Bogotá (Colombia)*, 8(16), pp. 153-164.

Rifkin, S. (2001). Ten Best Readings on Community Participation and Health. *African Health Sciences*, 1 (1), pp. 42-45.

Rifkin, S. (2009). Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *ScienceDirect*, 1, pp. 31-36.

Rodríguez, A. E., Andueza, P. G., Rosado, A. L., Ortiz, P. E., y Hernández, P. B. (2012). Efecto de una intervención comunitaria para mejorar conocimientos sobre signos de alarma de complicaciones maternas en mujeres mayas de Yucatán, ensayo controlado, aleatorizado. *Revista de Investigación Clínica*, 64(2), pp. 154-163.

Rodríguez, B. M. (2009). Empoderamiento y promoción de la salud. *Red de Salud*, 14, pp. 20-31.

Romeo, C. D. (2007). Capacidad Comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. *Cubana Med Gen Integr*, 23(3), pp. 23-30.

Ruvalcaba, L. J., Cortés, A.S. (2012). El Sistema de Salud Mexicano. *ODOUS Científica*, 13(1), pp. 34-42.

Sanabria, R. G. (2004). Participación social en el campo de la salud. *Rev Cubana Med Gen Integr Salud Pública*, 30(3).

Sánchez, L., Pérez, D., Alfonso, L., Castro, M., Sánchez, L. M., Van der Stuyft, P., y Kourí, G. (2008). Estrategia de educación popular para promover la participación comunitaria en la prevención del dengue en Cuba. *Rev Panam Salud Pública*, 24(1), pp. 61-69.

Saturno, P.VJ., Gutiérrez, J. P., Armendáriz, D. M., Armenta, N., Candia, E., Contreras, D., Fernández, M., Galván, A., Hernández, J. L., Hernández, Ávila, J. E., Palacio, L. S., Poblano, O., Vértiz, J., y Vieyra, W., Wirtz, V. (2014). 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.

Secretaría de Salud (1995). Modelo de Atención a la salud para Población Abierta MASPA. México.

Secretaría de Salud (2001). Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS). Dirección General de Promoción de la Salud. México.

Secretaría de Salud (2006). Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS). México.

Secretaría de Salud (2015). Modelo de Atención Integral de Salud (MAI). Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. México, D.F.

Secretaría de Salud (S.F). Manual para la integración y funcionamiento del comité de salud. México.

Secretaría de Salud. (2007-2012). Programa de Acción Específico: Entornos y Comunidades Saludables. México, D.F.

Secretaría de Salud. (2007-2012).Programas de acción específica: Arranque Parejo en la vida. México.

Secretaría de salud. (2009). Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud: Evaluación 2008. México.

Secretaría de Salud. (2010). Redes Sociales en Salud Materna y Perinatal. Guía de operación. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México.

Servicios de Salud de Hidalgo. (2015). “Club del Embarazo” lineamientos 2015. Subsecretaría de Salud Pública. Subsecretaría de Prestación de Servicios.

Trujillo, L., Villafañe, S., y García, N. (2013). Participación social en salud. *Revista de Chile Salud Pública*, pp. 132-138.

Ugalde, A. (2006). Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud. En Menéndez, L. E., y Spinelli, G. H. *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Vázquez, M. I., Siqueira, E., Kruze, I., Da Silva, A., y Leite, I. C. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit*, 16(1), pp. 30-38.

Villarini, J. A. (2008). El cuidado en salud y la educación salubrista como promoción de competencias humanas y autonomía. *Salud Uninorte. Barranquilla*, 24(2), pp. 341-350.

14.- ANEXOS



SECRETARÍA DE SALUD
HIDALGO



Los anticonceptivos permiten planificar el mejor momento para tener un hijo.

Dependencia:	Secretaría de Salud
U. Administrativa:	Jurisdicción Sanitaria No. 1 Pachuca
Área Generadora:	Coordinación Capacitación, Enseñanza y Calidad
No. de Oficio:	004923

Pachuca de Soto, Hgo; 17 de Septiembre 2015.

ASUNTO: Realización de Encuestas.

C.D. TAMARA TELLEZ GIRON.
COORDINADOR MUNICIPAL EN SALUD PACHUCA
PRESENTE.

Al contestar este oficio siempre citar los datos contenidos en el pie de página.

Solicitó de la manera más atenta brinde las facilidades necesarias a la Lic. Enf. Beatriz Consuelo Mayorga alumno de la Maestría de Salud Pública, con número de cuenta 83222 para la aplicación de encuestas en los siguientes Centros de salud a su Digno cargo; Aquiles Serdán, Arbolito, Abraham Kanan, Cubitos, La Raza Huixmi, Tiapacoya, Matilde, Rojo Gómez Buenos Aires, Cerezo, Guadalupe, Alcantarilla a partir del 1 de octubre al 30 de Octubre del 2015 en el horario de 8 a 12:00 hrs.

Sin otro particular me despido enviándole un cordial saludo

ATENTAMENTE
SUBDIRECTOR DE LA JURISDICCION
SANITARIA No. 1 PACHUCA

DR. JOSE FRANCISCO PAREDES SALAZAR

*Recibi Oficio
C.O. Tamara Tellez Giron*

SECRETARÍA DE SALUD
HIDALGO
PACHUCA
17 SEP 2015
ESTAFETA
CORRESPONDENCIA 2434

Cc.p. Expediente y Minsterio.
JPPS/CYCH

—Narciso Mendoza No. 201— Colonia Morelos —

Pachuca, Hidalgo, C.P. 42040 Tel. y Fax (771) 7191479
francisco.paredes@seh.gob.mx

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo



Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) Área Académica de Medicina Maestría en Salud Pública



Encuesta para aplicar a miembros del comité de salud

Centro de salud: _____

Datos generales

1.- Sexo

- 1) Masculino
- 2) Femenino

2.-Edad

R: _____

3.-¿Cuál es su ocupación actual?

R: _____

4.-¿Cuál es su nivel de estudios?

- 1) Ninguno
- 2) Primaria
- 3) Secundaria
- 4) Bachillerato
- 5) Carrera técnica
- 6) Carrera profesional

5.- ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la colonia?

R= _____

Datos del comité

6.- ¿Cuánto tiempo lleva funcionando el comité?

R= _____

7.- ¿Con que frecuencia se renueva el comité?

- 1) Cada año
- 2) Cada 2 años
- 3) Cada 5 años
- 4) No se renueva
- 5) otros

8.-¿Con que frecuencia se reúnen?

- 1) 2 veces al mes
- 2) 1 vez al mes
- 3) Cada 2 meses
- 4) Cada 3 a 6 meses
- 5) 1 vez al año
- 6) No se reúnen
- 7) Otros

9.-¿Cuánto tiempo dura cada reunión?

- 1) Menos de 30 minutos
- 2) Más de 30 minutos

- 3) De 1 a 2 horas
 - 4) Otro
- 10.-¿Quién decide las reuniones a realizar?
- 1) El personal de salud
 - 2) Los integrantes del comité
- 11.-¿Quién decide los temas a tratar?
- 1) El personal de salud
 - 2) Los integrantes del comité
- 12.-¿El comité de salud participa en otras actividades como el club del embarazo, o grupo de ayuda mutua (GAM)?
- 1) Si. ¿Cuáles? _____
 - 2) No. ¿Por qué? _____
- 13.- ¿Ha participado en la elaboración del diagnóstico de salud de su comunidad?
- 1) Sí ¿De qué forma? _____
 - 2) No ¿Por qué? _____
 - 3) No sabe que es un diagnóstico de salud
- 14.- ¿El comité de salud recibe capacitación del personal de salud?
- 1) Si
 - 2) No
 - 3) A veces
- 15.- ¿El comité de salud elabora un programa de actividades a realizar en la comunidad?
- 1) Si ¿Con que frecuencia? _____
 - 2) No ¿Por qué? _____
 - 3) Desconocía que se tenía que elaborar un plan de actividades
- 16.-¿ Se involucra a la comunidad en las actividades que realiza el comité de salud?
- 1) Si ¿De qué forma? _____
 - 2) No ¿Por qué? _____
- 17.- ¿Considera que existe coordinación con el personal de salud para que el comité pueda realizar sus funciones de mejor manera?
- 1) Si ¿De qué forma ? _____
 - 2) No ¿Por qué? _____
- 18.- ¿El comité de salud colabora en las campañas de vacunación que se realizan en el centro de salud?
- 1) Si ¿De qué forma? _____
 - 2) No ¿Por qué? _____



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa)

Área Académica de Medicina

Maestría en Salud Pública



Encuesta para ser aplicada a los integrantes del grupo de ayuda mutua

Centro de salud: _____

Datos generales

1.- Sexo

- 1) Masculino
- 2) Femenino

2.-Edad

R= _____

3.-¿Cuál es su ocupación actual?

R: _____

4.-¿Cuál es su nivel de estudios?

- 1) Ninguno
- 2) Primaria
- 3) Secundaria
- 4) Bachillerato
- 5) Carrera técnica
- 6) Carrera profesional

5.- ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la colonia?

R= _____

6.-Tiempo de pertenecer al grupo GAM

R= _____

7.-¿Con qué frecuencia se reúne el grupo?

- 1) 1 vez a la semana
- 2) 1 vez al mes
- 3) 2 veces al mes
- 4) Cada 2 meses
- 5) Cada 3 meses
- 6) Cada 6 meses
- 7) Una vez al año
- 8) Más de una vez a la semana

8.-¿Cuánto tiempo duran las reuniones?

- 1) Menos de 30 minutos
- 2) Más de 30 minutos
- 3) De 1 a 2 horas
- 4) Otro _____

9.-¿Que _____ actividades _____ realizan _____ durante _____ sus reuniones? _____

10.-¿Quién realiza el plan de actividades del grupo?

- 1) Todos los integrantes del grupo
- 2) Algunos integrantes del grupo

- 3) El personal de salud
- 4) No hay un plan de actividades

11.-¿Quién evalúa el progreso del grupo?

- 1) Todos
- 2) Algunos integrantes
- 3) Todos los integrantes del grupo
- 4) El personal de salud
- 5) No se realiza una evaluación

12.- ¿Se invita a más personas con el mismo problema a pertenecer al grupo de ayuda mutua?

- 1) Si ¿Quién y de qué forma? _____
- 2) No ¿Por qué? _____

13.-¿Cuándo algún miembro del grupo no acude?

- 1) Se nota su ausencia y el grupo lo busca para evitar deserciones
- 2) Se nota su ausencia pero solo el personal de salud se preocupa por que no deserte
- 3) Se nota su ausencia pero nadie actúa para que no deserte
- 4) Nadie se percata si hay deserciones, a nadie le importa

14.-¿Se realizan registros y evidencias del trabajo del grupo?

- 1) Si por el personal de salud
- 2) Si, tanto por parte del personal de salud como por parte de los integrantes del grupo
- 3) No nadie realiza registros
- 4) Desconozco

15.- ¿Se realizan actividades que permitan recabar fondos económicos para el sustento del grupo?

- 1) Si ¿de qué forma? _____
- 2) No

16.-¿Considera que el grupo se puede desprender del equipo de salud y ser independiente?

R= _____

17.-¿Considera que el funcionamiento del grupo depende de:

- 1) Los integrantes
- 2) Del personal de salud
- 3) ambos

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo



Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) Área Académica de Medicina Maestría en Salud Pública



Encuesta para aplicarse a integrantes del club del embarazo

Centro de salud: _____

- 1.-Edad R=_____
- 2.-¿Cuál es su ocupación actual? R: _____
- 3.-¿Cuál es su nivel de estudios?
 - 1) Ninguno
 - 2) Primaria
 - 3) Secundaria
 - 4) Bachillerato
 - 5) Carrera técnica
 - 6) Carrera profesional
- 4.-¿A partir de qué mes de embarazo asistió al club del embarazo?
R=_____
- 5.-¿Cuántas veces asistió al club del embarazo? R: _____
- 6.-¿Con qué frecuencia se reunía el grupo?
 - 1) 1 vez a la semana
 - 2) 1 vez al mes
 - 3) 2 veces al mes
 - 4) Cada 2 meses
- 7.-¿Considera que las reuniones del grupo eran?
 - 1) Suficientes
 - 2) Muy pocas
 - 3) exageradas
- 8.-¿Cuánto tiempo duran las reuniones?
 - 1) Menos de 30 minutos
 - 2) Más de 30 minutos
 - 3) De 1 a 2 horas
 - 4) Otro _____
- 9.- ¿Quién determinaba el horario y tiempo de las reuniones?
 - 1) Los integrantes del grupo
 - 2) El personal de salud
- 10.- ¿Qué actividades realizaban durante sus reuniones? _____
- 11.- ¿En las reuniones usted o algún integrante del grupo participaban opinando o exponiendo sus experiencias?
 1. Si
 2. No
 3. En ocasiones
- 12.- ¿Conoce lo que es el plan de seguridad de la embarazada?
 - 1) Si ¿Cuál era el suyo? _____
 - 2) No
- 13.- ¿A cuántas consultas médicas acudió para el control del embarazo?
R: _____
- 14.-¿Dónde asistía al club del embarazo?
 - 1) Centro de salud
 - 2) Hospital
 - 3) ambos



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa)

Área Académica de Medicina

Maestría en Salud Pública



Encuesta para aplicarse a pacientes en puerperio **SIN ASISTIR** al club del embarazo

Centro de salud: _____

1.-Edad R=_____

2.-¿Cuál es su ocupación actual? R: _____

3.-¿Cuál es su nivel de estudios?

1. Ninguno
2. Primaria
3. Secundaria
4. Bachillerato
5. Carrera técnica
6. Carrera profesional

4.-¿A partir de qué mes de embarazo asistió a consultas?
R=_____

5.-¿Por qué no asistió al club del embarazo?
R: _____

6.-¿En algún momento de su embarazo se enteró que tenía que acudir al club del embarazo? R:_____

7.-¿En qué mes del embarazo se encontraba cuando se enteró?
R: _____

8.-¿Alguna vez la invitaron a participar en el club del embarazo?
R: _____

9.-¿Quién la invito? R: _____

10.- ¿Conoce lo que es el plan de seguridad de la embarazada?

1. Si ¿Cuál era el suyo? _____
2. No

11.- ¿A cuántas consultas médicas acudió para el control del embarazo?

R: _____