POSTGRADO REGIONALIZADO
ESPECIALIZACION GESTION EN SALUD PÚBLICA

GRADO DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE SUS FUNCIONES. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO – SEPTIEMBRE. AÑO 2006

Trabajo de Grado presentado como Requisito Parcial para Optar al Título de Especialista de Gestión en Salud Pública

AUTORA: M.Sc. Leidi R. Tayupo R.
TUTOR: M.Sc. Franklin Arzolay

Maracay, Enero 2007

Instituto de Altos Estudios en Salud Pública
"Dr. Arnoldo Gabaldón"
POSTGRADO ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

ACTA VEREDICTO

Nosotros, miembros del Jurado designados para la evaluación del Trabajo de **Especialización de Gestión en Salud Pública** titulado: **"Grado de Conocimiento que poseen los Integrantes de los Comités de Salud sobre sus funciones. Parroquia Caicara. Estado Bolívar. Enero-Septiembre. Año 2.006"** presentado por el Ciudadano (a) **Leidi Rosa Tayupo**, para optar al Título de **Especialista de Gestión en Salud Pública**, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como **APROBADO.**

Nombres y Apellidos	C.I.	Firma del Jurado
Franklin Arzolay **Presidente:**	8.894.564	
Stella Gafanhao **Miembro:**	5.699.910	
Gustavo Parra **Miembro:**	4.885.428	

Maracay,

"2006 AÑO BICENTENARIO DEL JURAMENTO DEL GENERALÍSIMO FRANCISCO DE MIRANDA Y DE LA PARTICIPACIÓN PROTAGÓNICA Y DEL PODER POPULAR"

DEDICATORIA

A Dios, por preservar en mi corazón el afán por la adquisición de conocimiento dirigido a mejorar mi labor en el centro hospitalario donde me desempeño.

A mis hijos Leidimar y José Luís, quienes supieron comprender mis frecuentes ausencias del seno de mi hogar**.**

A mi esposo José Luís, porque en los momentos finales de mi capacitación supo comprender que parte de mis energías están en el querer obtener aprendizajes significativos.

A mis compañeros de estudios, en especial a las Doctoras Emir y Raiza, por su incondicional compañía, por el apoyo demostrado durante el transcurso de éste camino hacia nuestra capacitación. Siempre siguiendo una misma dirección a pesar de las adversidades.

AGRADECIMIENTO

Al Instituto de Altos Estudios de Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldón” por proporcionarme la oportunidad de obtener estudios de post-grado.

A los hospitales Uyapar, Raúl Leoni y al Centro de emergencias del Estado Bolívar 171 por haber abierto sus puertas y recibir a todo el grupo de participantes del Postgrado de manera tan generosa e incondicional.

A los Doctores: Emilio Fernández por el esfuerzo demostrado en el logro de la continuidad del postgrado, a la Dra. Sandra de Fernández y a todos los facilitadores que han contribuido con mi formación y desarrollo profesional.

Estoy especialmente agradecida con la Coordinadora regional Dra. Stella Gafanhao por su esmerado esfuerzo como guía para el alcance de todos los objetivos trazados durante el proceso de enseñanza.

INDICE GENERAL

	P.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
LISTA DE CONTENIDOS	iv
LISTA DE CUADROS	vi
LISTA DE GRAFICOS	viii
RESUMEN	x
INTRODUCCION	1

CAPÍTULO I.

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema	4
Justificación	13
Objetivos de la Investigación	15
Objetivo general	15
Objetivos específicos	15
Alcances y limitaciones	16
Factibilidad	17

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes	18
Comité de Salud y generalidades	21
Misión de los Comités de Salud	23
Visión de los Comités de Salud	23
Perfil de los integrantes de los comités de salud	24
Funciones de los comités de salud	24
Participación comunitaria	29
Participación comunitaria de la OMS.	30
Barreras de la participación	32
Bases legales	36

CAPITULO III.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio…… 41
Definición de variables…… 42
Operacionalización de variables..... 42
Población y muestra…… 49
Técnica de recolección de datos…… 50
Técnica de análisis de datos…….. 51

CAPITULO IV.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS …… 52

CAPITULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones..... 71
Recomendaciones..... 75

LISTA DE REFERENCIAS …… 76

ANEXOS:

1. Censo de Comités de salud conformados…… 78
2. Proyecto Educativo para Comités de Salud……. 80
3. Croquis de Comités de salud…….. 86
4. Cuadros ……. 88
5. Cuestionario…….. 96

LISTA DE CUADROS

CUADRO	TITULO	PÁG.
1	DISTRIBUCIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SEGÚN EDAD Y SEXO. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTEIMBRE. AÑO 2.006.	89
2	CONOCIMIENTO DE LA DEFINICIÓN DE COMITÉ DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTEIMBRE. AÑO 2.006.	89
3	CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE OTROS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTEIMBRE. ÑO 2.006	90
4	CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES GENERALES DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTEIMBRE. ANO 2.006.	90
5	CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE DIAGNÓSTICO COMUNITARIO. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTEIMBRE. AÑO 2.006.	91
6	CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE INVESTIGACIÓN DE LA REALIDAD COMUNAL. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTEIMBRE. AÑO 2.006	91
7	CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE ALTERNATIVAS DE LA SITUACIÓN DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO-SEPTEIMBRE. AÑO 2.006	92

CUADRO	TITULO	PÁG.
8	CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE DESARROLLO DE LA CAPACITACIÓN. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. AÑO 2.006.	92
9	CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE LAS ALTERNATIVAS QUE HACEN REFERENCIA A LA PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. AÑO 2.006.	93
10	CONOCIMIENTO DE LAS ALTERNATIVAS QUE CONTRIBUYEN EL FORTALECIMIENTO DE LOS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. AÑO 2.006.	93
11	CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE LAS ALTERNATIVAS QUE CONTRIBUYEN CON LA PRÁCTICA DE LA CONTRALORÍA SOCIAL. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. AÑO 2.006.	94
12	CONSIDERACIÓN PERSONAL DEL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE POSEE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SOBRE SUS FUNCIONES. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. AÑO 2.006.	94
13	SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. AÑO 2.006.	95

LISTA DE GRAFICOS

CUADRO	TITULO	PÁG.
1	DISTRIBUCIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SEGÚN EDAD Y SEXO. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTEIMBRE. AÑO 2.006.	52
2	CONOCIMIENTO DE LA DEFINICIÓN DE COMITÉ DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTEIMBRE. AÑO 2.006.	54
3	CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE OTROS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTEIMBRE. ÑO 2.006	56
4	CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES GENERALES DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTEIMBRE. ANO 2.006.	57
5	CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE DIAGNÓSTICO COMUNITARIO. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTEIMBRE. AÑO 2.006.	58
6	CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE INVESTIGACIÓN DE LA REALIDAD COMUNAL. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTEIMBRE. AÑO 2.006	59
7	CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE ALTERNATIVAS DE LA SITUACIÓN DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTEIMBRE. AÑO 2.006	60

CUADRO	TITULO	PÁG.
8	CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE DESARROLLO DE LA CAPACITACIÓN. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. AÑO 2.006.	61
9	CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE LAS ALTERNATIVAS QUE HACEN REFERENCIA A LA PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. AÑO 2.006.	62
10	CONOCIMIENTO DE LAS ALTERNATIVAS QUE CONTRIBUYEN EL FORTALECIMIENTO DE LOS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. AÑO 2.006.	63
11	CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE LAS ALTERNATIVAS QUE CONTRIBUYEN CON LA PRÁCTICA DE LA CONTRALORÍA SOCIAL. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. AÑO 2.006.	64
12	CONSIDERACIÓN PERSONAL DEL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE POSEE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SOBRE SUS FUNCIONES. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. AÑO 2.006.	65
13	SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. AÑO 2.006.	67

POSTGRADO REGIONALIZADO
ESPECIALIZACIÓN GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

GRADO DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE SUS FUNCIONES. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO – SEPTIEMBRE. AÑO 2006

AUTORA: M.Sc. Leidi R. Tayupo R.
TUTOR: M.Sc. Franklin Arzolay
AÑO: 2.006

RESUMEN

Este trabajo está dirigido a determinar el grado de conocimiento que poseen los integrantes de los Comités de Salud sobre sus funciones con el objeto de optimizar el desarrollo de actividades preventivas y promocionales en la parroquia Caicara del estado Bolívar. Para ello se formularon unos objetivos específicos enmarcados principalmente en el diagnóstico comunitario, en la investigación de la realidad comunal y de salud, en la planificación participativa y la contraloría social. La investigación fue de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal, con una muestra de 96 integrantes de los diferentes Comités de Salud. De acuerdo a los resultados arrojados después de la aplicación del instrumento y de la observación realizada, se pudo apreciar que no existe un adecuado funcionamiento de los Comités de Salud debido a la ausencia de un adecuado sistema de capacitación, lo que inhibe y desplaza el mejoramiento de las intervenciones comunitarias bajo la óptica de un ciudadano activo y protagónico con la asistencia y compromiso mutuo del Equipo de Salud. Ante esta situación se revelo la necesidad de establecer acciones que permitan asumir en los ciudadanos y ciudadanas una clara visión de su corresponsabilidad dentro de sus respectivas comunidades que conlleven al mejoramiento de las intervenciones comunitarias con empoderamiento de sus necesidades..

Palabras Claves: Conocimiento, funciones, comité de salud.

GRADE OF KNOWLEDGE THAT THE MEMBERS OF THE COMMITTEES OF HEALTH POSSESS ON THEIR FUNCTIONS. PARISH CAICARA. BOLIVAR. JANUARY. SEPTEMBER. YEAR 2006

AUTHOR: M.Sc. Leidi R. Tayupo R.
TUTOR: M.Sc. Franklin Arzolay
YEAR: 2.006

SUMMARY

This work is managed to determine the grade of knowledge that the members of the Committees of Health possess on their functions in order to optimizing the development of preventive and promotional activities in the parish Caicara of the state Bolívar. For they were formulated it some specific objectives framed mainly in the community diagnosis, in the investigation of the communal reality and of health, in the planning participative and the social controllership. The investigation was of observational, descriptive type and of cross section, with a sample of 96 members of the different Committees of Health. According to the heady results after the application of the instrument and of the realized observation, you could appreciate that an appropriate operation of the Committees of Health doesn't exist due to the absence of an appropriate training system, what inhibits and it displaces the improvement of the community interventions under the optics of an active and protagonistic citizen with the attendance and mutual commitment of the Team of Health. Before this situation one reveals the necessity stocks that you/they allow to assume in the citizens and citizens a clear vision of their co responsibility inside their respective communities that bear to the improvement of the community interventions with empoderamiento of their necessities to settle down.

Passwords: Knowledge, functions, committee of health.

INTRODUCCIÓN

Las políticas del Estado dirigidas en las últimas décadas al mejoramiento de la salud y de la situación social en general de los hogares venezolanos han mostrado una gran deficiencia, más aún si se menciona el deterioro de las condiciones de vida y sus efectos y que en consecuencia requieren un abordaje a través de la participación de la comunidad con base en la existencia de grupos organizados tales como: Aso-vecinos, comités de salud y casas comunitarias entre otros, bajo las directrices y lineamientos del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, es considerado por López y otros en el Programa de Educación Permanente en Salud y Desarrollo Social (2.002), como el principal conductor y operador de cambios en las políticas públicas del estado Venezolano dirigido a desarrollar formas de pensamiento crítico que generen alternativas de solución hacia los problemas de la comunidad, que al mismo tiempo se conviertan en mejoras de la calidad de vida y salud.

Como un apoyo a esta nueva actitud, surgen principios y disposiciones en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, donde se establece el compromiso que tienen los ciudadanos en el restablecimiento de

una vida digna y se vean como sujetos portadores de derechos y con poder para intervenir en las decisiones públicas, de manera activa y protagónica.

De allí, que en la actualidad, se ha emplazado una serie de estrategias que se nutren del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007, que tiene como uno de sus objetivos la necesidad de fortalecer la participación social y generar poder ciudadano en espacios públicos de decisión. Dentro de éstos espacios se pueden mencionar la conformación de Comités de Salud.

El propósito principal de una investigación que tenga como base los comités de salud recae en la necesidad de generar cambios importantes dentro de éstos grupos con el fin de brindarle una forma distinta de participación y de ver la necesidad de concebir el proceso salud - enfermedad como una corresponsabilidad de los mismos habitantes dentro de sus áreas territoriales proporcionándole mayor efectividad y optimización a las funciones que deben llevar a cabo en los Comités de Salud.

Todo ello debe contribuir intrínsecamente a que se entienda la preocupación respecto a la capacitación adecuada, versada por supuesto en la adquisición de conocimientos sobre contenidos de salud, por ello, se impone la necesidad de establecer vínculos profundos entre los objetivos

inmersos en la creación de los comités de salud con una praxis de características amplias, encaminada a la toma de conciencia y sensibilización hacia el autocuidado de las personas.

Es por ello que en beneficio de una clara educación para la salud y de mejorar la calidad de atención que recibe la población se requiere herramientas y estrategias metodológicas para un mejor desempeño de los integrantes de los Comités de Salud en el proceso de organización y multiplicación de agentes que se encarguen de visualizar la mejor manera de educar a la población por un lado y por el otro, garantizar la existencia de la contraloría social como otra de las funciones de dichos comités.

La estructura general de ésta investigación, está especificada en cinco capítulos: El primero, describe el problema en su magnitud, el segundo capítulo, está relacionado con las diferentes teorías que sustentan la investigación, el tercero, contiene toda la metodología que se empleará durante la investigación, en el cuarto, se presenta y se analizan los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos y en el capítulo quinto se desglosa tanto las conclusiones como las recomendaciones que servirán de apoyo a las actividades a realizar para fortalecer el funcionamiento de los Comités de Salud.

C A P Í T U L O I

EL PROBLEMA

En este capítulo se describe el problema y sus generalidades, desde un punto de vista macro, meso y micro; así como los objetivos generales y específicos que orientan la investigación estableciendo su relevancia y justificación, alcances y limitaciones**.**

Planteamiento del Problema

La participación ciudadana es uno de los fenómenos sociales más importantes que las sociedades se han planteado a lo largo de su evolución histórica y social, y para ello se han ideado estrategias dentro de múltiples organizaciones con miras a fortalecer sus acciones; han sido catalogada internacionalmente como una de las soluciones más viables desde el siglo pasado.

Al respecto Mazarrasa y otros, 2003, expresan que “Desde el comienzo del siglo XX y en distintos lugares geográficos se han dado

experiencias de participación comunitaria en salud. En el Chile de Allende, en la Cuba de Fidel" en México, en los Estados Unidos de los años veinte y sesenta; en estos se pueden encontrar ejemplos de esa forma de participación..." En Cuba, con la importancia de la medicina preventiva, las visitas domiciliarias y la gran participación de la población en todos los procesos de toma de decisión en materia de política sanitaria y establecimiento de prioridades, por otro lado está el caso del programa del presidente Johnson, contra la pobreza, ya que supone el protagonismo del desarrollo comunitario sobre el sector salud, sustituidos por propuestas más "ligh" de participación comunitaria (voluntariado, autocuidado, atención domiciliaria, etc).

En éste contexto, se deja entrever que a pesar de ser países con características diferentes poseen y demuestran una preocupación común por la salud poblacional. Siempre en búsqueda de una participación con capacidad resolutiva ajustadas a las necesidades de las personas, en esa búsqueda se han realizado cambios de estrategias, cambios de esquemas o sólo de semántica, más no de forma ya que el objetivo continúa siendo el mismo: lograr la participación de la población.

Así mismo, la crisis social del pueblo venezolano según lo expresa López y otros en el Programa de Educación Permanente en Salud y

Desarrollo Social (2.002), deja notar la necesidad de implementar estrategias que permitan subsanar las necesidades de la población desde el punto de vista de la salud y calidad de vida. Son muchas las formas que se han buscado e implementado para subsanar ésta carencia; no obstante, también se han presentado una serie de factores que influyen en una real y verdadera participación ciudadana, una verdadera funcionalidad de las organizaciones que se conforman en territorios sociales ávidos de intervención.

Es por ello que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela hace hincapié en los principios de corresponsabilidad, solidaridad, protagonismo y participación que implican una nueva relación Estado-Sociedad, en la que las comunidades recuperan su papel en la "formación, ejecución y control de la gestión pública", siendo la base el Plan Barrio Adentro el cual surge el 16 de abril de 2003, en el marco del Convenio Cuba-Venezuela.

El Plan Barrio Adentro tiene como uno de sus principales objetivos la conformación de los comités de salud; más sin embargo, en el estado Bolívar no se concretó efectivamente. En los actuales momentos, se le está proporcionando una mayor relevancia y dándole la importancia que tienen los comités dentro de los establecimientos de salud. Presentándose, en

consecuencia, una conjunción de esfuerzos entre la coordinación de Barrio Adentro, Instituto de Salud Pública del Estado Bolívar (ISPEB) y otras organizaciones a fin concretar el mandato constitucional.

El problema se refleja con mayor énfasis en las estadísticas presentadas por el Departamento de Promoción Social del Hospital "Dr. Arnoldo Gabaldón" del Municipio “Gral. Manuel Cedeño”. En la misma se observó que el número de Comités de Salud sólo ascendía a seis (6) comités conformados en la Parroquia Caicara en lo que va de año (Ver Anexo Nº 1). Sin embargo; en la Parroquia Caicara, la meta para el año 2.006 estuvo estimada en 31 comités de salud, según información suministrada por el personal de Promoción para la Salud y Participación Comunitaria del Distrito Sanitario N° 5, cabe resaltar que para ésta proyección se tomó en consideración el número de barrios más no la cantidad de población presentes en ellos.

La poca cantidad de Comités de Salud conformados denota que existen problemas, tal vez, centrados en la falta de conocimiento sobre las funciones a ejercer, presunción ésta que se realiza en función de que el conocimiento es importante para la toma de decisiones en salud o en cualquier otro ámbito lo que posteriormente se evidenciaría en la realización

de actividades con aplicación de métodos y técnicas según las particularidades de cada problema o necesidad.

Las personas al obtener información sobre problemas y necesidades adquieren y ponen en práctica estrategias en atención a las prioridades en salud. El fortalecimiento de la cooperación y el intercambio humano a través de la adquisición de conocimientos con énfasis en la información sobre servicios y recursos alrededor de áreas de salud resulta un aspecto importante inmerso en las actividades a realizar dentro de las organizaciones de base comunitaria, tal es el caso de los Comités de Salud, organización que cumple un importante rol dentro de las comunidades obteniendo logros positivos.

El conocimiento de los integrantes de los Comités de Salud sobre determinadas áreas del saber, es un recurso, más su gestión eficaz en la Parroquia Caicara requiere la inclusión de otros recursos que influyan en la acción motivadora de los individuos, que los conlleve a minimizar y a reactivar la toma de decisiones con miras a lograr en la comunidad cambios en la calidad de vida y salud con la puesta en práctica de la contraloría social, de apoyo y solidaridad social, relaciones interinstitucionales, organización y participación comunitaria, educación para la salud y calidad de vida y la implementación de la epidemiología no convencional.

Esta situación, por supuesto, influye en una ausencia de participación fiel y verdadera en la Parroquia, en virtud del débil funcionamiento de dichos comités lo que no permite extender experiencias productivas al resto de la población, quizás por múltiples barreras; una de ellas podría ser incredulidad por promesas incumplidas y a la falta de sensibilización en la mayoría de los integrantes de la comunidad, e inclusive hasta la inherencia del equipo de salud para su concreción.

El Troudi (2.005) señala que “la improvisación de los funcionarios tiene su complemento en el espontaneismo comunitario” (Pág. 24). Esta barrera logra que las comunidades no se organicen bajo parámetros reales y viables, contribuyendo a la conformación de comités por conformarlos más no por considerar que los objetivos inmersos en ellos contribuirían a mejorar la calidad de vida de la población.

Lo que indica que las actividades hacia el fortalecimiento de los Comités de salud deben estar centrados en un equipo (salud-comunidad) bien conformado donde fluctúen ideas, donde se desglose una ilimitada cultura de socializar la información, de tal manera que exista una coherencia entre lo que se tiene y lo que se quiere lograr teniendo como eje central a la comunidad; brindándole, en consecuencia, una capacitación acorde con los conocimientos mínimos exigidos para su debido funcionamiento. De ésta

manera se logrará obtener y colectivizar experiencias significativas dentro del marco de una sociedad justa.

Las comunidades que están organizadas, que han asumido la importancia de la capacitación en todos los niveles, ganan autoconfianza y autoestima por su capacidad de reacción efectiva frente a las amenazas que pudieran presentárseles a sus miembros en los distintos entornos donde se desenvuelven.

La realización de un estudio sobre el grado de conocimiento que poseen los integrantes de los comités de salud sobre sus funciones en la Parroquia Caicara, se desglosa de una serie de características que se observan y que se derivan, aparentemente, de la problemática y se resumen de la siguiente manera:

1. El número de Comités de salud conformados no es satisfactorio.

2- Deficiente preparación de los integrantes de los comités de salud que contribuya a optimizar el funcionamiento de los mismos.

3. Relaciones interinstitucionales poco efectivas o no concertadas que deterioran la capacidad resolutiva.

4. La información que se brinda a los integrantes de los comités de la Parroquia Caicara, es fraccionada e incompleta.

5. Apatía por parte de los ciudadanos.

6. Ausencia de actividades propias de los Comités de Salud.

7. Escaso nivel de exigencia en los integrantes de los comités de salud hacia el equipo de salud.

Al señalar que los integrantes de los comités de salud deben ejercer funciones versadas en programas y proyectos en beneficio de la población, resulta relevante determinar si dichos comités poseen el grado de conocimiento adecuado que les permita ejercer sus funciones como organización de base destinada a contribuir al mejoramiento de la salud de las personas que se encuentran dentro del área de influencia a la que pertenecen.

Ante esta realidad la tarea de ubicar y trabajar en función de la disminución de las características antes señaladas debe comprometer a todas las instancias, los medios de comunicación social, Ministerio de Salud, a la familia, a la comunidad en general y otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales comprometidos con el

establecimiento real de la participación en las comunidades. De tal manera que, se permita desarrollar estrategias de prevención en torno al logro de una funcionalidad efectiva consigo mismo y con la sociedad, con el apoyo irrestricto del equipo de salud.

La responsabilidad de los líderes comunitarios en éste aspecto recae en el hecho de ser personas que siempre se han visualizado como un ente capaz de aportar aprendizajes importantes a otros grupos desde el punto de vista de sus conocimientos, y si se les proporciona un mejoramiento de sus habilidades, permitirá ayudar a que el proceso de cambio de actitudes sea significativo. Los líderes comunitarios son pieza clave dentro de las organizaciones y por ello deben recibir capacitación permanente.

La problemática que en relación a los comités de salud de la Parroquia Caicara del Municipio “Gral. Manuel Cedeño” del Estado Bolívar presenta, indica que se debe fomentar la integración del sector salud y la comunidad a través de programas dirigidos a la correcta formación de los integrantes de los Comités de Salud en esta área, de manera tal que obtengan los elementos básicos para su adecuado funcionamiento. Este trabajo se dirigirá a la consecución de los elementos específicos que inciden en la problemática y su identificación servirá, además, de guía para realizar los cambios pertinentes y necesarios en la loable tarea de establecer criterios firmes y

definitivos, que permitan la transferencia del saber a cada uno de los habitantes de las distintas comunidades

Justificación

En el contexto histórico social al que actualmente se circunscribe el país, la participación efectiva de los Comités de Salud en términos de prevención de enfermedades y promoción de la salud se convierten en uno de los elementos fundamentales para facilitar la búsqueda de las mejores condiciones de vida de la población.

Paradójicamente, la participación de los integrantes de los comités de salud se limita a la sola pertenencia a éste tipo de organización de base, “sólo formar parte de” quedando los conocimientos elementales para su adecuado funcionamiento al margen de sus perspectivas.

Al contrario, se trata en todo caso de asumir una educación en valores que conlleven al conocimiento, mejorando al mismo tiempo su comunicación con la comunidad para ser capaces de promover la salud de toda la población y multiplicando asi, esos mismos conocimientos, actitudes y aptitudes que les permitan tratar los problemas actuales de salud, desarrollando escenarios de aprendizaje activo dentro de las comunidades.

El que los comités de salud lleven a cabo sus actividades de forma organizada es pieza clave para evitar la propagación de males sociales y en la disminución del impacto de las mismas y para ello deben poseer un alto grado de conocimiento que les permita poner en práctica su labor.

Esta investigación permitirá conocer el grado de conocimiento que poseen los integrantes de los comités de salud sobre sus funciones bajo el aspecto real de la preparación y en consecuencia trabajar en función de la creación de programas con miras al mejoramiento de éstos comités de salud. Todo ello, por la necesidad de contribuir al logro de objetivos loables versados en la capacitación e instrucción de aspectos básicos de los comités de salud con la particularidad principal de promover la adquisición de conductas que favorezcan el desarrollo de una vida sana de la población con una corresponsabilidad del ciudadano por el mantenimiento de su propia salud. Para tal fin se formularon las siguientes interrogantes:

¿Cuáles han sido los factores u obstáculos que han intervenido en el funcionamiento de los comités de salud de la parroquia Caicara?

¿Por qué los Comités de Salud en Caicara del Orinoco no han logrado su inserción de manera efectiva en la red sanitaria?

¿Será la capacitación de sus integrantes pieza clave?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar el grado de conocimiento que poseen los integrantes de los comités de salud sobre sus funciones en la Parroquia Caicara del Estado Bolívar. Enero – Septiembre 2006

Objetivos Específicos

1. Caracterizar los integrantes de los Comités de Salud, según sexo, edad para su inserción en los respectivos comités.
2. Determinar el conocimiento que poseen los integrantes de los Comités de Salud sobre la existencia de funciones versadas en investigación, educación, gestoría y contraloría
3. Indagar el grado de conocimiento de los integrantes de los Comités de Salud sobre diagnóstico comunitario e Investigación de la realidad comunal y de salud.
4. Consultar sobre el grado de conocimiento de los integrantes de los comités de salud sobre: Planificación Participativa.
5.- Indagar sobre el grado de conocimiento que poseen los integrantes de los Comités de Salud sobre Contraloría Social.

Alcances y Limitaciones

Alcances

El alcance de una investigación versada sobre el grado de conocimiento que poseen los integrantes de los comités de salud sobre sus funciones en la Parroquia Caicara radica en la sustentación y puesta en práctica en el futuro de proyectos dirigidos al cambio de paradigma en la población sobre su propia salud y su corresponsabilidad en la misma, donde el cambio de estilos de vida para la prevención, el mejoramiento de la calidad de vida se constituyan en objetivos primordiales de atención.

Limitaciones

Las limitaciones presentes en la investigación están derivadas de las siguientes situaciones:

1. La escasez de material bibliográfico referente a los Comités de Salud debido al poco tiempo de su creación como uno de los objetivos principales de Barrio Adentro en Venezuela.

2. El contacto con la totalidad de los integrantes de los comités de salud fue complicado, debido a que muchos de ellos pertenecían también a otras organizaciones de tipo comunitario con funciones similares (alcanzar el bienestar de las comunidades). Para el momento de la aplicación del cuestionario se encontraban en proceso de adiestramiento.

Factibilidad

La realización de este trabajo de investigación se hizo posible en virtud de las características inmersas en la audiencia, una de ellas es que a pesar de los múltiples compromisos adquiridos por los integrantes de los Comités de Salud, siempre estuvieron dispuestos a colaborar, facilitaron información de suma importancia para el desenvolvimiento de cada una de las etapas de la investigación.

El contacto directo de la autora con los integrantes de los Comités de Salud proporcionó un clima de confianza, aspecto que facilitó la consecución del mismo.

Las limitaciones encontradas no minimizaron la realización final de la investigación.

C A P Í T U L O I I

MARCO TEÓRICO

En este capitulo se describen aspectos importantes que le dan respaldo a la investigación entre ellos: los antecedentes propios de la investigación, las bases teóricas y bases legales que sustentan y apoyan la existencia de los Comités de Salud.

Antecedentes

Desde la Declaración de Alma Ata, en todos los documentos posteriores relativos a la promoción de la salud se considera enormemente como un aspecto importante la participación en toda sus extensión, o mejor aún el compromiso de la comunidad como elemento fundamental en todas las acciones dirigidas a la mejora de la salud. La carta de Otawa no sólo la recoge sino que entre sus propuestas están el desarrollo de habilidades, el refuerzo de la acción comunitaria y las acciones de capacitación como refuerzo de las posibilidades de la comunidad para llevar a cabo sus funciones.

Todo indica que la necesidad de brindar conocimientos es una exigencia derivada del reconocimiento de que la salud constituye una variable social y por tal motivo se expresan en los documentos antes mencionados que debe existir en todos los niveles desde el estudio de la situación con determinación de las necesidades en salud, el establecimiento de prioridades, búsqueda de recursos, fijación de objetivos, métodos hasta la evaluación de las actividades, que permitan el logro de una mejor calidad de vida y salud de la población.

En cuanto a los estudios realizados se pueden mencionar los relacionados con los llamados Consejos de Salud descritos por Masarrasa y otros (2004). En Inglaterra y Gales los Consejos de Salud son explicados a través de los mecanismos de toma de decisiones. Creados en 1.974, surgen con un limitado pero real papel que han de desempeñar. Estos consejos presentaban limitaciones derivadas de unas funciones mal definidas, con una composición bien establecidas, con deficientes sistemas de selección de miembros (entre 18 y 23). No obstante, hacia 1.976-1980 tienen un gran impacto en la toma de decisiones, donde más de180 Consejos de Salud elaboraron 287 informes sobre servicios de salud y sus problemas.

También resume (Hastings, citado por Moreno, 2.004, p 436) una recopilación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la

participación ciudadana en la salud en ocho países europeos y Canadá. Destacan los casos de Finlandia e Italia, donde el Consejo de la Comunidad, es el responsable de todo lo concerniente a salud. En Italia su Consejo también es responsable de los servicios de salud. En ambos casos hay elecciones en los Consejos.

En España, la composición de los Consejos de Salud es variada. (De la Revilla y cols, 1989, citado por Moreno, 2004) analizaron el funcionamiento de los Consejos de Salud arrojando las siguientes características: que los mismos tienen reuniones mensuales y sus actividades son: a) informes del centro de salud; b) problemas planteados por la comunidad; c) demandas de la población al centro de salud. La actitud de la mayoría de los participantes de los consejos se considera muy participativa. Los profesionales estiman que han adquirido demasiado protagonismo, restándosele a la comunidad. Las conclusiones son: existen dificultades para la participación de la comunidad; que el papel protagonista de los técnicos ha coartado el protagonismo de la comunidad; que se han presentado problemas para los que no tenían solución y finalmente se considera una experiencia enriquecedora.

Otro estudio realizado en Alicante con Consejos de Salud señala que esta conformado por 24 personas, se reúnen mensualmente. En el 35% de

los temas no llegan a conclusiones, algunos se resuelven en el mismo Consejo. En el 54% restante se decide hacer algo y la acción recae en los profesionales. En lo antes mencionado, se observa dificultades para la participación comunitaria.

Antecedentes Locales

No se ubicaron estudios o investigaciones de ninguna naturaleza sobre funcionamiento de Comités de Salud ni de ninguna otra naturaleza en la Parroquia Caicara Del estado Bolívar, razón por la no se mencionan en la presente investigación.

Bases Teóricas

Comités de Salud y Generalidades

La figura de los Comités de Salud dio sus primeros pasos en el año 1992, más sin embargo, es partir de la nueva Constitución Bolivariana con su articulado referido a la participación ciudadana y al establecimiento del convenio Cuba-Venezuela cuando se le da una nueva orientación

organizativa de Participación Comunitaria en el Marco de la Misión Barrio Adentro.

Los Comités de Salud es una organización de base comunitaria que facilita la participación de la población en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud y calidad de vida.

Estas organizaciones surgen de la necesidad de cubrir la insuficiencia del sector salud para satisfacer adecuadamente los requerimientos de la población en cuanto a la asistencia médica, pues éstos se convertirían en voluntarios a tiempo parcial para poder defender su propia salud y la de los demás integrantes de su comunidad.

Dentro de los Comités de Salud la participación más completa es aquella que se manifiesta en la toma de decisiones, asumiendo que requiere convertirse en procesos dinámicos con grados que van desde la obtención de la información hasta la toma de decisiones; con un acceso real a esas decisiones que de una u otra forma les afecta, planteándose la delegación de responsabilidades en un esquema horizontal no vertical. Esto es básicamente el aspecto más elemental y preponderante que deben asumir y afrontar los integrantes de cada uno de los Comités de Salud, para ello debe empoderarse de la funcionalidad efectiva de las organizaciones comunales.

Misión de los Comités de Salud

La coordinación Nacional de Atención Primaria al editar una bibliografía sobre la creación de comités consideró necesario la inserción de la misión y la visión de los mismos. En cuanto a la misión señalan “Integrar a los miembros de las comunidades en torno al desarrollo de estrategias de Promoción de Salud y calidad de vida en la búsqueda de alternativas conque den respuestas a las necesidades sociales más urgentes en los territorios y en la interacción con los gobiernos municipales y regionales” (p.4).

Lo anterior, está centrado en la necesidad de brindarle a la población una herramienta para su desarrollo con una amplia visión de la realidad y sus posibles soluciones, son las herramientas necesarias que requiere el ciudadano y ciudadana común para el logro de una mejor calidad de vida, donde se tome en consideración cada uno de los elementos que inciden en el bienestar de la población.

Visión de los Comités de Salud

Ser una organización comunitaria líder y transformadora de nuestra realidad que brinde espacios de concertación, comunicación, fortalecimiento

del sentido de pertenencia en los grupos de base, que nos generen una cultura de convivencia, participación, justicia social y equidad que se articulen a procesos municipales, regionales, en función de un desarrollo humano sustentable.

Perfil de los integrantes de los Comités de Salud

El perfil de la persona que va a ingresar como miembro de un Comité de Salud debe tomarse en cuenta en función de que debe garantizar su inclinación hacia el logro de bienes colectivos por encima del bien personal. Debe expresar una serie de atributos compatibles con la disposición incondicional con el trabajo comunitario.

Para ello existen una serie de condiciones necesarias con miras a garantizar la conformación y la permanencia en el tiempo de éste tipo de organización comunal; entre ellas se mencionan:

.- Deseo y motivación de la gente a participar para promover la intervención de la ciudadanía en la búsqueda de respuestas a las necesidades sociales, al acceso de los servicios, al desarrollo de capacidades y habilidades, y a la toma de decisiones en la gestión municipal local.

.- El conocimiento de la problemática social donde acontece y se desarrolla la vida de los participantes, los mecanismos necesarios para afrontarla y dar respuestas, una metodología de trabajo definida.

.- Formación permanente y práctica explicita de una cultura democrática participativa como condición fundamental para posibilitar la participación dentro de las comunidades.

Funciones de los Comités de Salud

Antes de mencionar las funciones que deben ejercer los integrantes de los Comités de salud es importante señalar la existencia de una serie de componentes que le dan relevancia a éstos Comités. Entre ellos se encuentra: el componente Jurídico, el componente Organizativo, el componente de Información, el componente de Control y Vigilancia, el componente de Capacitación y Asesoría, Atención y Resolución de Quejas. Todos convergen dentro de las funciones a desglosar por los integrantes del comité y para lo cual deben recibir la debida capacitación de parte de los entes encargados y especializados en la materia, de tal manera que se garantice el buen desenvolvimiento de las actividades preventivas y de promoción en las comunidades.

Las funciones a ejercer por los integrantes de los comités de Salud están centradas en la organización de equipos de comisiones cada una con especificaciones claras sobre las tareas a cumplir. Entre ellas se encuentra:

1.Comisión de Contraloría Social: Se encarga de la vigilancia de la gestión pública de la Red de Atención Primaria. Establece acuerdos entre los gestores de la Salud Pública y los ciudadanos para una rendición de cuentas claras y transparentes mediante el flujo de información veraz y accesible.

Los contralores sociales deben conocer muy bien las instituciones de salud que se encuentran en su área de influencia de tal manera que maximice su aporte. Esto no significa que todos los miembros deban ser expertos en la materia de control, pero sí el grupo de personas que aceptó estar inmersa, debe iniciar un proceso de capacitación.

2.Comisión de apoyo y solidaridad: Su función es identificar personas y/o familias que presenten problemáticas socio-económicas, que por su complejidad pongan en riesgo su salud-vida y que por esa condición ameriten ser atendidas por las instituciones del Estado.

Dentro de ésta comisión se ubica el conocimiento de la situación comunal porque contiene los elementos básicos para conocer las

condiciones de la situación comunal y la situación de salud, aspectos importantes dirigidos a canalizar las demandas de la población en cuanto a las necesidades de salud se refiere.

3.Comisión de relaciones interinstitucionales: Encargada de establecer las articulaciones con las diferentes instituciones, Misiones y/o programas sociales para desarrollar los proyectos o planes de acción determinados por las comunidades en base a la realización de Diagnóstico participativo dentro de su entorno.

Tomando en consideración el problema de ésta investigación la autora consideró que la utilización de éste aspecto tenía preponderancia en la búsqueda de alianzas estratégicas para desarrollar la capacitación e incrementar los conocimientos, habilidades y destrezas que requieren los integrantes de los Comités de salud.

4. Comisión para la organización y participación comunitaria: Es la encargada de impulsar la participación colectiva de los ciudadanos apegadas a la Constitución Bolivariana de Venezuela.

5. Comisión de educación para la salud y calidad de vida: Está dirigida a dos líneas fundamentales. Una se orienta a la Promoción de la salud en el

fortalecimiento de los factores protectores para mejorar las condiciones y capacidades de respuesta de los individuos ante situaciones adversas del medio ambiente y fortalecimiento de la organización social. Y la otra se orienta a la prevención de riesgos para identificar personas que tienen una historia genética, conductas personales o historia familiar que los coloca en un mayor riesgo de desarrollar enfermedades graves.

6. Comisión de Epidemiología no convencional: Se encargará de recolectar la información epidemiológica que se produce en las comunidades y que no son registradas por los establecimientos. Esta comisión debe establecer contacto directo con cada uno de los habitantes de las comunidades, de tal manera que le permita identificar los riesgos de salud o posibles enfermedades.

Dentro de ésta comisión están mencionadas las funciones que rigen la recolección de información sobre la morbi-mortalidad que se presenta en las comunidades y en consecuencia permite la realización de intervenciones de acuerdo a la mayor incidencia de forma eficaz. Para ello, se requiere de forma inmediata la implementación de estrategias que minimicen los obstáculos que influyen en una adecuada participación ciudadana que este dirigida a la protección de su propia salud y la del colectivo como aspecto fundamental.

Participación Comunitaria

La participación no es un concepto único, estable y referido sólo a lo político. Se habla de participación cuando la gente: asiste a reuniones, cuando sale a la calle a manifestar a favor o en contra de algo, cuando votan en los procesos electorales, cuando ejecutan determinadas tareas tales como: jornada de vacunación u otra campaña. Todas son sin duda alguna, formas de participación, más sin embargo, la principal forma de participación es la toma de decisiones que les afecte e involucre a otros y en el control, ejecución y mantenimiento en el tiempo de medidas adoptadas; en el marco de una democracia participativa y protagónica en consecuencia la participación debe estar presentes en todos los procesos.

La participación social requiere de una direccionalidad horizontal donde predomine el consenso. Implica un largo proceso de aprendizaje que conlleva una lenta transformación cultural dentro de las comunidades y, por lo tanto, sus frutos nunca se ven de manera inmediata. De allí, que sea necesario el apoyo de las propias fuerzas colectivas y la experiencia acumulada para elevar la conciencia ciudadana y al mismo tiempo contribuir a que la comunidad incremente su capacidad resolutiva ante las necesidades reales de un determinado territorio social con miras a alcanzar el bienestar social.

La Participación Comunitaria de la Organización Mundial de la Salud

Para la Organización Mundial de la salud (OMS) según lo expresa Masarrasa y otros (2.004), “el asunto de la participación comunitaria en la salud está claro, resultando una cuestión claro desde hace tiempo”. Así aparece en numerosos documentos tales como la Declaración de Alma Ata, el programa Salud para Todos en el Año 2.000, los postulados sobre Atención Primaria de Salud, diversas reuniones sobre estilos de vida, comportamiento, educación para la salud o sobre formación del personal de salud. p.423

La OMS ha identificado tres formas de interpretar y de enfocar la participación, siendo éstas las siguientes:

1. La participación como colaboración o contribución: significa que “la gente voluntariamente o como resultado de un incentivo persuasivo acuerda colaborar con un proyecto de desarrollo determinado externamente, a menudo contribuyendo con su trabajo y otros recursos a cambio de un beneficio esperado. Kahssay et al (1999). En esta forma de entender participación se la visualiza tanto como un insumo y como un medio para asegurar el éxito del proyecto.

2. La participación como una meta específica de los beneficios del proyecto: Esta forma de participación es dada cuando grupos previamente excluidos son focalizados como beneficiarios, tomando en consideración sus perspectivas de desarrollo del bienestar individual y grupal.

3. La participación como empoderamiento, donde el término, puede tener dos diferentes significados:

- Comprendido como el desarrollo de habilidades y conocimientos para facilitarle a la gente el manejo de los sistemas de desarrollo existentes en su población de una mejor forma y así tener algo que señalar con respecto a lo que se hace; empoderamiento entendido como construcción de capacidades.

- Como una política fundamental que le permite a la gente decidir sobre situaciones comunales y tomar acciones que ellos creen son esenciales para su propio desarrollo; por ejemplo un aumento en el poder político, económico, técnico, o intelectual en gente previamente sin poder o marginada.

Como una política fundamental que le permite a la gente decidir sobre situaciones comunales y tomar acciones que ellos creen son esenciales para

su propio desarrollo; por ejemplo un aumento en el poder político, económico, técnico, o intelectual en gente previamente sin poder o marginada.

La Declaración de Alma Ata y la Participación Comunitaria en la Salud

La Declaración de Alma Ata de 1.978 (XXX Asamblea, 1.977), sensible a la evolución histórica y a la situación actual, pone el énfasis en las desigualdades en la salud y en la participación ciudadana en un intento serio de resolución de los problemas de salud de cientos de millones de personas que padecen unos niveles sanitarios y de recursos inaceptables. Define la participación comunitaria como el conjunto de procesos por lo que las personas y las familias asumen responsabilidades para con su propia salud y bienestar y para los de la comunidad.

Barreras de la Participación

Existen una serie de barreras que se presenta en el momento de lograr la participación de la ciudadanía en la resolución de sus problemas. Así Haiman y otros (2.006) plantean las siguientes barreras:

1. Escepticismo y apatía: Profunda desconfianza ciudadana respecto a las bondades de su participación. La gente, expresa el autor, está cansada de promesas incumplidas y ha optado por crear una cultura de oposición permanente.

2. Cultura clientelar y de otorgamiento de favores: Se debe vencer la cultura paternalista del estado repartidor de dádivas, de tal manera que genere la convicción de que es a través de la organización y participación del pueblo como se logre derrotar la pobreza y edifica una sociedad libre, justo y de iguales.

3. Burocratismo: El burocratismo visto como aquello que bloquea o impiden el logro de las metas de una administración, tiende a multiplicar las instancias y exigencias para solucionar los problemas de la gente.

4. Verticalismo: Se pretende bajar líneas de acción sin consultar con las comunidades, anulando así la iniciativa de las masas. Por otra, parte los líderes comunitarios, comúnmente utilizan el miedo para imponer su visión de las cosas.

5. Escasez de tiempo: Se debe tener claro que la participación necesita tiempo, esto implica que las metas deben tener plazos considerables

favoreciendo la finalización exitosa de cada uno de los procesos participativos.

6. Incapacidad de escuchar: En ocasiones las reuniones poco productivas se convierten en diálogos de sordo; los argumentos de unos pretenden ser impuestos a los demás sin que las partes logren ponerse de acuerdo para escucharse.

7. Intolerancia: Es habitual que en las reuniones surjan posiciones antagónicas, discrepancias de opiniones y divergencias de fondo y forma. No todos pensamos igual, no todos vemos los problemas desde un mismo punto de vista.

8. Desconfianza en el pueblo: Hay dirigentes que no confían en el pueblo, que consideran que dedicar horas a conversar con la gente es pérdida de tiempo. Cuando en realidad el pueblo tiene la capacidad creadora, la capacidad establecer ideas importantes para la resolución de problemas.

9. Improvisación de los funcionarios de gobierno: Los funcionarios de gobierno suelen aproximarse a las comunidades con una precaria preparación para ello. Las organizaciones de base y los líderes comunitarios son muy sensibles cuando descubren las improvisaciones.

10. El espontaneismo de la Comunidad: Es una práctica comunitaria sin definición de objetivos, sin centrar esfuerzos, sin identificar los ámbitos reales de desarrollo. Los esfuerzos se dispersan en un afán de la acción por la acción.

11. El asambleísmo: Aún cuando las grandes asambleas aparecen como un espacio ideal de participación de mucha gente, no necesariamente lo son. Reuniones con una gran asistencia y falta de preparación puede convertirse en el lugar ideal para la manipulación.

La participación como proceso social se fortalece con el conocimiento y puesta en práctica de las herramientas legales y teóricos, al respecto se han establecidos lineamientos dirigidos al fortalecimiento de los ciudadanos en su capacidad para transmitir conocimientos a grupos poblacionales en situación de riesgo. En este sentido, se pueden hacer mención los proyectos educativos dirigidos a establecer cambios aptitudinales y actitudinales como el dirigido a los comités de salud.

Proyecto educativo dirigido a los Comités de Salud: Este es un proyecto que fue elaborado por la Lic. Milagros Rivero de Muñoz, quien cumple funciones de Coordinadora Distrital de promoción Social Y Participación Comunitaria. El mismo fue diseñado en virtud de la necesidad

de establecer lineamientos concretos para brindarle una capacitación a los integrantes de los Comités de Salud y en función de que la participación es un proceso social que se fortalece con el conocimiento y puesta en práctica de las herramientas legales que se expresan como un derecho de todos los ciudadanos y ciudadanas y la comunidad en general. (Ver anexo 2)

Bases Legales

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, al establecer los medios generales de participación política y social, prevé en su artículo 70, una norma programática sobre el desarrollo de estos medios. Efectivamente el artículo 70 de la Constitución Nacional dice:

> **Artículo 70:** " Son medios de participación y protagonismo del pueblo en ejercicio de su soberanía, en lo político: la elección de cargos públicos, el referendo, la consulta popular, la revocación del mandato, las iniciativas legislativa, constitucional y constituyente, el cabildo abierto y la asamblea de ciudadanos y ciudadanas cuyas decisiones serán de carácter vinculante, entre otros; y en lo social y económico: las instancias de atención ciudadana, la autogestión, la cogestión, las cooperativas… guiadas por los valores de la mutua cooperación y la solidaridad".

Todos estos fines que prosigue la Ley están en íntima conexión con los principios rectores de la participación que la Ley establece.

La existencia del derecho de todos los ciudadanos, ciudadanas y de todas las comunidades que además se puede ver como un principio de organización para el Estado imprimen en consecuencia la existencia de un marco constitucional de carácter participativo expresado básicamente en los artículos 62, 173 y 184. Son muchos los artículos que hacen alusión a la participación del ciudadano.

> **Artículo 62:** "Todos los ciudadanos y ciudadanas tienen el derecho de participar libremente en los asuntos públicos, directamente o por medio de sus representantes elegidos o elegidas.
> La participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública es el medio necesario para lograr el protagonismo que garantice su completo desarrollo, tanto individual como colectivo. Es obligación del estado y deber de la sociedad facilitar la generación de las condiciones más favorables para su práctica".

En el artículo 184 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela se plantea la necesaria creación de mecanismos abiertos y flexibles para que los estados y los Municipios descentralicen y transfieran a las comunidades y grupos vecinales organizados los servicios que éstos gestionen previa demostración de su capacidad para prestarlos. Así en lo siguientes numerales se establece y se desglosa la importancia de las organizaciones comunales para alcanzar un bienestar colectivo de todas aquellas personas incluidas en sus respectivas áreas de influencia.

> **Ordinal 1.** "La transferencia de servicios en materia de salud, educación, vivienda, deporte, cultura, programas sociales, ambiente…y prestación de servicios públicos. A tal efecto, podrán establecer convenios cuyos contenidos estarán orientados por los principios de interdependencia, coordinación, cooperación y corresponsabilidad".

En la medida que las organizaciones comunales, en éste caso específico, los Comités de Salud posean un adecuado manejo de los asuntos sociales y saberes de salud, en esa misma medida estarán en la capacidad de exigir lo plasmado en la Constitución. Todo ello influirá en un mejor desempeño dentro de las comunidades.

Otro de los artículos importantes lo constituye el artículo 84 que menciona la creación por parte del estado de un sistema Público Nacional de Salud. Éste es un sistema que garantiza a los ciudadanos por objetos de atención a su conversión en sujetos activos y conscientes asumiendo un rol protagónico en la toma de decisiones que tienen que ver con la salud.

Es importante destacar que de los 350 artículos expresados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 170 están relacionados directa o indirectamente con la participación del ciudadano. Allí, se deja entrever la importancia de cada una de las personas en la toma de decisiones en los asuntos públicos y sobre manera dentro de cada una de las

comunidades como se entrelazan la toma de decisiones y su injerencia en la salud y calidad de vida de la población venezolana.

Como otra base legal se menciona el Plan Estratégico Social (PES) que constituye una herramienta que orienta y organiza la política nacional de salud y desarrollo social puesto en marcha por el Ministerio de Salud con el propósito de hacer efectivas las disposiciones de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (MSDS,2.001). El PES, plantea cambios en las formas de ejercer la participación, donde hay una nueva relación con el estado, se expresa que lo público es asumido por la gente y por el estado en forma corresponsable.

Proyecto de Ley Orgánica de Participación Ciudadana

El título I establece el objeto general de la Ley, que es básicamente el desarrollo de principios constitucionales, como lo son el establecimiento de mecanismos directos de participación ciudadana, en un esquema de democracia participativa y protagónica, fundamentada la participación en el derecho que tienen todos los ciudadanos venezolanos en tomar parte con plena libertad en la formación, ejecución y control de los asuntos de gestión

pública, para colmar el protagonismo necesario que garantice el pleno desarrollo, tanto individual como colectivo de los medios institucionales de participación ciudadana, y por eso se explica que tanto el Estado como la sociedad tienen el deber de fomentar y crear un ambiente favorable que permita la práctica ciudadana de la participación.

El Capítulo II " De la Educación para la Participación", desarrolla lo previsto en el artículo 102 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, respecto a la obligación de parte del Estado de establecer en los programas y contenidos del sistema educativo formal, o en programas de educación comunitaria, el tema de la educación y la participación ciudadana, al igual que en la legislación nacional o municipal en materia educativa se establece también dicha obligación, considerando la educación ciudadana para la participación tema de altísimo interés nacional.

A través de lo establecido en el marco legal señalado se da respaldo a la participación ciudadana y se garantiza a todos los ciudadanos u ciudadanas del territorio nacional la transformación estructural de las condiciones de calidad de vida de toda la población.

C A P I T U L O I I I

METODOLOGÍA

En este capítulo se ubica la explicación detallada y pormenorizada del proceso que se seguirá para la ejecución de la investigación, incluye: tipo de investigación, población, operacionalización de variables y construcción del instrumento.

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio observacional en función de los objetivos y el problema planteado y a que la autora tuvo contacto directo con la población en estudio para la obtención de información en el área de influencia de cada uno de los Comités conformado en la Parroquia Caicara; fue un estudio de tipo descriptivo porque permitió analizar las funciones y observar las actividades que realizaban los integrantes, así mismo se logró visualizar las áreas críticas que afectaban el funcionamiento; y al mismo tiempo fue un estudio de corte transversal porque se realizó en la Parroquia Caicara dentro de la red sanitaria del Distrito V. Municipio "Gral. Manuel Cedeño del Estado Bolívar, durante el período Enero-Septiembre del año 2.006.

Definición de Variables.

Las variables inmersas en el estudio se relacionaron a fin de indicar los resultados. Las variables observadas son las siguientes:

1. Aspectos Personales: A través de esta variable se recaudó informaciones tendientes a conocer los aspectos personales: edad y sexo de los individuos que conformaban los Comités de Salud. Estos aspectos contribuyeron a visualizar la relación de las condiciones personales que se encontraban presentes entre los integrantes de los Comités de Salud.

2. Aspectos cognoscitivos: Se consideró esta variable en función de la localización de información sobre el conocimiento que poseen los integrantes de los Comités de Salud acerca de sus funciones. Se abordó aspectos sobre diagnóstico comunitario, investigación sobre la realidad comunal y de salud, planificación participativa, capacitación y contraloría social

Operacionalización de las Variables

Para la elaboración de los instrumentos se hizo necesario operacionalizar las variables, obteniendo como resultado los siguientes:

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADORES
		ESCALA	DESCRIPCIÓN	
Sexo	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Según género	% de integrantes de Comités de salud de sexo femenino. % de integrantes de Comités de Salud de sexo masculino
Edad	Cuantitativa discreta	De 18 a 25 años De 26 a 30 años De 31 a 35 años De 36 a 40 años De 41 a 45 años De 46 y más	Según grupo de edad	% de integrantes de Comités de salud 18 a 25 años % de integrantes de Comités de salud 26 a 30 años. % de integrantes de Comités de salud 31 a 35 años. % de integrantes de Comités de salud 36 a 40 años % de integrantes de Comités de salud 41 a 45 años % de integrantes de Comités de salud 46 y más años
Def. de Comité de salud	Cualitativa nominal	Define correctamente No define Correctamente	a.Org. de base comunitaria. b..Org. con fines de lucro c.Org. Institucional d. Ninguna de las anteriores	% de integrantes de Comités de salud que definen correctamente el término. % de integrantes de Comités de salud que no definen correctamente el término.

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADORES
		ESCALA	DESCRIPCIÓN	
Conocimiento de existencia de otros Comités de Salud en la Parroquia Caicara	Cuantitativa nominal	Conoce más de tres. Conoce menos de tres	a. Conoce la existencia de un comité de salud. b. Conoce la existencia de dos comités de salud. c. Conoce la existencia de tres comités de salud d. Conoce la existencia de más de tres comités de salud.	.% de integrantes de que conocen la existencia de más de tres Comités de Salud. % de integrantes de que conocen menos de tres Comités de Salud
Conocimiento de las funciones de: Investigación, Educación, Gestión y Contraloría	Cuantitativa nominal	Si conoce No conoce	Funciones generales: a. Educativa b, Contraloría social c. Gestora d. Investigación	.% de integrantes que conocen funciones a ejercer dentro de los Comités de Salud. % de integrantes que no conocen funciones a ejercer dentro de los Comités de Salud

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADORES
		ESCALA	DESCRIPCIÓN	
Grado de conocimiento de los integrantes de los Comités de salud sobre Diagnóstico comunitario	Cualitativa Nominal	Alto: Si conoce todas las alternativas Mediano: Si conoce dos o tres alternativas Bajo: Si conoce una alternativa	a. Detección de problemas y necesidades comunales b. Priorización de problemas comunales c. Delimitación de áreas de influencia d. Identificación de necesidades de empleo, vivienda, otros e. Todas las anteriores f. Ninguna de las anteriores	% de integrantes con alto grado de conocimiento sobre diagnóstico comunitario % de integrantes con mediano grado de conocimiento sobre diagnóstico comunitario % de integrantes de Comités de salud con bajo grado de conocimiento sobre diagnóstico comunitario
Grado de conocimiento de los integrantes de los Comités de salud sobre Investigación de la realidad comunal	Cualitativa Nominal	Alto: Si responde todas las preguntas Mediano: Si responde dos o tres preguntas Bajo: Si responde una respuesta	a. Detecta líderes, informantes claves y otras fuentes de información. b. Ha realizado visitas y/o reuniones a fin de determinar probl. comunitarios. c- Identifica la estructura de una organización social, establec de salud, instit. públicas y privadas d. Identifica factores de riesgos. e. Analiza el medio ambiente	% de integrantes con alto grado de conocimiento sobre Investigación de la realidad comunitaria % de integrantes con mediano grado de conocimiento sobre Investigación de la realidad comunitaria % de integrantes de Comités de salud con bajo grado de conocimiento sobre Investigación de la realidad comunitaria

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADORES
		ESCALA	DESCRIPCIÓN	
Grado de conocimiento de los integrantes de los comités de salud sobre: situación de salud	Cualitativa Nominal	Alto: Si responde todas las preguntas Mediano: Si responde dos o tres preguntas Bajo: Si responde una respuesta	a. Sabe sobre formulación, implementación, ejecución y evaluación de proyectos. b. Prepara cronogramas de actividades. c. Sabe establecer responsabilidades. d. Conoce sobre Planif. Participativa	% de integrantes con alto grado de conocimiento sobre situación de salud % de integrantes con mediano grado de conocimiento sobre situación de salud % de integrantes con bajo grado de conocimiento sobre situación de salud.
Nivel de conocimiento de los integrantes de los comités de salud sobre: Planificación Participativa	Cualitativa Nominal	Alto: Si responde todas las preguntas Mediano: Si responde dos o tres preguntas Bajo: Si responde una	a.- Sabe sobre formulación, implementación, ejecución y evaluación de proyectos. b.- Prepara cronogramas de actividades. c.- Sabe establecer responsabilidades. d.- Conoce sobre Planif. Participativa	% de integrantes con alto grado de conocimiento sobre Planificación Participativa. % de integrantes con bajo grado de conocimiento sobre Planificación Participativa

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADORES
		ESCALA	DESCRIPCIÓN	
Nivel de conocimiento de los integrantes de los comités de salud sobre: Desarrollo de Capacitación	Cualitativa Nominal	Alto: Si responde todas las preguntas Mediano: Si responde dos o tres preguntas Bajo: Si responde una respuesta	a. Analiza las necesidades de capacitación con el diagnóstico. b. Proporciona datos de importancia para direccionar la capacitación. c. Identifica redes y/o alianzas que se pueden establecer en los servicios y comunidades para desarrollar la capacitación	% de integrantes con alto grado de conocimiento sobre desarrollo de la Capacitación. % de integrantes con mediano grado de conocimiento sobre desarrollo de la Capacitación. % de integrantes con bajo grado de conocimiento sobre desarrollo de la Capacitación
Nivel de conocimiento de los integrantes de los comités de salud sobre: fortalecimiento de los Comités	Cualitativa Nominal	Alto: Si responde todas las preguntas Mediano: Si responde dos o tres preguntas Bajo: Si responde una respuesta	a. Tiene claro los propósitos que persigue. b. Identifica los problemas internos del Comité. c. Analiza las debilidades y fortalezas del Comité. d. Adopta estrategias de solución a los problemas identificados	% de integrantes con alto grado de conocimiento para el fortalecimiento de los comités. % de integrantes con mediano grado de conocimiento para el fortalecimiento de los Comités. % de integrantes con bajo grado de conocimiento para el fortalecimiento de los Comités.

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADORES
		ESCALA	DESCRIPCIÓN	
Nivel de conocimientos sobre Contraloría Social	Cualitativa Nominal	Alto: Si responde todas las preguntas. Mediano: Si responde dos o tres preguntas Bajo: Si responde una respuesta	a.- Vigilancia de la atención en los Centros de Salud b,.Participación en la rendición de cuentas c.- Flujo de información transparente y oportuna d.- Todas las anteriores 5.- No sabe	% de integrantes con alto grado de cocimiento sobre Contraloría Social. % de integrantes con alto grado de conocimientos sobre Contraloría Social.

Población y Muestra

Para fines de esta investigación se escogió como población objeto de estudio los seis (6) comités de salud conformados en la Parroquia Caicara, cada uno con un número de integrantes que oscilan entre diez (10) y quince (15) personas, para un total de noventa (96) personas. Distribuidos de la siguiente manera: dos (2) ubicados en los Ambulatorios Urbanos Chaguaramal y Rómulo Gallegos y otros cuatro (4) conformados en los barrios “La Corobita”, “Manuel Centurión”, “Barrio caracas” y “Cruz Verde”. (ver anexo 3)

La población en estudio, por su tamaño presenta condiciones que permiten consultarla en su totalidad sin la necesidad de seleccionar una muestra representativa y las características que presenta son las siguientes:

1.- Es homogénea, de acuerdo a las funciones a ejercer, al tipo de audiencia atendida y en atención a que enfrentan la misma problemática social.

2.- Es heterogénea desde el punto de vista de formación. Así como en edad, sexo y área geográfica donde se desempeña.

3.- Entorno geográfico: La investigación es extensiva a todos los comités de salud que se encuentran ubicados en la parroquia Caicara.

Técnicas de Recolección de Datos

Para la recolección de la información se revisaron fuentes primarias, es decir, se hizo una investigación de documentos bibliográficos y se utilizó como fuentes secundarias la elaboración de un cuestionario destinado a recabar información importante en los integrantes de los Comités de Salud.

El cuestionario, como instrumento elaborado para llevar a cabo la investigación, fue sujeto de una validación, para ello se aplicó una prueba piloto a una muestra representativa de la población objeto de estudio, actividad previa a la aplicación del instrumento definitivo. Este instrumento permitió precisar la confiabilidad para la recolección de la información requerida para concretar la investigación y asi corregir aspectos del instrumento que pudieran no estar lo suficientemente claros. Se adapta básicamente a las características del problema planteado en virtud de haberse diseñado de acuerdo a los fines del estudio, cuenta con el establecimiento de preguntas con dos, cuatro y cinco alternativas y preguntas abiertas a fin de recolectar opiniones de los miembros

integrantes de los comités de salud. (Ver anexo 5)

El instrumento fue aplicado directamente por la autora a cada uno de los integrantes de los Comités de Salud, previa participación y anuencia de los mismos.

Técnica de Análisis de Datos

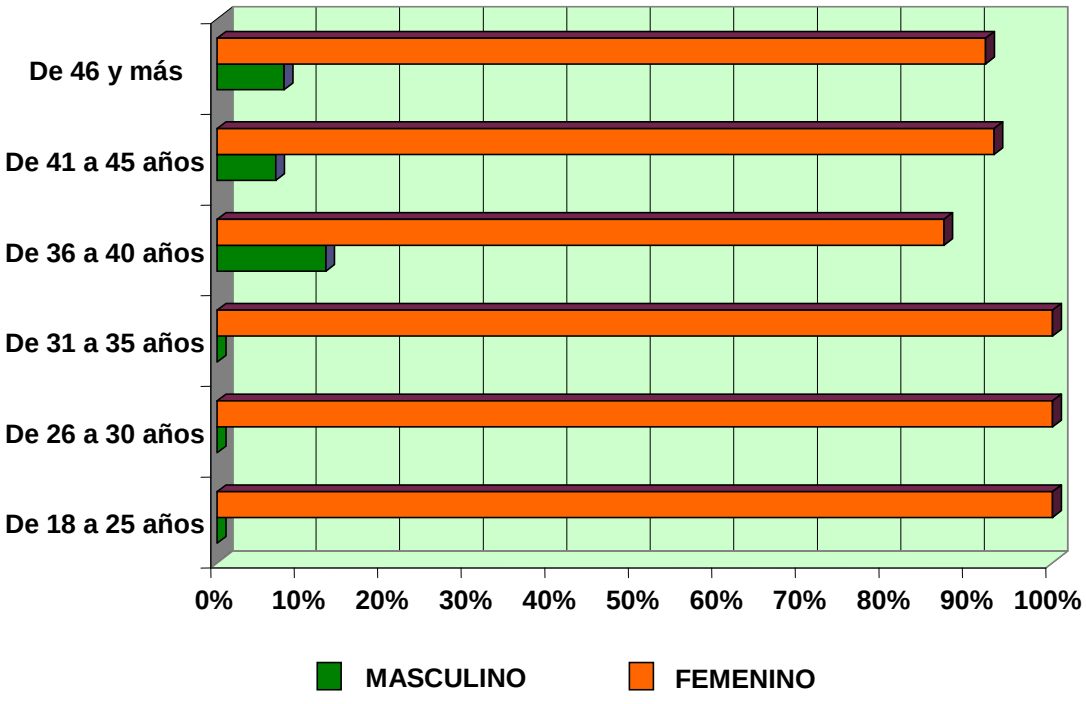
En esta investigación se utilizó el análisis de tipo porcentual o cuantitativo, ajustado a los resultados que se obtuvieron de la aplicación del instrumento, lo que permitió realizar inferencias o generalizaciones en función de los integrantes de los Comités de salud encuestados. Los resultados obtenidos se presentarán a través de gráficos con una distribución de porcentajes que permite y facilita su posterior interpretación.

C A P Í T U L O I V

ANÁLISIS DE RESULTADOS

GRAFICO 1

DISTRIBUCIÒN DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SEGÙN EDAD Y SEXO. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BLÍVAR. ENERO-SEPTIEMBRE. AÑO 2006



FUENTE: Cuadro 1. (Ver anexo 4)

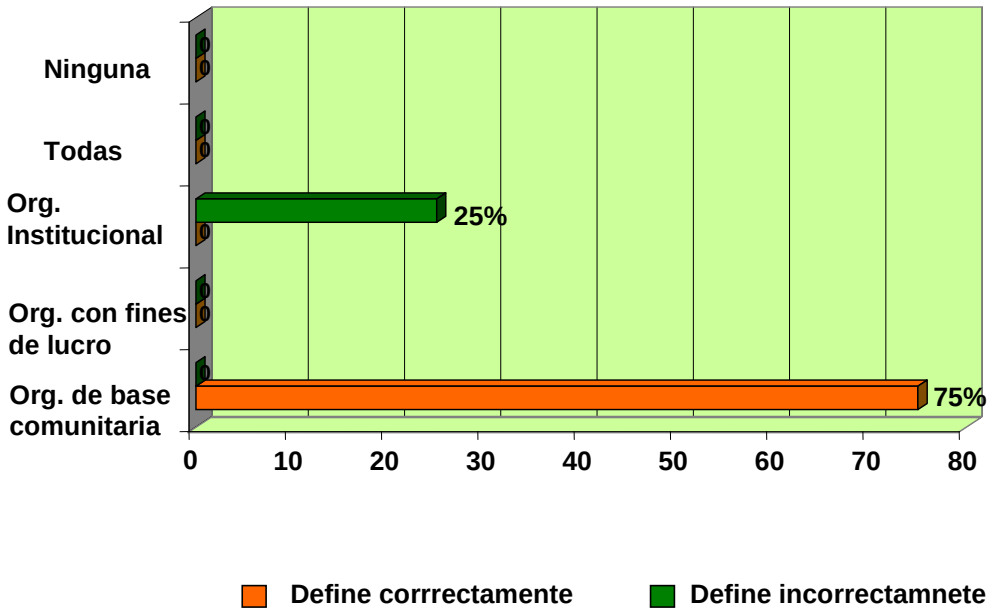
Los datos reflejados en el gráfico demuestran que existe igualdad de porcentaje respecto al sexo en las edades que oscilan entre los 18 y 25 años, 26 y 30 años y 31 a 35 años, en todas ellas se presenta el sexo femenino con un 100%. En éste grupo de edad de los integrantes de Comités de Salud no se presenta la participación del sexo masculino. Sólo después de los 36 años se encuentra inmerso el sexo masculino y aún con porcentajes por debajo del 13%.

Se desglosa, en consecuencia que a mayor edad del sexo masculino mayor es la participación. Tal vez se deba a que el ser humano en esta edad adulta posee criterios bien establecidos, con una maduración intelectual y afectiva que le permite demostrar la necesidad de poseer conocimientos sobre determinadas áreas de salud y su consecuencia en el individuo, adquisición de valor fundamental en el proceso de su perfeccionamiento como ser humano.

Sin embargo; en la actualidad, la equidad de género con respecto a la participación no se ha concretado firmemente, ya que se puede inferir tal como se muestra en el cuadro que la mayor parte de las responsabilidades relacionadas con la educación y orientación versadas en promoción y prevención aún son asumidas por la mujer.

GRÁFICO 2

**CONOCIMIENTO DE LA DEFINICIÓN DE COMITÉ DE SALUD.
PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR.
ENERO- SEPTIEMBRE. AÑO 2006.**



Fuente: Cuadro 2. (Ver anexo 4)

Este gráfico muestra que el 75% de la población encuestada maneja correctamente la definición de Comités de Salud, mientras que un 25% expresó el concepto sólo como instrumento de tipo institucional.

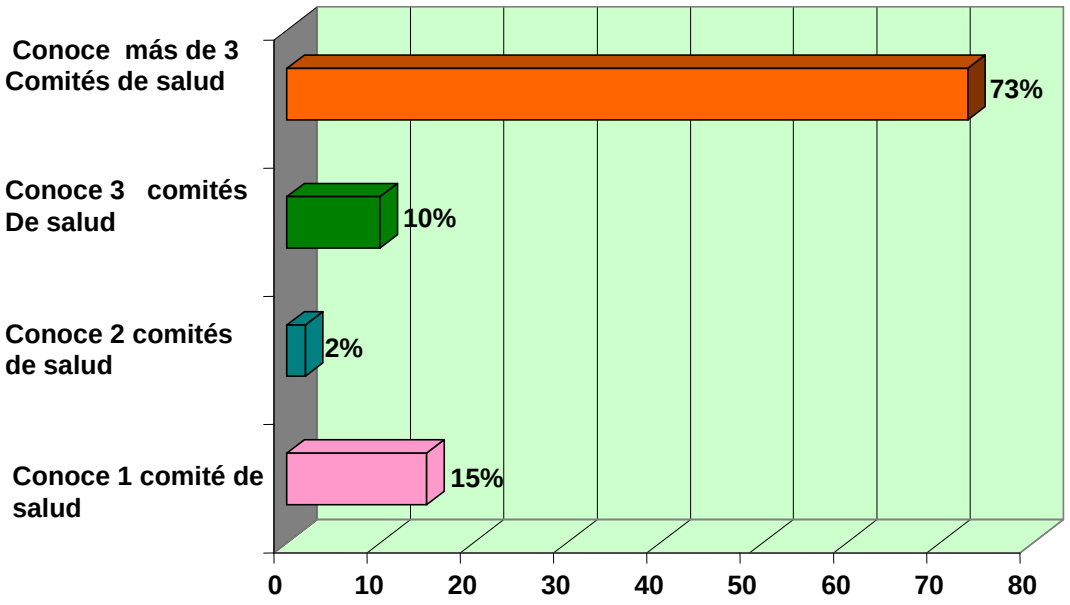
Al ubicar la definición de los Comités de Salud se encuentra que es catalogada como una organización de base comunitaria que facilita la participación de la población en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud y calidad de vida en cada una de las regiones del ámbito nacional. Conocer y manejar correctamente la definición de Comités de Salud es una tarea de suprema importancia en sus integrantes que garantiza el empoderamiento hacia las funciones que deberá asumir.

En atención a los datos recabados se expresa en consecuencia, el predominio de un porcentaje significativo de integrantes de Comités de Salud que poseen un conocimiento general y correcto sobre la organización a la que pertenecen.

Todo ello conduce a inducir que los encuestados han internalizado el conocimiento de su ámbito de acción en función de la puesta en marcha de la participación social en sus distintas comunidades desde la perspectiva de un ciudadano activo que tiene ingerencia en las políticas públicas del país: expresándolo a través de los Comités de Salud.

GRÁFICO 3

CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE OTROS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTIEMBRE. AÑO 2006.

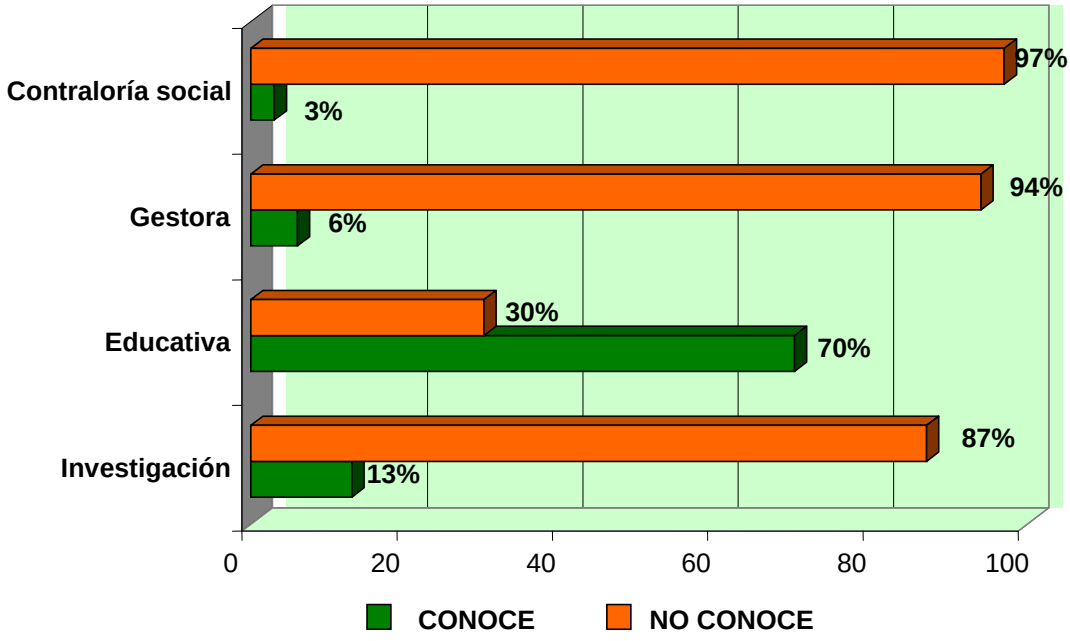


Fuente: Cuadro 3. (Ver anexo 4)

El gráfico muestra que el 73% de la población encuestada conocen de la existencia de más de tres comités de salud conformados en la Parroquia Caicara. Mientras que un 27% manifestó conocer menos de tres de ellos. Los datos permiten inferir que la mayoría de los integrantes de los Comités de Salud en alguna ocasión compartieron con otros miembros, lo que contribuye al establecimiento de relaciones interpersonales e intercambio de experiencias significativas entre sus integrantes.

GRÁFICO 4

CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES GENERALES DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTIEMBRE. AÑO 2006.

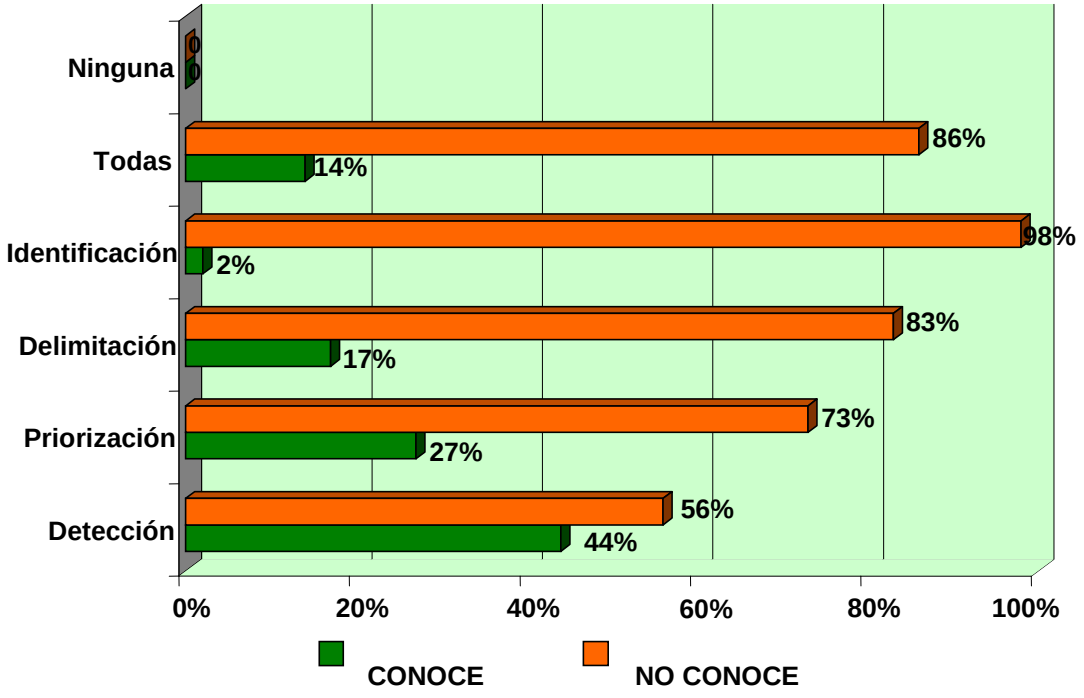


Fuente: Cuadro 4. (Ver anexo 4)

El gráfico muestra que un 70% de la población encuestada manifiesta conocer como función de los Comités de Salud la educativa y al sumar un 21% señaló otras funciones. Los Comités de Salud poseen múltiples funciones y cada participante asume una determinada comisión de trabajo. Lo que permite inferir de acuerdo a los resultados que los miembros de los Comités no tienen claro las funciones que deben ejercer, produciéndose un desfase entre los lineamientos a seguir por los integrantes.

GRÁFICO 5

CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE DIAGNÓSTICO COMUNITARIO. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTIEMBRE. AÑO 2006.

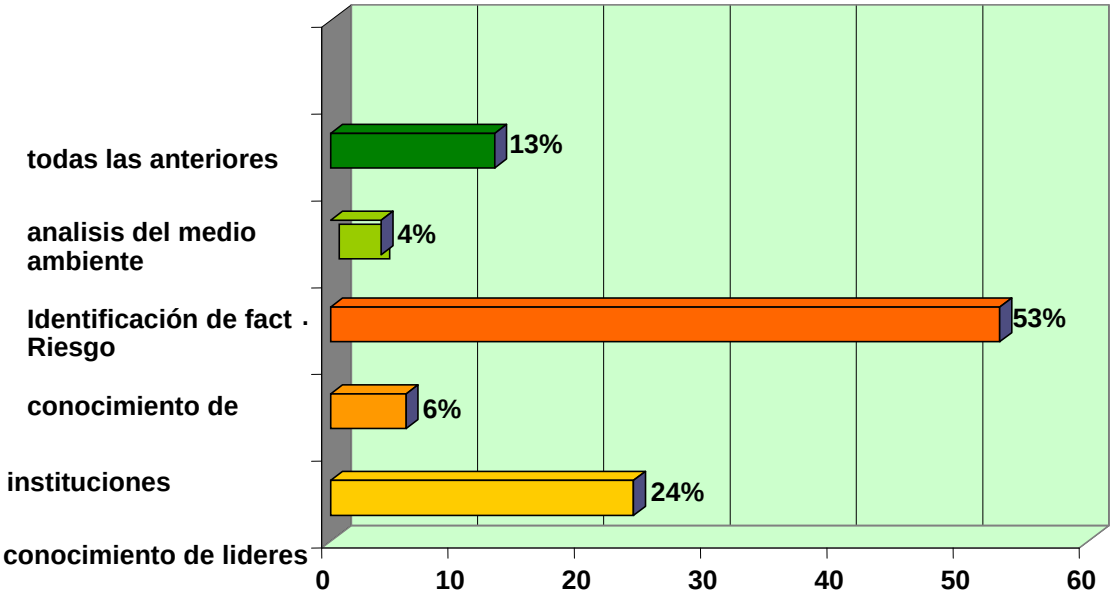


Fuente: Cuadro 5. (Ver anexo 4)

El gráfico muestra que el 44% de los integrantes de los Comités de Salud expresó que el diagnóstico comunitario se realiza a través de la detección de problemas y necesidades; mientras que sólo un 14% de ellos consideró que deben estar inmersas todas las alternativas descritas. En consecuencia, los integrantes de los Comités de Salud carecen de información completa para el establecimiento del ejercicio de las funciones.

GRÁFICO 6

CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE INVESTIGACIÓN DE LA REALIDAD COMUNAL. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVARENERO – SEPTIEMBRE. AÑO 2006.

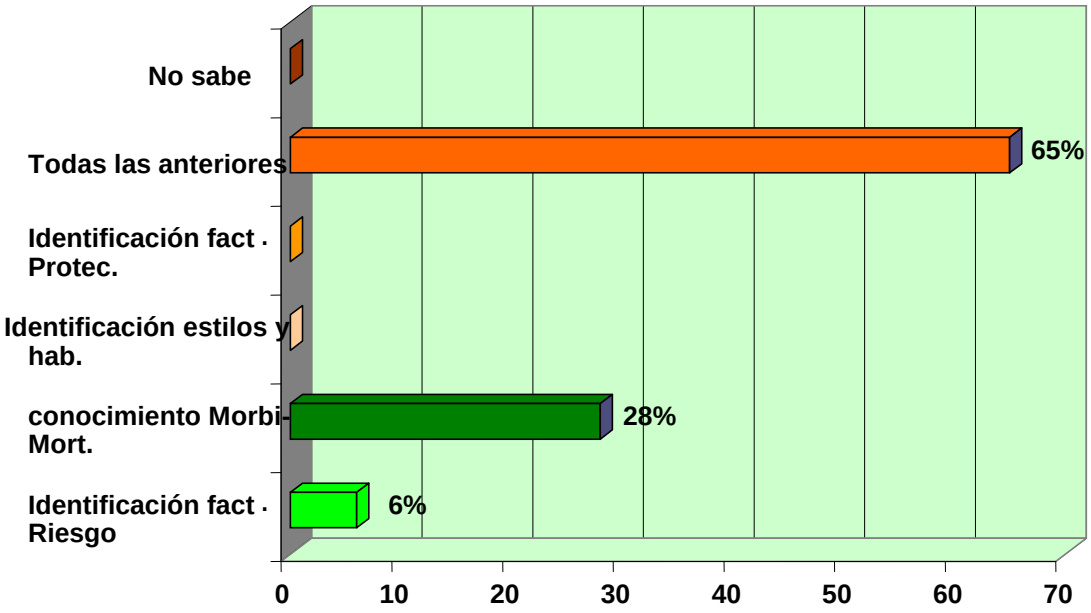


Fuente: Cuadro Nº 6. (Ver anexo 4)

El gráfico muestra que el 53% de la población encuestada manifiesta que en la investigación de la realidad comunal es importante la identificación de factores de riesgos; mientras que sólo el 13% expresó que todas las alternativas son imprescindibles. Si bien es cierto que el conocimiento de los factores de riesgo es importante, también es cierto que existen otras consideraciones que se deben tomar en cuenta para el manejo adecuado de técnicas para investigar la realidad y al respecto se puede inferir que carecen de estrategias que den respuestas a las necesidades sociales.

GRÁFICO 7

CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE ALTERNATIVAS DE LA SITUACIÓN DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO-SEPTIEMBRE, AÑO 2006.

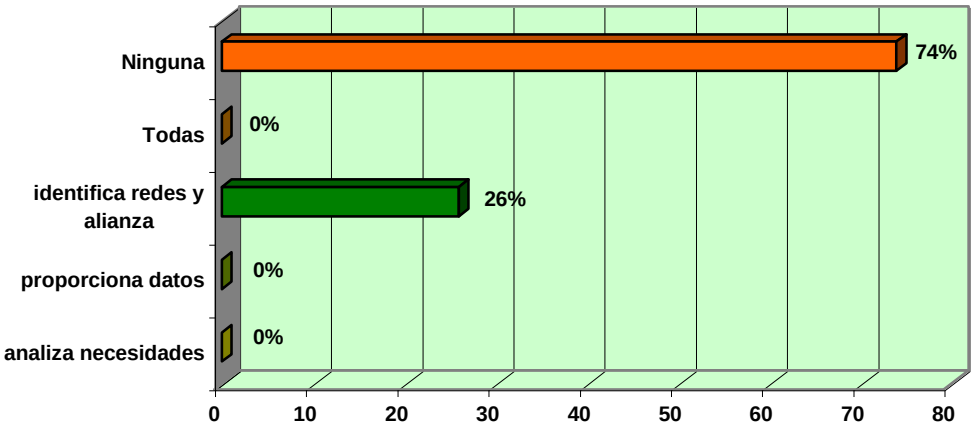


Fuente: Cuadro Nº 7. (Ver anexo 4)

El gráfico muestra que el 65% de la población encuestada asume que todas las alternativas planteadas ayudan al conocimiento de la situación de salud y un 28% lo identifica sólo con la presencia de enfermedad y muerte en la población. Se infiere que los Comités de salud presentan deficiencias para mantener informada a la población sobre aspectos esenciales que tienen que ver con la situación de salud de la población con la utilización de los perfiles epidemiológicos.

GRÁFICO 8

CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE DESARROLLO DE LA CAPACITACIÓN. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO-SEPTIEMBRE, AÑO 2006.



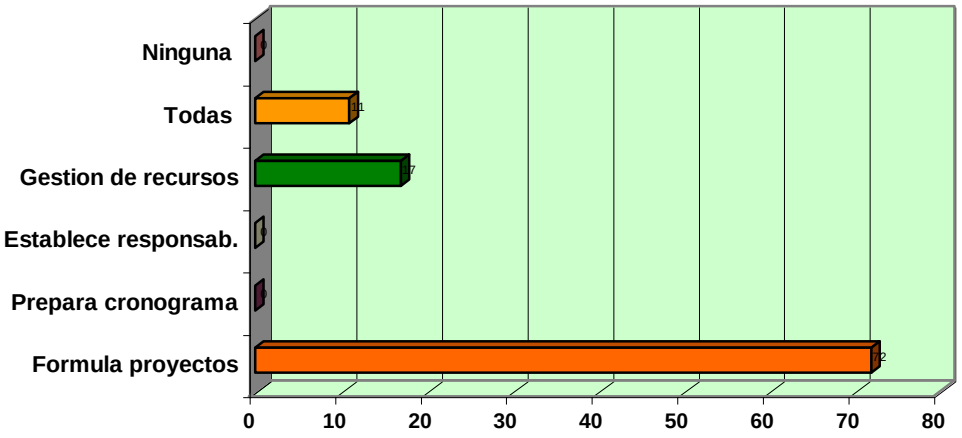
Fuente: Cuadro Nº 8. (Ver anexo 4)

El gráfico muestra que el 74% de la población encuestada expresó no tener ningún conocimiento sobre desarrollo de la capacitación comunidades y sólo un 26% reconoce la existencia de medios para alcanzarla.

La capacitación de los integrantes de los comités de Salud es necesaria en función del proceso de construcción de ciudadanía para la formación y crecimiento integral de las personas; más sin embargo, no la reconocen como uno de los componentes básicos de los Comités de salud ya que no ejercen acciones dirigidas a la capacitación.

GRÁFICO 9

CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE LAS ALTERNATIVAS QUE HACEN REFERENCIA A LA PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO – SEPTIEMBRE. AÑO 2006.



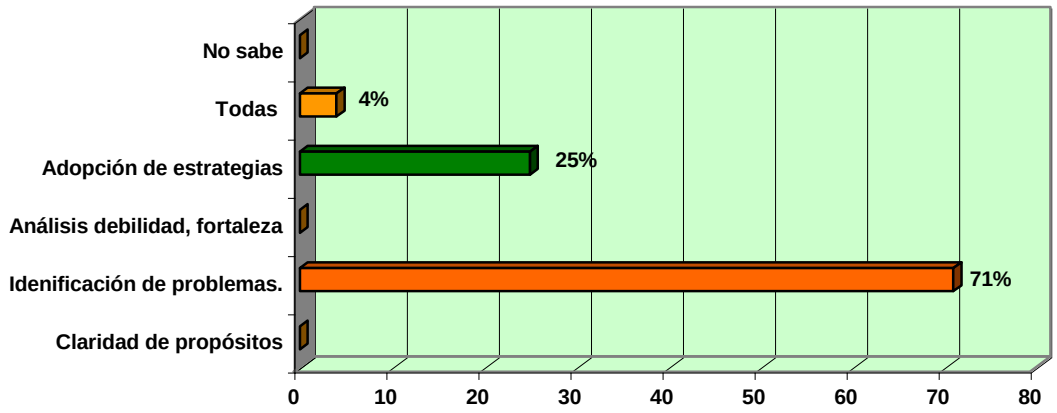
Fuente: Cuadro Nº 9. (Ver anexo 4)

Los datos presentados en el gráfico muestran que el 72% de la población encuestada asume la planificación participativa tiene relación sólo con la formulación de proyectos y ninguno consideró como válida todas las alternativas.

La planificación participativa permite desarrollar actividades dentro de las comunidades que responden a las necesidades reales, en éste sentido se puede inferir que los integrantes de los Comités de salud en su mayoría desconocen información veraz y precisa sobre el tema.

GRÁFICO 10

CONOCIMIENTO DE LAS ALTERNATIVAS QUE CONTRIBUYEN AL FORTALECIMIENTO DE LOS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO-SEPTIEMBRE. AÑO 2006.



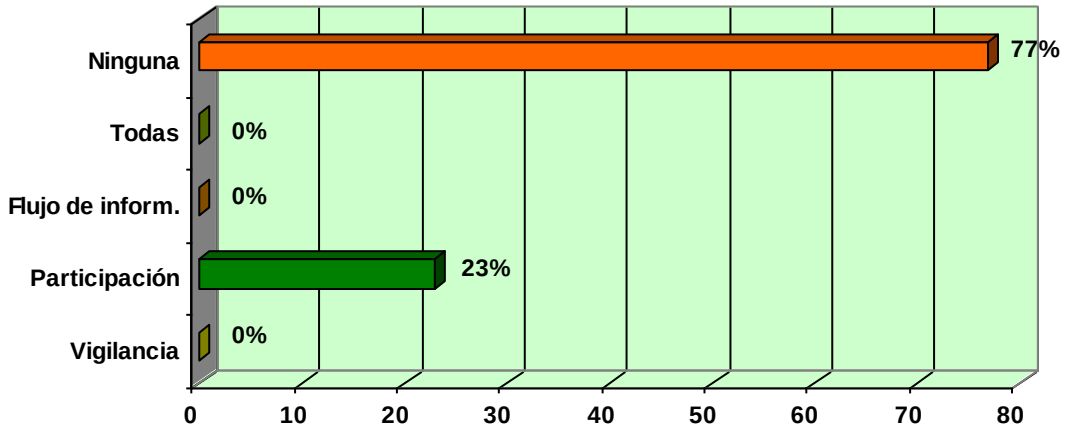
Fuente: Cuadro Nº 11. (Ver anexo 4)

El gráfico muestra que el 71% de la población encuestada asume que el fortalecimiento de los Comités de salud se logra a través de la identificación de los problemas internos de la organización y sólo el 4% considera que deben estar inmersas todas alternativas.

En consecuencia, se puede inferir que lo establecido dentro del Sistema Público Nacional de Salud, donde se señala la conversión de ciudadanos y ciudadanas objeto de atención en sujetos activos y conscientes de su rol protagónico no se cumple por ausencia de un fortalecimiento.

GRÁFICO 11

CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE LAS ALTERNATIVAS QUE CONTRIBUYEN CON LA PRÁCTICA DE CONTRALORÍA SOCIAL. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO-SEPTIEMBRE. AÑO 2006.



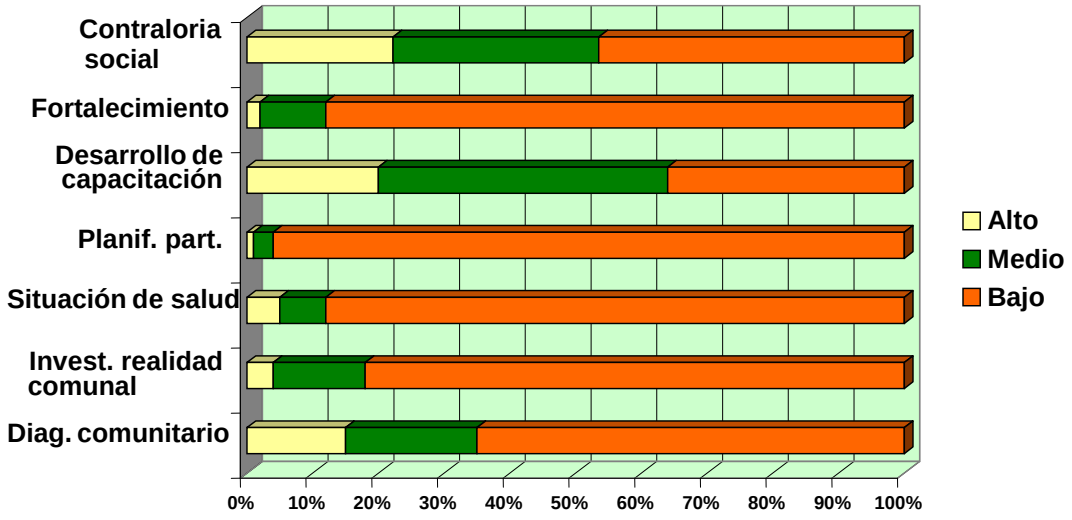
Fuente: Cuadro Nº 12. (Ver anexo 4)

El gráfico muestra que el 77% de la población encuestada expresó que no conocen aspectos relacionados con la Contraloría Social; mientras que un 23% lo relacionó sólo con la rendición de cuentas.

La Contraloría es una de las funciones a ejercer dentro de los Comités de Salud inmersa en Comisiones de trabajo. No obstante, los resultados indican que sus integrantes, no conocen esta actividad, lo que trae como consecuencia un mínimo de su desarrollo comunitario y ejercicio ciudadano por contar con poco conocimiento al respecto.

GRÁFICO 12

CONSIDERACIÓN PERSONAL DEL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE POSEE LA POBLACIÓN ENCUESTADA. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO-SEPTIEMBRE. AÑO 2006.



Fuente: Cuadro Nº 13. (Ver anexo 4)

El gráfico muestra que en el rubro de planificación participativa un 96% de la población encuestada considera tener un bajo grado de conocimiento; le siguen el fortalecimiento de los Comités de Salud y conocimiento de la situación de salud con igual cifra 88%; un 82% en investigación de la realidad comunal. Mientras que el desarrollo de la capacitación fue ubicada en un 44% en mediano conocimiento y el más alto grado de conocimiento se encuentra ubicado en el ítem de Contraloría social.

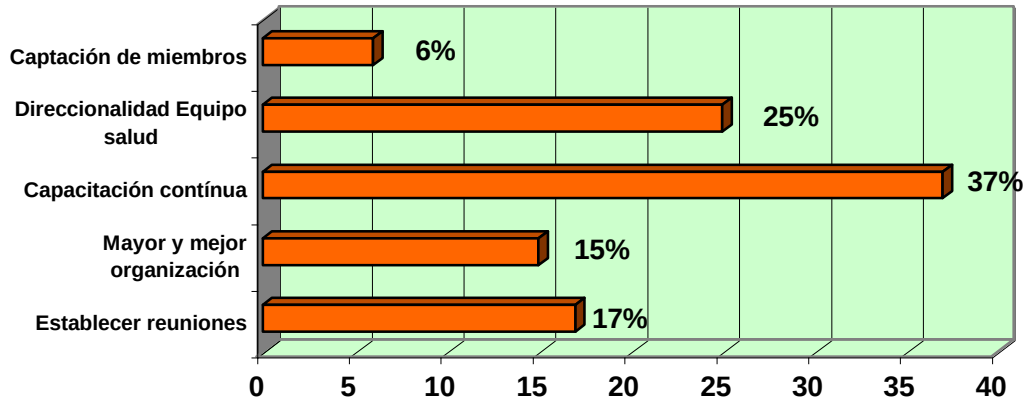
De estos últimos aspectos, específicamente del desarrollo de la capacitación se refleja una contradicción con lo expresado en el gráfico 8, donde se establece que un 74% de la población encuestada no ejerce actividades que promuevan la capacitación, mientras que en el momento de dar a conocer su consideración en relación al grado de conocimiento que poseen sobre sus funciones se encuentra que éste ítem se ubican en un mediano grado de conocimiento. Se puede inferir que la respuesta está versada sólo en la información que reciben los integrantes de los Comités de Salud.

La salud es un aspecto que redunda en otros aspectos de la vida y una de las estrategias creadas para lograr optimizarla lo constituyen los Comités de salud; organización que tiene como finalidad el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para tal fin. De acuerdo a lo planteado, los comités requiere de un mayor abordaje de parte del equipo de salud que les permita visualizar y emprender proyectos y acciones comunitarias.

A pesar de lo antes mencionado y en atención a los resultados emitidos por los integrantes de los Comités se puede inferir que los integrantes de los Comités de Salud poseen un bajo grado de conocimiento.

GRÁFICO 13

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO-SEPTIEMBRE. AÑO 2006.



Fuente: Cuadro Nº 13. (Ver anexo 4)

El gráfico muestra diversidad de opiniones en relación con las actividades que se deben considerar para el refuerzo de los Comités de Salud, de allí que se pueda inferir la carencia de estrategias dirigidas al desarrollo exitoso de las funciones en el marco de los Comités de Salud.

Esta situación implica, además, la necesidad de construir cambios centrados en la consecución de las condiciones deseadas dentro de las comunidades y ejercidas por los integrantes de los Comités de Salud.

Resumen de Resultados

- Los integrantes de los Comités de Salud con edades que oscilan entre los 18 - 25 años, 26 -30 años y 31 – 35 corresponden en un 100% al sexo femenino.

- El sexo masculino inicia su participación después de los 36 años representando un porcentaje de un 5%. En consecuencia el sexo femenino representa un 95% de la población estudiada.

- El 75% maneja adecuadamente la definición de Comités de Salud, condición primordial para el inicio del ejercicio de sus funciones.

- El 73% Manifiesta que conoce la existencia, conformación y funcionamiento de otros Comités de Salud dentro de la parroquia Caicara, lo que garantiza medianamente la creación de redes sociales para el abordaje de los problemas comunitarios.

- El 70% expresa como función de los Comités de Salud la educativa dentro de las comunidades, al parecer lo considera como transmisor sólo de aspectos relacionados con temas de salud.

- El 44% posee una concepción parcelada del Diagnóstico comunitario, lo que inhibe un adecuado funcionamiento.

- El 53% conoce sólo algunos aspectos de la Investigación de la realidad.

- El 65% asume que son múltiples las alternativas dentro de la identificación de la Situación de Salud.

- El 74% no ejerce acciones dirigidas a la obtención de capacitación.

- El 72% considera que la Planificación Participativa es sinónimo de formulación de proyectos, dejando a un lado otras actividades de importancia.

- El 71% manifiesta que el fortalecimiento de los Comités de Salud se logra a través de la identificación de los problemas internos que se puedan presentar en los Comités.

- El 77% de la población encuestada no conoce el término Contraloría Social.

- En cuanto a la consideración personal de los integrantes sobre sus funciones dentro de los Comités de Salud se obtuvo como predominante la presencia de un bajo grado de conocimiento. Desglosados sus porcentajes de la siguiente manera :

    1. El 65% considera bajo su perspectiva personal que posee bajo grado de conocimiento sobre diagnóstico comunitario.
    2. El 82% en la investigación de la realidad comunal.
    3. Un 88% en situación de salud
    4. Un 88% en fortalecimiento de los Comités de Salud
    5. Un 36% en desarrollo de la capacitación
    6. El 46% en contraloría social
    7. El 96% en planificación participativa

C A P Í T U L O V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El estudio realizado con base en el grado de conocimiento que poseen los integrantes de los Comités de Salud de la Parroquia Caicara durante el período enero-septiembre del año 2.006, permitió obtener una aproximación para el análisis de la situación que presentan éstos Comités desde el punto de vista de la implementación o puesta en práctica de sus funciones. Su objetivo principal es la visualización de las insuficiencias para inducir mejoras en el colectivo; de tal manera, que en el futuro se subsanen y se complementen en acciones correspondientes al logro de la optimización de las actividades con una visión global que beneficie a la colectividad.

El escenario que se presenta no es alentador en función de los resultados obtenidos ya que muestra un déficit de conocimientos que obstaculizan el cabal cumplimiento de las funciones de los integrantes de los

Comités de Salud dentro de cada una de las áreas de influencia a la que pertenecen.

Se reveló la necesidad del fortalecimiento de la confianza del grupo en su propia capacidad para investigar la realidad, para realizar un diagnóstico comunitario que les permita rescatar, valorar los conocimientos sobre una determinada situación con una clara visón de las necesidades reales presentadas y sostenidas por la comunidad.

Los integrantes de los Comités de salud no han recibido las herramientas necesarias que les permita asumir su propio proceso educativo en salud, ésta situación quedó claramente determinada al establecer ellos mismos una pobre concepción sobre las actividades a realizar para la consecución de una capacitación y en consecuencia no pueden asumir las necesidades de capacitación que requiere la comunidad en atención a la realidad social y de salud que pudiesen estar presentándose en un determinado espacio y tiempo, en virtud de carecer precisamente de información sobre los contenidos y formas específicas para abordar la capacitación.

Sin embargo, a pesar de que quedó establecido que realmente tienen deficiencias, un grueso de la población manifestó poseer una

apreciación significativa sobre las actividades a realizarse para el conocimiento de la situación de salud, al intentar dar una explicación al respecto se pudiera mencionar el hecho de que la mayoría de los integrantes de los Comités pertenecen al sexo femenino y por pertenecer a éste género las hace competentes por ser una preocupación prescrita para el rol que ocupa en la sociedad.

En consecuencia, los integrantes de los Comités de Salud de la parroquia Caicara del Municipio “Gral. Manuel Cedeño” carecen de información suficiente para realizar intervenciones de tipo preventivo en consonancia con las condiciones sociales, culturales, económicas y ambientales que integran la base de toda esfuerzo organizacional con claros objetivos ya sea a través de la promoción de la salud y la promoción de la participación ciudadana o por otro lado a través de la prevención de riesgo, de manera que ayude a apoyar las decisiones de aumento de cobertura, garantizar el acceso a los servicios de salud con sentido de integración que facilite la toma de decisiones sobre los problemas más inmediatos con la utilización de alianzas estratégicas.

La permanencia en el tiempo de los Comités depende del grado de funcionalidad que presenten, de su capacidad para ampliar su alcance y en la Parroquia no se tiene claro la necesidad de mantener objetivos y líneas

de acción cónsonas con los propósitos y la práctica. Tampoco se distingue la identificación de los problemas como una estrategia que amplia la posibilidad de mejorar las acciones que se ejecuten para alcanzar resultados óptimos que tenga como base modificaciones sustanciales en el comportamiento de la ciudadanos y ciudadanas en términos de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Para cerrar, se debe mencionar que los mismos integrantes de los Comités de salud asumen de forma particular el déficit de conocimientos que presentan al aceptar su ubicación en la última opción en una escala de Alto, Mediano y Bajo. Esta circunstancia, es motivo de reflexión para todos aquellas personas que de una u otra forma están comprometidas con el fortalecimiento de organizaciones sociales.

Recomendaciones

- Propiciar espacios de motivación hacia el ingreso de personas con empoderamiento hacia el desarrollo de estrategias versadas en experiencias exitosas.

- Construir desde la base prácticas reflexivas que permitan mejorar la direccionalidad en cuanto a los fines que ostentan los Comités de Salud. Así mismo, mejorar el acceso al conocimiento como piedra angular para el funcionamiento de los comités.

- Establecer relaciones de trabajo que propicien la evaluación permanente de los logros alcanzados a través de la participación.

- Brindar talleres dirigidos a incrementar el grado de conocimiento de los integrantes de los Comités de salud sobre: a) Diagnóstico Comunitario, b) Investigación de la realidad de la comunidad, c) Situación de Salud de las comunidades, d) Contraloría Social, e) Planificación Participativa, f) Estrategias y habilidades de trabajo comunitario y medidas para el reforzamiento de los Comités de Salud**.**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Coordinación Nacional de Atención Primaria. *Comité de salud*. Caracas, mayo 2004

HAIMAN Y OTROS. (2005). *Herramientas para la Participación.* Financiado por la Corporación Venezolana de Guayana, Venezuela.

HERRERA, E. (1992). *Metodología de la investigación*. Maturín: Universidad Experimental Gran Mariscal de Ayacucho.

HERRERA, E. (1994): *Generación de Proyectos de Investigación*. Módulo. Maturín.

Htpp://www.Google.com. Enlaces de interés, htm. CVG Edelca Juramenta *Comités de salud*.

Htpp://www, msds.gov.ve/msds. Portal-Ministerio de salud Venezuela.

Moreno y otros. (2.004). *Participación comunitaria en la salud*. L, Masaraza, Eds, Salud Pública y enfermería comunitaria. Editorial NOMOS S.A. España. (pp. 417-454)

MSDS. (2002) *Programa de educación Permanente en Salud y Desarrollo Social.* El Desarrollo de un Pensamiento Estratégico en las Políticas Públicas por la Calidad de Vida y Salud. Módulo I.

MSDS. (2002) *Programa de educación Permanente en Salud y Desarrollo Social. Identificación y Representación de Necesidades Sociales.* Módulo II

Revista Panamericana de Salud Pública. v.8 n. 1-2 Washington jul/ago.2000

Htpp://www.asambleanacional.gov.ve *Proyecto de Ley de participación ciudadana*

ANEXOS

ANEXO 1

Distrito Sanitario Nº V

Caicara del Orinoco

COORDINACIÓN DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

REGISTRO DE COMITÉS DE SALUD

Nº	Nombre del Comité	Fecha De Registro	Municipio	Parroquia	Nº Int.	Nº Reg	Dirección	Persona De Contacto	Observ.
1	Manuel Centurión	12 – 10-05	Cedeño	Caicara	15	01	B/ Corobita	Arturo Baéz	0416-869701
2	Sin Nombre	12 – 10-05	Cedeño	Caicara	10	02	AU tipo I R. Gallegos	Mariela Molina	0416-7851364
3	Sin Nombre	16 - 01 – 06	Cedeño	Caicara	10	03	B /Manuel Centurión	Ana Basanta	0416-4302323
4	Sin Nombre	18 – 01 -06	Cedeño	Caicara	10	04	AU tipo I Chaguaramal	Nicolasa Caicedo	0416-2852067
5	Sin Nombre	3 – 04 - 06	Cedeño	Caicara	15	05	B/ Kuwait	Carmen de Mogollón	0416-3075760
6	Sin Nombre	08 – 04 -06	Cedeño	Caicara	10	06	B/ Guaniamo, C. verde	Lucrecia Prieto	0416-8947458

ANEXO 2

“PROYECTO EDUCATIVO DIRIGIDO A LOS COMITES DE SALUD

“PROYECTO EDUCATIVO DIRIGIDO
A LOS COMITES DE SALUD

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	META
Que los participantes estén en la capacidad de reflexionar sobre nuestras acciones, y limitaciones en el desarrollo de nuestras vidas.	CRECIMIENTO PERSONAL • Autoestima. • Proyecto de vida. • Valores. • Comunicación.	PRESENTACION E INTERCAMBIO DE EXPECTATIVAS • Discusión de conceptos. • Dramatización.	Que los participantes estén en la capacidad de reflexionar sobre nuestras acciones, y limitaciones en el desarrollo de nuestras vidas.
Que los participantes estén en la capacidad de describir los conceptos básicos en relación a la comunidad y su desarrollo.	• Grupo. • Comunidad. • Desarrollo de comunidad. • Participación. • Competencias del Gobierno. • Deberes y derechos de las personas.	• Dialogo abierto. • Técnicas de graficación. • Preguntas generadoras. • Discusión.	Que los participantes estén en la capacidad de describir los conceptos básicos en relación a la comunidad y su desarrollo.

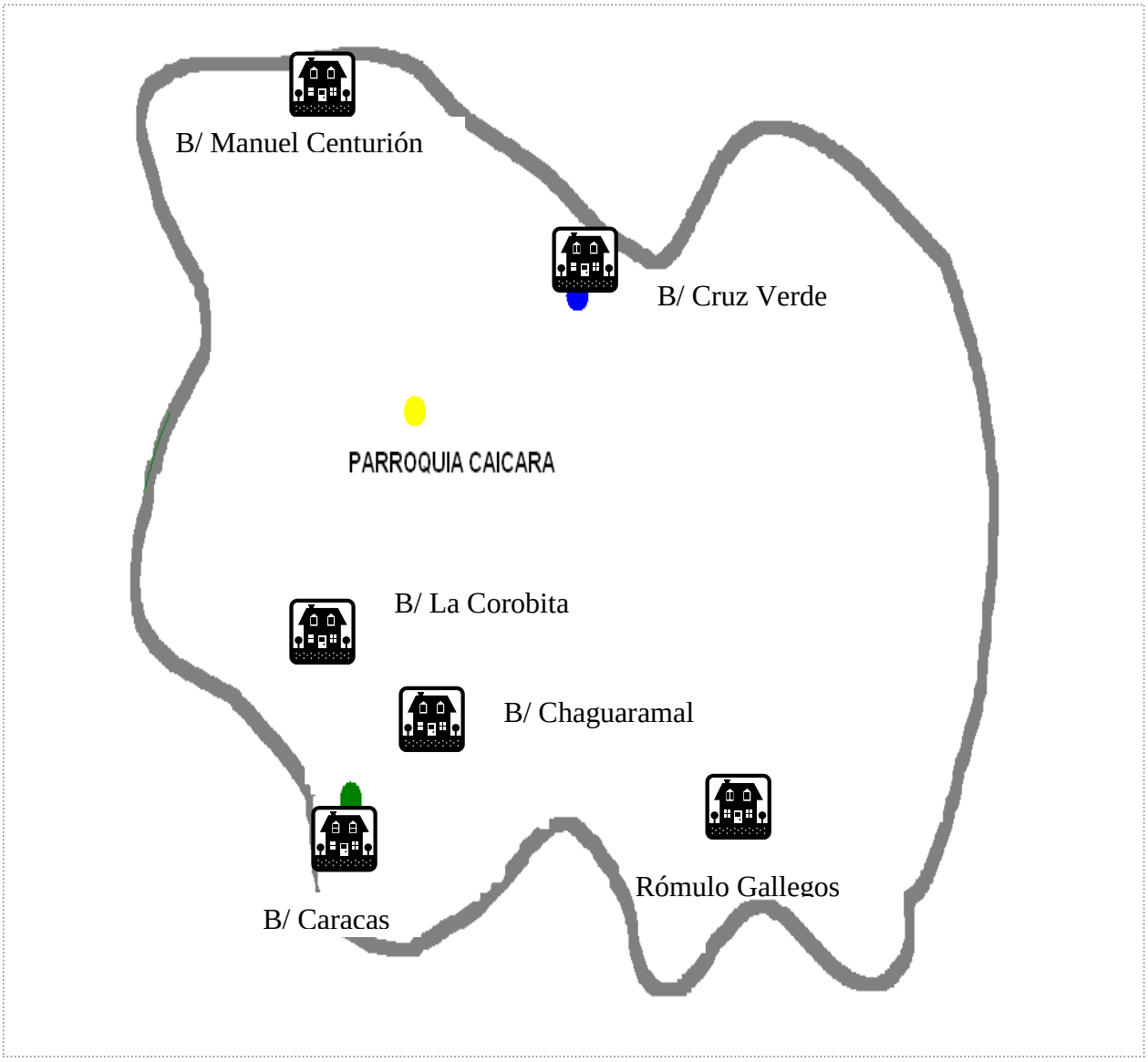
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	META
Que los participantes estén en capacidad de reconocer su papel como miembro de Org. Comunal.	• Liderazgo. • Líder como elemento de cambio. • Nociones sencillas de dinámica de grupo. • Regulación social. • Contraloría.	• Charlas dirigidas. • Dramatización. • Observación de grupo. • Discusión.	Que los participantes estén en capacidad de reconocer su papel como miembro de Org. Comunal.
Que los participantes estén en la capacidad de enunciar el significado y a la importancia de la salud para ellos, su familia y su comunidad.	CONCEPTOS DE SALUD: • Promoción de la salud y calidad de vida. • Necesidades de salud de la comunidad y categorización		Que los participantes estén en la capacidad de enunciar el significado y a la importancia de la salud para ellos, su familia y su comunidad.

	de la misma. • Diagnostico de salud de las comunidades. • Topologías de los problemas de salud: • Las magnitudes comunes y particulares. • Las responsabilidades para su solución: Comunal y Gubernamental. Sistemas de salud: otras instituciones de ambos. • Organización Sanitaria Nacional, Regional y Local		

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	META
Que al finalizar el curso los participantes estén en capacidad de construir con el Equipo de Salud en la definición de tareas que la comunidad pueda realizar, para el mejoramiento de los servicios de salud.	• Compromiso para la acción. • Identificación, categorización y causas de los problemas. • Alternativas y estrategias de acción. • Formulación de proyectos sociales.	• Técnica piramidal. • Trabajo en grupos grandes. • Preguntas generadoras. • Síntesis del facilitador. • Técnica de análisis del problema. • Charla.	• Análisis de problemas. • Ejercicios de análisis de fuerzas (el grupo frente al problema). • Discusión de las conclusiones del grupo sobre problemas de salud de la comunidad.

ANEXO 3

UBICACIÓN DE LOS COMITÉS DE SALUD DE LA PARROQUIA CAICARA
SEGÚN LOS BARRIOS



ANEXO 4

CUADRO 1

DISTRIBUCIÒN DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SEGÙN EDAD Y SEXO. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BLÍVAR. ENERO-SEPTIEMBRE. AÑO 2006

Sexo / Edad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
De 18 a 25 años	0	0	6	100	6	6
De 26 a 30 años	0	0	14	100	14	15
De 31 a 35 años	0	0	26	100	26	27
De 36 a 40 años	3	13	21	87	24	25
De 41 a 45 años	1	7	13	93	14	15
De 46 y más	1	8	11	92	12	12
TOTAL	5	5%	91	95%	96	100

FUENTE: Encuesta aplicada a los integrantes de los Comités de Salud conformados en la Parroquia Caicara del Estado Bolívar.

CUADRO 2

CONOCIMIENTO DE LA DEFINICIÓN DE COMITÉ DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTIEMBRE. AÑO 2006.

Escala / Definición	Define correctamente		Define incorrectamente	
	N°	%	N°	%
Org. de base comunitaria	72	75	0	0
Org. con fines de lucro	0	0	0	0
Org. Institucional	0	0	24	25
Todas	0	0	0	0
Ninguna	0	0	0	0
Total	72	75%	24	25%

FUENTE: Encuesta aplicada a los integrantes de los Comités de Salud conformados en la Parroquia Caicara del Municipio Autónomo “Gral. Manuel Cedeño” del Estado Bolívar.

CUADRO 3

CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE OTROS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTIEMBRE. AÑO 2006.

INDICADORES	N°	%
Conoce la existencia de un comité de salud.	14	15
Conoce la existencia de dos comités de salud.	2	2
Conoce la existencia de tres comités de salud	10	10
Conoce la existencia de más de tres comités de salud.	70	73
Total	96	100

FUENTE: Encuesta aplicada a los integrantes de los Comités de Salud conformados en la Parroquia Caicara del Municipio Autónomo "Gral. Manuel Cedeño" del Estado Bolívar.

GRÁFICO 4

CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES GENERALES DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTIEMBRE. AÑO 2006.

Escala / Indicadores	CONOCE		NO CONOCE	
	F	%	F	%
Investigación	12	13%	84	87%
Educativa	67	70%	29	30%
Gestora	6	6%	90	94%
Contraloría social	3	3%	93	97%

FUENTE: Encuesta aplicada a los integrantes de los Comités de Salud conformados en la Parroquia Caicara del Estado Bolívar.

CUADRO 5

CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE DIAGNÓSTICO COMUNITARIO. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO- SEPTIEMBRE. AÑO 2006

Escala / Indicador	CONOCE		NO CONOCE	
	F	%	F	%
Detección	42	44	54	56
Priorización	26	27	70	73
Delimitación	16	17	80	83
Identificación	2	2	94	98
Todas	13	14	83	86
Ninguna	0	0	0	0

FUENTE: Encuesta aplicada a los integrantes de los Comités de Salud conformados en la Parroquia Caicara del Estado Bolívar.

CUADRO 6

CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE INVESTIGACIÓN DE LA REALIDAD COMUNAL. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO – SEPTIEMBRE. AÑO 2006.

INDICADORES	N°	%
Conocimiento de líderes y fuentes de información	23	24
Conocimiento de los establecimientos de salud	06	6
Identificación de factores de riesgo comunitarios	51	53
Análisis del medio ambiente	04	4
Todas las anteriores	12	13
No sabe	00	00
TOTAL	96	100%

FUENTE: Encuesta aplicada a los integrantes de los Comités de Salud conformados en la Parroquia Caicara de Estado Bolívar.

CUADRO 7

CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE ALTERNATIVAS DE LA SITUACIÓN DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO-SEPTIEMBRE, AÑO 2.006

INDICADORES	N°	%
Identificación factores de riesgos	06	6
Conocimiento sobre morbilidad y mortalidad	27	28
Identificación de estilos y hábitos de vida	--	--
Identificación de factores protectores	--	--
Todas las anteriores	63	65
No sabe	--	--
TOTAL	**96**	**100%**

FUENTE: Encuesta aplicada a los integrantes de los Comités de Salud conformados en la Parroquia Caicara del Estado Bolívar.

CUADRO 8

CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE DESARROLLO DE LA CAPACITACIÓN. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO-SEPTIEMBRE, AÑO 2006.

INDICADORES	N°	%
Analiza las necesidades de capacitación con el diagnóstico	--	--
Proporciona datos de importancia para direccionar la capacitación	--	--
Identificación redes y/o alianzas para la capacitación	25	26
Todas las anteriores	--	--
Ninguna de las anteriores	71	74
TOTAL	**96**	**100%**

FUENTE: Encuesta aplicada a los integrantes de los Comités de Salud conformados en la Parroquia Caicara del Estado Bolívar.

CUADRO 9

CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE LAS ALTERNATIVAS QUE HACEN REFERENCIA A LA PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO – SEPTIEMBRE. AÑO 2006.

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Formulación de proyectos	69	72
Preparación de cronograma de actividades	--	--
Establecimiento de responsabilidades	--	--
Gestión de recursos	16	17
Todas las anteriores	11	11
No sabe	--	--
TOTAL	**96**	**100%**

FUENTE: Encuesta aplicada a los integrantes de los Comités de Salud conformados en la Parroquia Caicara del Municipio Autónomo "Gral. Manuel Cedeño" del Estado Bolívar.

CUADRO 10

CONOCIMIENTO DE LAS ALTERNATIVAS QUE CONTRIBUYEN AL FORTALECIMIENTO DE LOS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO-SEPTIEMBRE. AÑO 2006.

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Claridad en los propósitos del Comité de Salud	--	--
Identificación de problemas internos del Comité de Salud	68	71
Análisis de debilidades y fortalezas	--	--
Adopción de estrategias de solución a los problemas	24	25
Todas las anteriores	04	4
No sabe	--	--
TOTAL	**96**	**100%**

FUENTE: Encuesta aplicada a los integrantes de los Comités de Salud conformados en la Parroquia Caicara del Municipio Autónomo "Gral. Manuel Cedeño" del Estado Bolívar.

CUADRO 11

CONOCIMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE SALUD SOBRE LAS ALTERNATIVAS QUE CONTRIBUYEN CON LA PRÁCTICA DE CONTRALORÍA SOCIAL. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR ENERO-SEPTIEMBRE. AÑO 2006.

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vigilancia de la atención en los Centros de Salud	--	--
Participación en la rendición de cuentas	22	23
Flujo de información transparente y oportuna	--	--
Todas las anteriores	--	--
No sabe	74	77
TOTAL	**96**	**100%**

FUENTE: Encuesta aplicada a los integrantes de los Comités de Salud conformados en la Parroquia Caicara del Municipio Autónomo "Gral. Manuel Cedeño" del Estado Bolívar.

CUADRO 12

CONSIDERACIÓN PERSONAL DEL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE POSEE LA POBLACIÓN ENCUESTADA. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO-SEPTIEMBRE. AÑO 2006.

ESCALA / FUNCIONES	ALTO		MEDIO		BAJO	
	N°	%	N°	%	N°	%
Diagnostico comunitario	14	15%	19	20%	63	65%
Investigación de la realidad comunal	4	4%	13	14%	79	82%
Situación de salud	5	5%	7	7%	84	88%
Planificación participativa	1	1%	3	3%	92	96%
Desarrollo de capacitación	19	20%	42	44%	35	36%
Fortalecimiento	2	2%	10	10%	84	88%
Contraloria social	21	22%	30	31%	45	46%

FUENTE: Encuesta aplicada a los integrantes de los Comités de Salud conformados en la Parroquia Caicara del Municipio Autónomo "Gral. Manuel Cedeño" del Estado Bolívar.

CUADRO 13

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE SALUD. PARROQUIA CAICARA. ESTADO BOLÍVAR. ENERO-SEPTIEMBREAÑO 2006.

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Establecer reuniones periódicas	16	17
Mayor y mejor organización	14	15
Capacitación continua	36	37
Direccionalidad por parte del equipo de salud	24	25
Captación real de miembros ganados a la labor comunal	06	6
TOTAL	**96**	**100%**

FUENTE: Encuesta aplicada a los integrantes de los Comités de Salud conformados en la Parroquia Caicara del Municipio Autónomo "Gral. Manuel Cedeño" del Estado Bolívar.

ANEXO 5

CAICARA DEL ORINOCO, 2006

PRESENTACIÓN

Estimado integrante del Comité de Salud:

El presente instrumento tiene por finalidad recoger datos para el desarrollo de un trabajo de investigación, el cual servirá de base para elaborar una investigación titulada: **"Grado de conocimiento que poseen los integrantes de los comités de salud sobre sus funciones. Parroquia Caicara**, **Estado Bolívar" Año 2006.**

Los datos recogidos a través de éste formulario serán tratados en forma confidencial y con el único fin de alcanzar los propósitos planteados en el presente estudio, por lo que se ha omitido la identidad del encuestado, se le agradece responder con la mayor veracidad posible, debe pensar que así estará contribuyendo en la búsqueda de soluciones a problemas existentes**.**

INSTRUCCIONES GENERALES

1. **Lea cuidadosamente cada pregunta y razónela antes de comenzar a responderla**

2. **Marque con una equis (X) la alternativa seleccionada**

3. **Conteste todas las preguntas del cuestionario**

4. **No identifique el cuestionario**

Gracias !!!

CUESTIONARIO

1.- Sexo

a.- Masculino ____
b.- Femenino ____

2.- Edad

a.- De 18 a 25 años ____
b.- De 26 a 30 años ____
c.- De 31 a 35 años ____
d.- De 36 a 40 años ____
e.- De 41 a 45 años ____
f.- De 46 y más ____

3.- ¿Cuál de las siguientes alternativas corresponde a la definición de Comité de Salud?

a.- Organización de base comunitaria ____
b.- Organización con fines de lucro ____
c.- Organización institucional ____
d.- Ninguna de las anteriores ____

4.- ¿Cuántos Comités de Salud usted conoce?

a.- Uno ____
b.- Dos ____
c.- Tres ____
d.- Más de tres ____
e.- Ninguna de las anteriores ____

5.- ¿Cuáles de las siguientes alternativas corresponden a funciones de los Comités de Salud?

a.- Educativa ____
b.- Contraloría social ____
c.- Gestora ____
d.- Investigación ____

6.- ¿Cuál de las siguientes alternativas hace referencia a diagnóstico comunitario?

a.- Detección de problemas y necesidades comunales ____
b.- Priorización de los problemas comunales ____
c.- Delimitación de áreas de influencias ____
d.- Identificación de necesidades de empleo, vivienda, otros ___
e.- Todas las anteriores ____

7.-¿Identifique Ud. cuál de las siguientes alternativas corresponden a investigación de la realidad de su comunidad?

a.- Conocimiento de líderes comunitarios y fuentes de información
b.- Identificación de factores de riesgo ____
c.- Conocimiento de las instituciones de salud ____
d.- Identificación de factores de riesgo ____
e.- Análisis del medio ambiente ____
f.-Todas las anteriores ____

8.- ¿Cuál de las siguientes alternativas es importante para el conocimiento de la situación de salud?

a.- Identificación de factores de riesgo ____
b.- Conocimiento sobre morbilidad y mortalidad ____
c.- Identificación de estilos y hábitos de vida ____
d.- Identificación de factores protectores ____
e.- Todas las anteriores ____
f.- No sabe ____

9.- ¿Cual de las siguientes actividades Ud. realiza para el desarrollo de la capacitación

a.- Analiza las necesidades de capacitación con el diagnóstico____
b.- Proporciona datos de importancia para direccionar la capacitación ____
c.- Identifica redes y/o alianzas para la capacitación ____
d.- Todas las anteriores ____
e.- Ninguna de las anteriores

10.- ¿Cuál de las siguientes alternativas usted considera que corresponde a la planificación participativa?

a.- Formulación de proyectos ____
b.- Preparación de cronograma de actividades ____
c.- Establecimiento de responsabilidades ____
d.- Gestión de recursos ____
e.- Todas las anteriores ____
f.- No sabe ____

11.- ¿Cuál de las siguientes alternativas dan respuesta al fortalecimiento de los Comités de salud?

a.- Claridad de propósitos ____
b.- Identificación de problemas internos ____
c.- Análisis de debilidades y fortalezas ____
d.- Adopción de estrategias de solución a los problemas ____
e. Todas las anteriores ____
f.- No sabe ____

12.- ¿Cuál de las siguientes alternativas contribuye a la práctica de la Contraloría Social?

a.- Vigilancia de la atención proporcionada por el equipo de salud al usuario ____
b.- Participación en la rendición de cuentas ____
c.- Flujo de información transparente y oportuna ____
d.- Todas las anteriores ____
e.- No sabe ____

13.- En la escala de Alto, mediano y bajo dónde considera usted que se encuentra ubicado su grado de capacitación:

a.- Alto ____
b.- Mediano ____
c.- Bajo ____

14.- De algunas sugerencias para mejorar el funcionamiento de los Comités de Salud:

_____

_____

_____

_____

_____