

T 120
6958
1999

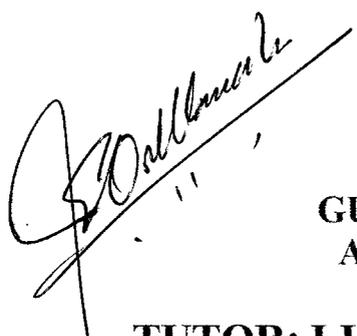
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE NICARAGUA MANAGUA.
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y
ESTUDIOS DE LA SALUD.
ESCUELA DE SALUD PUBLICA.

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
PROGRAMA DE MAESTRIA EN SALUD PUBLICA 1997-1998.

Trabajo de tesis para optar al título de Master en Salud Pública.

INFORME FINAL

**“ LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN LOS
PROGRAMAS DE LA FUNDACION MAQUILISHUATL,
EL SALVADOR, 1991-1998.”**

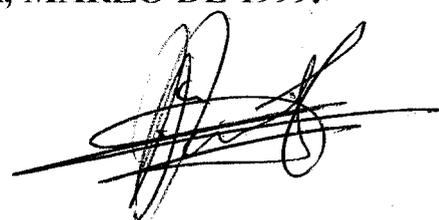


AUTORAS:
GUADALUPE ISABEL GUILLEN.
ANA MERCEDES GONZALEZ.



TUTOR: LIC. MANUEL MARTINEZ MOREIRA.
DOCENTE INVESTIGADOR CIES-UNAN.

EL SALVADOR, MARZO DE 1999.



PARTICIPACION COMUNITARIA



PARTICIPACION COMUNITARIA



RESUMEN.

La presente investigación se realizó en respuesta al problema fundamental que presentan los programas sociales de la Fundación Maquilishuatl, los cuales se han caracterizado por un pobre nivel participativo, dicha participación no ha sido la esperada en estos ocho años de trabajo con las comunidades, en realidad no se cuenta con una evaluación de la misma al inicio de los programas. Por lo que es imperativo realizar en este momento una evaluación del grado de desarrollo de la participación comunitaria en los programas de la FUMA, que nos permita que la comunidad aporte los recursos adicionales no utilizados hasta este momento.

La investigación realizada es una evaluación cuantitativa, que tiene el propósito de medir el grado de la participación comunitaria en los programas desarrollados por la Fundación. El universo lo constituyeron las 21 comunidades rurales de los departamentos de Sonsonate y de La Libertad, de los cuales se seleccionó una muestra de 6 comunidades por cumplir con criterios establecidos previamente. La unidad de análisis fue el componente de participación comunitaria en dichas comunidades. Para realizar la entrevista se diseñó un instrumento en el que se combinan preguntas abiertas y cerradas, que no permitieron conocer la percepción de la comunidad sobre los principales factores que influyen sobre la participación comunitaria.

Sin el trabajo técnico, acompañamiento y apoyo brindado por la Fundación a las comunidades de los departamentos de Sonsonate y de La Libertad durante ocho años, no se habría alcanzado el grado actual de desarrollo de la participación comunitaria en de los diferentes programas de salud.

El método diseñado permite establecer parámetros objetivos del grado de desarrollo de la participación comunitaria en el nivel local y puede ser aplicado en cualquier comunidad, permite establecer comparaciones entre las mismas; por diferentes evaluadores y para cualquier tipo de programa.

AGRADECIMIENTOS.

Hemos llegado a la recta final a través de dos años de trabajo intenso y agotador, de muchos sacrificios pero también de muchas satisfacciones. Estamos orgullosas de nuestro esfuerzo y de los lazos de amistad forjados día a día, tesoro invaluable que hemos adquirido y debemos cuidar.

Agradecemos profundamente a **DIOS TODO PODEROSO**, que nos brindó la oportunidad y la vida para concluir este proyecto.

También de todo corazón gracias a **NUESTRAS FAMILIAS** que supieron esperar, soportar y apoyarnos en todo momento, sin su amor no habríamos llegado juntos a un final feliz.

Un especial agradecimiento a **FUNDACION MAQUILISHUTL**, que abrió sus puertas al conocimiento pero sobre todo al cambio, impulsado por cada uno de los trabajos realizados, que le permitieron ayudar a los más necesitados y marginados de nuestro país, para continuar siendo una "ESPERANZA EN ACCION"

No podemos olvidarnos de nuestros maestros que nos brindaron un nuevo horizonte de conocimientos y sobre todo haber logrado transmitir en nosotras el deseo continuo de superación.

Con mucho respeto y admiración a nuestro tutor **Lic. MANUEL MARTINEZ MOREIRA**, por su ayuda desinteresada, su tiempo, gran paciencia y entusiasmo, gracias por haber trabajado hombro a hombro con nosotros hasta el final.

Para finalizar queremos expresar nuestro agradecimiento a todos los miembros de **LAS COMUNIDADES**, por habernos brindado su ayuda, conocimiento y experiencia los cuales esperamos saber expresar en el contenido de esta tesis, sin defraudarlas.

INDICE

I-	INTRODUCCION.....	1-2
	Ia – ANTECEDENTE.....	2-3
	Ib – JUSTIFICACION.....	3-4
II-	PROBLEMA.....	5
III-	OBJETIVOS.....	6
IV-	MARCO TEORICO.....	7-12
	4.1 LA PARTICIPACION COMUNITARIA	7-8
	4.2 LA EVALUACION DE LA P.C. EN A.L.....	9
	4.3 CARACTERIZACION DE LOS DEPARTAMENTOS....	10
	4.4 SEMANTICA.....	11-12
V-	HIPOTESIS.....	13
VI-	DISEÑO METODOLOGICO.....	14-19
	6.1 METODOS EVALUACION P.C.	14-15
	6.2 MARCO MUESTRAL.....	15
	6.3 DESCRIPTORES	16-18
	6.4 OBTENCION Y FUENTES DE INFORMACION.....	18
	6.5 PROCEDIMIENTOS.....	18-19
	6.6 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	19
	6.7 MATRIZ N° 1 Y N°2	20-21
VII-	RESULTADOS.....	22-28
VIII-	DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	29-32
IX-	CONCLUSIONES.....	33
X-	RECOMENDACIONES.....	34
XI-	BIBLIOGRAFIA.....	35-37
XII-	ANEXOS	

I- INTRODUCCION.

La fundación Maquilishuatl es una institución no gubernamental sin fines de lucro, que desde 1991 ha trabajado en la ejecución de proyectos, con 21 comunidades del área rural de los departamentos de La Libertad y Sonsonate. Las cuales se caracterizan por estar en extrema pobreza, carecer de otros servicios de salud y encontrarse en gran aislamiento social. Al inicio se utilizó un modelo de atención paternalista, el cual basa su trabajo en la visita domiciliar realizada por el promotor de salud asalariado, brindando un tipo de atención pasivo dependiente.

El proceso complejo de la participación comunitaria se inició en la **FUMA** (Fundación MAQUILISHUATL) con la introducción del componente del mismo nombre, el cual fue diseñado completamente por el donante sin tomar en cuenta en esa ocasión la participación del organismo ejecutor, ni de las propias comunidades. Por lo que a la fecha hemos tenido serias dificultades, ya que las comunidades no se han apropiado del modelo de atención. Es importante en este momento hacer un alto en el camino y analizar esta situación para conocer los principales factores que facilitaron y limitaron dicha participación, tomando como base de datos la propia percepción de las comunidades y buscar nuevas alternativas que nos permitan alcanzar el éxito deseado.

El principal cooperante está por retirarse, para que las comunidades no se queden sin la atención de salud, hay que modificar el modelo de atención.

Durante este año se han realizado diferentes reuniones con el personal técnico de la FUMA y con los representantes de las comunidades, en ellas se analizaron los diferentes problemas que se tienen que enfrentar para validar un nuevo modelo de atención. De estas reuniones se obtuvo el siguiente listado de problemas, dentro del cual sé priorizo uno de ellos:

- ◆ Débil participación propositiva de otras O.N.G. en la zona, para lograr un trabajo coordinado.
- ◆ El modelo actual de atención está por desaparecer, debido a que el cooperante se retira.
- ◆ El Ministerio de Salud Pública no brinda atención en estas comunidades.
- ◆ La escasa participación comunitaria en los programas de la Fundación.

- ◆ La institución no es capaz por sí misma de dar sostenibilidad al modelo de atención actual.
- ◆ El Estado no asume la responsabilidad de brindar la atención en salud a estas comunidades.
- ◆ En las comunidades hay altos índices de analfabetismo, desempleo, pobreza y la mayoría de sus necesidades básicas no están satisfechas.

I-A) ANTECEDENTES.

LA participación comunitaria en salud es un componente fundamental de la estrategia de la Atención Primaria en Salud. Sus antecedentes provienen de múltiples experiencias desarrolladas prioritariamente en las comunidades de América Latina, Asia y Africa.

Los gobiernos de la región de las Américas acordaron en 1980, la definición de los objetivos regionales fundamentales orientados hacia la reducción de las desigualdades sociales y económicas (1). Se acordó que la Atención Primaria en Salud (APS) debe de ser una estrategia para la acción y el cambio de los Sistemas de Salud en su conjunto y no simplemente un programa de actividades. Se dará prioridad a las poblaciones rurales y marginadas y dentro de estas a las familias y trabajadores de alto riesgo. Siendo la participación comunitaria uno de los ejes de la APS, será necesario impulsar la misma.

Ante este contexto la participación comunitaria se inició en los programas de la FUMA, entre sus componentes estaba el de la “**PARTICIPACION COMUNITARIA**” el modelo fue creado por la agencia donante y ofertada a las ONGs que lo aceptaron y lo hecharon a andar hace ocho años, particularmente el componente de participación comunitaria fue el menos priorizado debido a que el resto de los componentes del modelo como son: Prevención y tratamiento de las enfermedades respiratorias y diarreicas agudas; salud reproductiva y perinatal; control de crecimiento y desarrollo requirieron un esfuerzo muy grande en el aspecto de entrenamiento al personal de promotores, de supervisión y seguimiento por parte del personal médico, llegando a una especialización muy importante en todos los aspectos mencionados. El promotor de salud se constituyo en el pivote principal de todo el trabajo de la comunidad, incluyendo el de promover la participación comunitaria bajo los criterios del donante,

de esta manera se convirtió la participación comunitaria en un elemento más del modelo, el cual no visualiza a esta como parte medular de la sostenibilidad futura del mismo.

Hasta el momento el componente de participación comunitaria en la FUMA, no cuenta con un modelo de evaluación que permita conocer el grado alcanzado de la misma, solo se han registrado actividades tales como: el número de comités; el número de voluntarios; el número de madres que asisten a los clubes, el número de directivas comunales; etc. Los cuales solo nos permiten medir las actividades y no los procesos, ni mucho menos el impacto que producen los mismos.

I-B) JUSTIFICACION.

Los recursos públicos en los países en vías de desarrollo pueden no bastar para dar cobertura sanitaria a los que más la necesitan. La participación de la comunidad en estos países es necesaria por la insuficiencia del sector público para hacerse cargo de la satisfacción de todas las necesidades de asistencia sanitaria.

La tarea de la participación comunitaria consiste en aportar estos recursos adicionales en forma de trabajo, materiales o dinero y los miembros de la colectividad se pueden involucrar en el trabajo voluntario o en el trabajo a tiempo parcial, para poder defender su propia salud. (2).

La tarea de la participación comunitaria consiste pues en aportar estos recursos adicionales, por que son fundamentales los recursos potenciales, no usados hasta entonces pero existentes en el seno de las poblaciones. Las palabras son: autoconfianza, autoayuda y recursos locales.

Para las comunidades en estudio y para la FUMA se hace necesario potenciar todos aquellos recursos locales no utilizados hasta el momento y que son de vital importancia para poder generar en las comunidades una nueva visión de la participación comunitaria, que sea la base fundamental para el futuro trabajo de la FUMA, sobre todo en estos momentos que el financiamiento para nuestras atenciones de salud esta por desaparecer. Si al final de esta investigación hemos logrado:

- ◆ Diseñar e implementar un modelo de evaluación del grado de desarrollo de la participación comunitaria.

- ◆ Contar con una línea base que permita medir la evolución o el avance en el progreso del desarrollo de la participación comunitaria.
- ◆ Lograr identificar los líderes que la comunidad reconoce como tal.
- ◆ La necesidad de valorar las organizaciones ya existentes en la comunidad, para trabajar con ellas sin necesidad de crear nuevas organizaciones alrededor de nuevos proyectos.
- ◆ Comparar los diferentes grados de participación comunitaria en los dos departamentos evaluados.

Para la FUMA esta forma de evaluación que se ha venido realizando constituye una debilidad, y es imperativo realizar una evaluación de la participación comunitaria como un proceso social complejo y muy necesario para el desarrollo de las comunidades.

II- Problema en estudio.

La Fundación Maquilishuati, ha venido desarrollando sus programas en 21 comunidades del área rural, las cuales serán evaluadas en el desarrollo de la participación comunitaria. Los programas se ha caracterizado por un pobre nivel participativo, el cual en los últimos ocho años no ha sido el esperado, ya que ha predominado la inestabilidad organizativa, la pasividad ante la situación precaria y en algunas de estas comunidades no se llevo a conformar directivas comunales, por lo que ante esta situación el problema planteado es:

“ Cual es el grado de desarrollo de la participación comunitaria alcanzado en los programas de la Fundación Maquilishuati, en las 21 comunidades rurales del departamento de Sonsonate y de La Libertad, después de ocho años de trabajo de la Fundación Maquilishuati con ellas, de Enero de 1991 a Diciembre de 1998.”

III- OBJETIVOS.

A- OBJETIVO GENERAL.

“Identificar el grado de desarrollo de la participación comunitaria alcanzado en los programas de la Fundación Maquilishuatl, en 21 comunidades rurales de los departamentos de Sonsonate y de La Libertad después de ocho años de trabajo de la Fundación Maquilishuatl. Enero de 1991 a Diciembre de 1998.”

B- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Caracterizar a los actores sociales y los mecanismos de participación en las actividades comunitarias del programa.
2. Conocer el grado de participación en la identificación de las necesidades de la comunidad.
3. Conocer las características de los procesos de participación comunitaria como componente de los programas de la Fundación Maquilishuatl.
4. Identificar las diferentes modalidades de gestión, organización y movilización de recursos en las comunidades.

IV- MARCO TEORICO

Desde 1978 en la declaración de Alma- Ata (3) en Rusia se ha reconocido en el ámbito mundial que la atención primaria en salud es un instrumento para extender la cobertura de los servicios de salud. A su vez esta estrategia tiene como uno de los requisitos fundamentales la participación comunitaria.

En América Latina también se ha reconocido la importancia y la necesidad de la participación comunitaria, aunque esta en la actualidad no se practica con la suficiente amplitud. Al momento hay diversas razones para favorecerla, pero no hay acuerdo sobre quién debe de participar, en qué o para qué.

Debe tomarse en cuenta, que la participación comunitaria no es una finalidad en sí misma, su último objetivo es administrar una mejor atención sanitaria y mejorar el bienestar de la población por medio del mutuo apoyo del gobierno, la sociedad civil y la comunidad. Para lograr que las comunidades puedan llegar a ser agentes de su propio desarrollo, en lugar de beneficiarios pasivos de la ayuda que reciben.

Susan Rifkin nos da la siguiente definición de participación comunitaria:

" ES UN PROCESO SOCIAL EN EL QUE LOS GRUPOS ESPECIFICOS CON NECESIDADES COMUNES QUE VIVEN EN UN AREA GEOGRAFICA DEFINIDA, PERSIGUEN LA IDENTIFICACION DE SUS NECESIDADES Y TOMAN DECISIONES Y ESTABLECEN MECANISMOS PARA SATISFACERLAS." (4)

4.1 LA PARTICIPACION COMUNITARIA.

La participación comunitaria no es un hecho aislado sino que debe de entenderse como un proceso en el cual no depende exclusivamente de la buena voluntad de los cooperantes, de las ONGs y de las comunidades.

En la declaración de Alma-Ata, se establece que para que dicho proceso tenga éxito se tendrá que cumplir con los siguientes requisitos: (5)

1. La existencia de una política nacional de salud definida y clara que pueda promover la cohesión de la comunidad.

2. La participación comunitaria requiere un mutuo apoyo entre las comunidades, gobiernos e instituciones de la sociedad civil, reforzado por un caudal fluido de comunicación y retroalimentación.
3. Delegación de la responsabilidad, autoridad y recursos para establecer y desarrollar la Atención Primaria en Salud en la comunidad y descentralización de la burocracia del gobierno.
4. Fomento de la responsabilidad individual o autocuidado y cuidado familiar adoptando estilos de vida saludables.
5. El grado en que el plan nacional refleja las aspiraciones y las necesidades locales.

En conclusión para lograr una participación comunitaria real y efectiva hay que trasladar el poder, las responsabilidades y los recursos a la población, solo así se crearan las bases sólidas para una participación comunitaria consciente y crítica de su problemática.

Se han podido detectar también factores que limitan la participación, los cuales son los siguientes:

1. Estructura administrativa centralizada, que no estimula ni acepta el autogobierno.
2. La falta de voluntad política en aceptar la participación comunitaria.
3. La estructura sectorial y vertical de muchos servicios nacionales de salud.
4. Los costos que supone la participación comunitaria.
5. Los políticos perciben la participación comunitaria como una amenaza a su poder.
6. Los profesionales sanitarios pueden experimentar hostilidad hacia la participación comunitaria porque disminuye su control.
7. Los objetivos de la participación comunitaria se perciben de forma diferente para el gobierno y la comunidad.

A pesar de la importancia de la participación comunitaria no se han establecido criterios precisos para valorarla en forma concreta. En la mayoría de los países hasta la fecha la evaluación de la participación comunitaria es meramente un relato documentado, basado en el número de actividades realizadas, generalmente alrededor de un proyecto, por lo que al final nos queda la duda si la participación es adecuada o si se puede mejorar. En nuestro país hasta el momento han sido pocos

los intentos que se han realizado para evaluarla, hasta donde logramos investigar no se han utilizado métodos que permitan realizarla de manera sistemática.

4.2 LA EVALUACION DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN LOS PAISES DE AMERICA LATINA.

El desarrollo de esta investigación nos permitió conocer varios métodos para evaluar la participación comunitaria, dentro de ellos tenemos la revisión realizada por **Muller (6)**, en Perú en la cual se hace énfasis sobre todo en el financiamiento. Luego tenemos la valoración realizada por **Agudelo(7)**, en este método se propone la valoración de la participación en tres campos, que son los siguientes: la amplitud y su totalidad; el financiamiento y el tipo de gestión; al revisar dicha valoración con detenimiento se observó que es un método bastante extenso y complicado, por lo que en honor al tiempo se seleccionó al final el método elaborado por **Bichman W; Rifkin S; Sheresta M, (8)** el cual se aplicó por primera vez en Nepal y consideramos que es posible aplicarlo en las comunidades rurales en las que ha trabajado la Fundación. Estos autores refieren que con frecuencia los planificadores han demostrado la existencia de una participación comunitaria examinando las actividades más que los procesos, sin embargo para los planificadores de muchos países es necesario tener información sobre todos los procesos susceptibles de influir en el cambio. Por lo que después de examinar 200 casos prácticos se identificaron los factores que a juicio de los autores, influyen en la participación comunitaria; entre estos figuran los siguientes: **a) identificación de las necesidades; b) liderazgo; c) organización; d) movilización de recursos; e) gestión.** Se agregó un sexto que es: **f) amplitud de la participación.**

Esta evaluación se basa en un cuestionario elaborado para tal fin (**ver anexo #1**), con diferentes preguntas que investigan de manera separada cada uno de los descriptores mencionados anteriormente. Una vez analizadas las respuestas se tratarán de colocar en una matriz (**matriz # 1 y 2**), basándose en los indicadores o descriptores se ha construido una escala con diferentes valores para medir los grados de participación comunitaria y se presentarán en gráficos de radar para cada departamento.

4.3 CARACTERIZACION DE LOS DEPARTAMENTOS EN LOS CUALES SE ENCUENTRA LOS PROYECTOS DE LA FUNDACION MAQUILISHUATL.

A) Departamento de Sonsonate.

Los grupos poblacionales de este departamento tienen una etnia indígena, los cuales conservan la mayoría de sus tradiciones vigentes. En estas comunidades se inicio el trabajo de la Fundación hace más de ocho años, son las de mayor antigüedad en recibir los beneficios de los programas de nuestra institución.

En ellas la densidad poblacional es de 200 habitantes por Km², los niveles de ingresos promedios son de aproximadamente 700.00 colones mensuales. En cuanto a la tenencia de tierras el 50% son pequeños propietarios; el 45 % son arrendatarios y el 5 % son cooperativistas, la principal fuente de ingresos proviene de la agricultura, dentro de los principales cultivos esta el café, hortalizas, frutas.

El servicio de agua ofrece una cobertura del 43 % de la población total, las aguas negras y lluvias solo es prestado al área urbana, en un 40 %.

Hay otros organismos que trabajan en la zona como son Visión Mundial, CARITAS. Cuentan con un promotor de salud y una escuela que cubre hasta noveno grado. El 65% de la población esta constituido por menores de 15 años y mujeres en edad fértil. En perfil epidemiológico hay un predominio de las enfermedades prevenibles, con altos índices de mortalidad infantil y materna.

B) Departamento de La Libertad.

Estas comunidades se encuentran localizadas en la zona costera denominada la Cordillera del Bálsamo, en el municipio de Chiltuipan, es uno de los departamentos más pobres de nuestro país y uno de los que tienen problemas más grandes por la devastación de su medio ambiente. Los índices de pobreza sobrepasan el 60 % de la población, el 80 % son colonos, los cuales no son dueños de las tierras, están dedicados a las actividades agrícolas, por la pobreza de sus suelos tienen que migrar a otros departamentos para la época de cortas de café.

El ingreso mensual oscila entre 500 a 600 colones por familia.

EL acceso a los servicios básicos es sumamente limitado, cuentan además con un promotor de salud, que tiene que prestar servicio a varias comunidades, la escuela

únicamente tienen hasta segundo grado. Mantienen altos índices de desnutrición , morbilidad y mortalidad materna e infantil.

4.5 SEMANTICA.

En este apartado trataremos de recopilar una serie de definiciones con respecto a los términos más utilizados dentro de este trabajo de investigación.

a) participación comunitaria: Como sabemos existen múltiples definiciones de participación comunitaria, ya que no la podemos definir de manera universal y la misma da lugar a las interpretaciones más diversas y hasta antagónicas. Al iniciar el estudio del concepto de participación se hace a partir del vocablo latino del cual deriva: “ **participare** “, tomar parte, lo que implica la pretensión de los actores sociales de ser autores de los procesos sociales que les conciernen.

Después de una extensa revisión se escogió la siguiente definición, basándonos en **S. Rifkin**: “ Es un proceso social en el que los grupos específicos con necesidades comunes que viven en un área geográfica definida, persiguen la identificación de sus necesidades y toman decisiones y establecen mecanismos para satisfacerlas.” **(4)**

b) Amplitud de la participación comunitaria: Si observamos detenidamente una comunidad podemos encontrar que su integración se produce por medio de la presencia o ausencia de cuatro instrumentos, estos nos reflejan el grado de desarrollo y experiencia de esa comunidad. Estos instrumentos son en la mayoría de los casos: el promotor de salud; el comité de salud u organizaciones comunitarias similares; otras organizaciones comunitarias como juntas comunales, comités de vecinos, etc. y la comunidad como colectividad que participa en ciertas acciones respaldadas por un número considerable de habitantes.

c) Identificación de las necesidades: Este criterio nos permite establecer y evaluar la forma como la comunidad por medio de sus instrumentos se involucra en la identificación y solución de los principales problemas de la comunidad. Nos permite conocer que mecanismos utiliza para acercar los diferentes puntos de vista que existen entre los planificadores y la población.

d) Liderazgo: Son aquellos individuos que ocupan lugares especialmente bien comunicados en el conjunto de redes sociales, lo que los hace muy útiles como fuentes de información y como difusores de mensajes.

e) Organización.

Representa la agrupación sistematizada de un conjunto de individuos que tienen una estructura, unas normas y propósitos definidos.

f) Movilización de los recursos de la comunidad.

Es la disposición de las fuerzas de la comunidad para operar y lograr un objetivo concreto e inmediato. Por lo general en nuestra experiencia se da en la forma de ejecución de tareas.

g) Gestión.

Implica la capacidad de los instrumentos comunitarios para proponer y alcanzar un objetivo, por su propia voluntad y con sus propias fuerzas, ya sea con apoyo del exterior o sin él. Existen al menos tres tipos: a) autogestión; b) coadministración y recepción pasiva de los servicios.

V- HIPOTESIS.

La intervención de la Fundación Maquilishuatl dentro de las comunidades rurales, es uno de los factores importantes para lograr el grado de desarrollo de la participación comunitaria, en los programas implementados por la Fundación en los departamentos de La Libertad y Sonsonate desde el año de 1991.

VI- DISEÑO METODOLOGICO.

Se realizo una investigación evaluativa de tipo cuantitativa, con el propósito de medir el grado de la participación comunitaria en los programas desarrollados por la Fundación Maquilishuatl, tomando en cuenta que la intervención de la Fundación es uno de los factores importantes en lograr el desarrollo de la misma.

No se pudo realizar una comparación antes y después, ya que no se cuenta con los datos anteriores a esta evaluación, la cual servirá como una línea basal.

La población de las 21 comunidades rurales de los departamentos de La Libertad y Sonsonate en las cuales ha trabajado la FUMA durante 1991 a 1998, constituyen el universo de esta investigación.

La mayoría de las comunidades en donde se han desarrollado los proyectos de la FUMA, su población pertenece a la etnia indígena.

6.1 METODOS PARA EVALUAR LA PARTICIPACION COMUNITARIA.

El desarrollo de la investigación nos permitió conocer varios métodos para evaluar la participación comunitaria, dentro de estos tenemos la revisión realizada por **Muller (6)**, en Perú en la cual se hace énfasis sobre todo en el financiamiento. Luego tenemos la revisión realizada por **Agudelo (7)**, en este método se propone la valoración de la participación comunitaria en tres campos que son los siguientes: la amplitud y su totalidad; el financiamiento y el tipo de gestión. Al revisar con detenimiento dicho método se concluyo que es bastante extenso y complicado, por lo que en honor al tiempo se selecciono al final el método elaborado por **Bichman W; Rifkin S; Sheresta M (8)**. Este método se aplico por primera vez en Nepal y consideramos que es posible aplicarlo en las comunidades rurales con las cuales ha trabajado la Fundación.

Estos autores refieren con frecuencia que los planificadores han demostrado la existencia de una participación comunitaria examinando las actividades más que los procesos, sin embargo para los planificadores de muchos países es necesario tener información sobre todos los procesos susceptibles de influir en el cambio. Por lo que

después de examinar 200 casos prácticos se identificaron los factores que a juicio de los autores, influyen en la participación comunitaria; entre estos figuran los siguientes:

a) identificación de las necesidades; b) liderazgo, c) organización; d) movilización de los recursos; e) gestión. Se agrego un sexto que es: **f) amplitud de la participación.**

Estos seis factores se utilizaran para tratar de determinar el grado de participación comunitaria, ellos pueden servir para evaluar la participación en un programa determinado: a) en diferentes momentos; b) por diferentes planificadores; c) por diferentes participantes.

6.2 MARCO MUESTRAL.

El plan de muestreo incluye varios criterios para seleccionar de las 21 comunidades rurales a 6 de ellas las cuales cumplieron los siguientes criterios:

- ◆ La fundación ha trabajado en ellas por lo menos 5 años.
- ◆ Son comunidades rurales de difícil acceso.
- ◆ Carecen de servicios de salud convencionales.

La unidad de análisis fue el componente de participación comunitaria, en las 6 comunidades seleccionadas.

Para seleccionar a los sujetos de las comunidades a quienes se iban a entrevistar se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Del sexo femenino o masculino.
- Vivir en las comunidades por más de cinco años.
- Ser beneficiario de los programas de la Fundación Maquilishuatl.

6.2 DESCRIPTORES.

Para determinar el grado de participación comunitaria se utilizaron 6 descriptores los cuales han sido identificados por **Bichman. W; Rifkin S; Sheresta M; (8)** como los principales factores que influyen en la participación comunitaria.

Estos descriptores son: **a) amplitud de la participación comunitaria; b) identificación de las necesidades de la comunidad; c) organización comunitaria; d) movilización de los recursos de la comunidad y e) gestión.**

La información al respecto se recopila mediante entrevistas realizadas a los miembros de las comunidades. El análisis de las respuestas se hizo utilizando técnicas cualicuantitativas, se aisló cada uno de los descriptores para luego ordenar las respuestas de acuerdo a la similitud de su contenido y en otros casos se realizó mediante el uso de porcentajes.

Con esta información y con la colaboración de los actores claves de las comunidades se ubicaron en las matrices **(1 y 2)**, elaboradas para medir el grado de participación de la comunidad, para construir esta escala a los descriptores se les asignó un valor escalar de:

- BAJA.
- MEDIA.
- ALTA.

Para determinar el valor escalar de cada descriptor nos basamos en los siguientes criterios, dentro de los cuales tenemos el modelo de atención que se desarrolló en las comunidades, el cual desde el principio descansaba en la presencia del promotor de salud asalariado y en la visita domiciliar realizada por este.

Otro de los criterios que se tomó en cuenta fue la revisión realizada por Agudelo(7), según la cual en todas las comunidades vamos a encontrar siempre cuatro instrumentos comunitarios, los cuales son: a) el promotor o agente de salud; b) los comités u organismos similares; c) otras organizaciones comunitarias y d) la comunidad colectivamente. Cuya presencia o ausencia reflejan el grado de desarrollo y experiencia de la comunidad. Combinando ambos criterios establecimos que lo

mínimo que deberíamos encontrar en las comunidades en donde estaba trabajando la FUMA era la presencia del promotor de salud, esta presencia sé catálogo como grado bajo, a mayor número de instrumentos presentes, mayor es el grado de amplitud, de esta manera se fueron catalogando como medio o alto. Para la organización se considero como lo mínimo que deberíamos encontrar era la presencia del comité de salud, ya que el modelo de atención demandaba al promotor de salud organizar dentro de la comunidad a dicho comité para que le sirviera de apoyo en sus actividades, por lo que a la presencia del comité se le asigno el valor de bajo, luego dependiendo de la complejidad y diversidad de organizaciones presentes se fue asignado los valores de medio o alto.

Para todas las comunidades dentro del modelo de atención se asigno un financiamiento por parte de la Fuma, el cual se llamo asignación externa, al inicio el 100% provenía de los fondos exclusivos de la institución, se pretendía que en la medida que las comunidades movilizaran sus propios recursos la asignación externa fuera disminuyendo. También sabemos en teoría que existen tres tipos de aportes comunitarios los cuales son: a) ejecución de tareas; b) aporte de materiales y c) aporte monetario. Al combinar ambos factores establecimos de nuevo que lo mínimo que podíamos encontrar en nuestras comunidades era que la asignación externa se mantuviera en un 100% y que la comunidad no colaborara o lo hiciera de manera escasa en la ejecución de tareas, por lo que ha esta situación se designo grado bajo, luego en la medida que la asignación externa va disminuyendo, se supone que va aumentando el aporte comunitario por lo que se le asigno un valor medio o alto según le caso.

El modelo de atención establecía que la administración de los programas, era un atributo exclusivo de la FUMA, a través de su personal, sin tomar en cuenta a la comunidad. En teoría sabemos también que existen al menos tres diferentes tipos de gestión: a) recepción pasiva de los servicios; b) coadministración y c) autogestión. Al combinar ambos factores determinamos que el grado más bajo debía de corresponder a recepción pasiva de los servicios y así sucesivamente hasta llegar al grado alto. Según la escala elaborada (**matriz 1 y 2**) los valores obtenidos se representan en la (**matriz 3 y 4**) para cada departamento y también en un gráfico de radar para cada una de ellas, los cuales nos permitieron compararlos (**ver anexo**). Los datos

obtenidos no se pueden poner en el centro de gráfico de radar, que equivale a cero por que siempre existe algún grado de participación.

6.3 OBTENCION Y FUENTES DE INFORMACION.

Para la obtención de la información de las fuentes primarias se diseño un instrumento para realizar una entrevista a los diferentes miembros de las comunidades. Este instrumento contiene una combinación de preguntas abiertas y cerradas que nos permitieron recoger la percepción de las comunidades sobre los principales factores que influyen en la participación comunitaria.

Se utilizo también fuentes secundarias como son algunos documentos de la FUMA, de donde se obtuvo los porcentajes de asignación externa para cada comunidad.

6.4 PROCEDIMIENTOS.

El diseño, supervisión y realización de la entrevista fue realizado por el equipo conformado por las investigadoras, con el apoyo del personal técnico de la FUMA y por un grupo de los miembros de las comunidades que fueron escogidos como encuestadores.

Para la capacitación de los encuestadores se realizo un taller con la participación de las investigadoras y el equipo técnico de la FUMA. Los encuestadores son miembros de las comunidades en las que se realizó la investigación pero no trabajan con la FUMA.

En dicho taller se explico y reviso cada una de las preguntas de la entrevista, posteriormente se realizaron algunas modificaciones de acuerdo a los aportes de todos los participantes.

Una semana después se realizó la validación del instrumento, en una comunidad rural diferente a las 6 comunidades que se incluyeron en el estudio. Posteriormente se reviso de nuevo el instrumento y se modifico según fue necesario.

Para obtener la información se realizaron 100 entrevistas repartidas en las 6 comunidades seleccionadas. Dichas entrevistas se llevaron a cabo de casa en casa de los habitantes de las comunidades, las cuales se escogieron al azar y de forma alterna.

6.5 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.

Para el procesamiento de los datos se utilizo un paquete informatizado para el procesamiento de texto como es el WORD 97 DE WINDOWS.

Se construyeron tablas con la información obtenida para cada pregunta

Las preguntas y respuestas sobre los factores que influyen en la participación comunitaria nos permitieron evaluar por separado cada descriptor.

El análisis de las respuestas se hizo utilizando técnicas cualicuantitativas, se aísló cada descriptor para luego ordenar las respuestas de acuerdo a la similitud de su contenido y en otros casos se realizo mediante el uso de porcentajes

Matriz (1).

VARIABLE DEPENDIENTE.	INDICADORES.	ESCALA.	VALOR.
GRADOS DE PARTICIPACION COMUNITARIA.	<p>AMPLITUD PARTIC.: <ul style="list-style-type: none"> • en actividades de la comunidad. • en la solución de los Problemas. • Hay participacion voluntaria </p> <p>IDENTIFICACION DE NECESIDADES. <ul style="list-style-type: none"> • quién identifica las necesidades. • ha participado Uds. en identificarlas. • se identifican de manera general o solo para salud. </p> <p>LIDERAZGO. <ul style="list-style-type: none"> • como debe de ser un líder. • a quienes reconoce como líderes. • a que grupos representan los líderes. </p>	BAJA.	1
	<p>ORGANIZACION <ul style="list-style-type: none"> • cuantos grupos organizados hay. • en que han ayudado a la comunidad.. </p> <p>MOVILIZACION DE RECURSOS. <ul style="list-style-type: none"> • los servicios de salud que recibe son gratis. • quien da el dinero para los S.S. que recibe. • como contribuye la comunidad en los S.S. • existe fondo rotatorio. </p> <p>GESTION. <ul style="list-style-type: none"> • Quien administra los servicios. • Quien toma las decisiones </p>	MEDIA.	2
		ALTA.	3

(2)

**MATRIZ DE EVALUACION DEL DESARROLLO DE LA
PARTICIPACION COMUNITARIA “ FUNDACION MAQUILISHUTL”.**

INDICADOR.	BAJA=1	MEDIANA=2	ALTA=3
• Amplitud de la participación.	La mayoría del trabajo lo realiza el promotor sin ayuda.	Los comités realizan algún trabajo, por iniciativa del promotor.	Los comités trabajan de manera constante y regular, junto con la comunidad y por su propia iniciativa.
• Identificación de necesidades.	Necesidades impuestas por la ONG a través del promotor. No toman en cuenta otros actores para la toma de decisiones, solo se identifican necesidades de salud.	Las necesidades las identifica el promotor, en conjunto con los comités. No convocan a Asamblea, ellos deciden, la mayoría de las veces solo para salud.	Las necesidades las identifican la comunidad en Asamblea, la cual toma decisiones en conjunto.
• Liderazgo.	Reconoce como líder únicamente al promotor, quien representa a la ONG.	Reconoce varios líderes dentro de la comunidad, pero estos representan a grupos específicos.	Reconoce varios líderes dentro de la comunidad y estos representan a toda la comunidad.
• Organización.	Existe un comité funcionando, es poco conocido, trabaja poco, de manera aislada y recibe un salario o incentivos.	Existen varios comités, cooperativas, directivas, son reconocidas, trabajan frecuentemente de forma voluntaria pero de manera aislada.	Existen varias organizaciones comunitarias, su trabajo es voluntario, constante y de forma coordinada entre sí.
• Movilización de recursos.	Reciben servicios semigratuitos, la comunidad no colabora. La asignación externa* es del 100%.	La comunidad comparte el pago de los medicamentos, colabora con trabajo voluntario ocasional, la asignación de recurso es del 80%.	La comunidad comparte el pago de los servicios de salud, presta trabajo voluntario, recursos materiales, la asignación externa es del 60%.
• Gestión.	La ONG. Administra la asignación externa * y los otros recursos con que cuentan y actividades de la comunidad.	El promotor administra la asignación externa, los recursos con que cuenta la comunidad y las actividades, pero en representación de la ONG.	Los comités administran la asignación externa, los recursos de la comunidad, pero en representación de la comunidad.

* Los porcentajes de la asignación externa son según datos manejados por la ONG.

VII- RESULTADOS.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de las entrevistas, se presentan a continuación, de acuerdo al orden de las preguntas en el cuestionario.

7.1 DATOS GENERALES DE ENTREVISTA.

A) DISTRIBUCION POR SEXO.

- Los datos indican que el número de hombres y mujeres encuestados es bastante similar, en ambos departamentos. Esta variable se incluyó para tratar de determinar si existe alguna diferencia en la frecuencia de la participación de acuerdo al sexo.

B) DISTRIBUCION POR EDAD.

- En las personas encuestadas predominan las de edad económicamente activa para ambos departamentos.

7.2 AMPLITUD DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA.

1- ¿ Quiénes participan en las actividades de la comunidad?

- Observamos que los actores que en su gran mayoría están participando son el promotor, los comités y la comunidad, esta actuación es en forma conjunta. Para la FUMA, esta nueva modalidad de participación es un avance, ya que se ha logrado que tres importantes actores, de la comunidad, desarrollen un trabajo coordinado, que posiblemente no depende del impulso de uno solo de ellos. Ya que en las etapas iniciales del trabajo con las comunidades la participación giraba en torno a la actuación del promotor, quien impulsaba el trabajo de los otros.
- Nos llama enormemente la atención que el Alcalde y las Juntas Directivas, alcanzan únicamente un 7% en Sonsonate y un 2% en La Libertad, esta situación es importante de tomarla en cuenta, ya que podemos inferir que la población no percibe aun, la participación del alcalde, el cual debería ser un

actor clave para dichas comunidades logrando así un apoyo significativo en las estrategias de desarrollo local.

- Los datos para ambos departamentos son bastante similares.

2- ¿ Quiénes participan en la solución de los problemas de la comunidad?

- Para el departamento de Sonsonate en primer lugar tenemos a los comités, el promotor y la comunidad, en conjunto, esto es importante ya que la modalidad que predomina es la del trabajo coordinado de estos tres actores.
- En segundo lugar tenemos al promotor de salud como actor individual, pero con una diferencia marcada de puntaje.
- Para el Departamento de la Libertad observamos que primero aparecen mencionados el grupo del promotor, comités y comunidad actuando en conjunto y en segundo lugar con un puntaje bastante parecido tenemos al promotor de salud, como actor individual.
- En esta comunidad el promotor de salud, juega un importante papel, lo cual tiene un lado positivo, el cual es que la comunidad lo identifica y reconoce su trabajo. Pero por otro lado implica cierto grado de dependencia hacia esta figura, propiciado por que los servicios se han brindado bajo un modelo asistencialista basados en la figura del promotor.

3- ¿ Participa Ud. en las actividades de la comunidad?

- Los resultados obtenidos son alentadores, ya que el 80 % de las personas encuestadas consideran que si participan.
- Al separar las respuestas de acuerdo a la variable sexo, no observamos en este estudio ninguna diferencia en cuanto a la frecuencia de la participación determinada por el sexo, los resultados son válidos para ambos departamentos.
- Si observamos que la mayoría de los comités o directivas están constituidas casi exclusivamente por miembros del sexo masculino, en cambio las mujeres están involucradas más en la ejecución de tareas dentro de las actividades comunitarias.
- Al preguntar por que sí participan las respuestas obtenidas nos indica que los miembros de la comunidad perciben su participan sobre todo en el área de ejecución de tareas de los programas que se desarrollan en ella. Por lo que la modalidad de participación que predomina, continua siendo subordinada a las decisiones de actores claves y limitada en su gran mayoría a la ejecución de tarea. Aunque esta modalidad la podríamos considerar como una etapa previa a otro tipo de participación más autónoma, en la cual se desarrolle sobre todo la participación en la toma de decisiones y gestión.
- Al preguntar por que no participan, las respuestas se pueden dividir en dos grandes grupos, en el primero están las siguientes: “ **no tiene tiempo**”, “

TRABAJO DE TESIS: “ LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.”

- **tiene que vender “, no tiene quién le cuide los niños “**; las cuales constituyen limitaciones propias de su realidad socio económica, cultural y son difíciles de modificar en tiempo corto. En el otro grupo de respuestas, como: “ **no sé**”, “ **no me doy cuenta** “, “ **no sabe como**”; lo que denotan es una falta de comunicación o de interés por parte de los miembros de la comunidad, estas si permiten diseñar algunas estrategia para tratar de superarlas a mediano plazo.
- Para ambos departamentos los datos obtenidos son similares.

7.3 IDENTIFICACION DE LAS NECESIDADES EN LA COMUNIDAD.

4- ¿ Quiénes trabajan en identificar las necesidades?

- El objetivo de esta pregunta es tratar de conocer cual es o son los actores que trabajan en esta área dentro de la comunidad y los resultados muestran que son los entes organizados, como son las juntas directivas y estas con la comunidad en conjunto, las que predominan sobre los actores individuales, lo cual se puede considerar un avance ya que las necesidades no son impuestas por entes externos a la comunidad, sino que su identificación es el resultado de un consenso, este es cierto para el caso del departamento de Sonsonate.
- En La Libertad, el rol de la Directiva es apenas de un 24.5% y la comunidad como actor individual, lo sobrepasa al haber alcanzado un 35%, esto permite inferir que el trabajo de estas Directivas es débil y no están cumpliendo con una de sus funciones principales, lo que permite que la comunidad sin ninguna guía asuma esta función.

5- ¿ Participa Ud. en identificar las necesidades de su comunidad?

- Los datos demuestran que para ambos departamentos la participación es alta y de nuevo no existe una diferencia en la frecuencia de la participación determinada por el factor sexo. Lo cual es importante ya que en el caso de la mujer en esta investigación se observa que se amplía el espacio de participación al área de identificación de las necesidades.
- La mayoría de las personas al preguntarles por que sí participan contestaron que: “**por que son miembros de la comunidad**”, esto es sumamente positivo, ya que existe un sentido de pertenencia a la comunidad el cual los vuelve actores importantes dentro de ella.
- Las personas que no participan que son la minoría, no se perciben como responsables de la solución de los problemas que tienen y adoptan la posición cómoda de que sea otro quién los resuelva, según ellos este papel es exclusivo de las juntas directivas.

6- ¿En su comunidad como se determinan las necesidades de salud?

- Para ambos departamentos el 98 % de los datos afirman que las necesidades se determinan en conjunto, reunida la comunidad en pleno, pero sabemos que se requiere hasta la fecha del acompañamiento muy cercano de la Fundación, para que estas actividades alcancen el éxito deseado. Es importante destacar que solamente una persona no supo que responder a esta pregunta, por lo que la mayoría de la comunidad maneja la información de cómo se determinan las necesidades en su comunidad, lo que demuestra una alta motivación sobre este tema.

7- ¿Cuándo se toman decisiones se hacen en conjunto o decide una sola persona?

- El 98% de los encuestados para ambos departamentos contestaron que la toma de decisiones se hace en conjunto, con la participación de los actores claves de la comunidad. Indicando un avance importante, cambiando la modalidad anterior en la cual la toma de decisiones se hacia desde afuera de la comunidad, sin involucrar a la misma y generalmente quien tomaba las decisiones era un actor de manera individual, imponiendo siempre sus criterios.

8- ¿ Cuándo se identifican las necesidades es solo para el área de salud?

- La mayoría de los encuestados contestan que la identificación de necesidades es para todas ellas, lo cual es importante ya que demuestra que tienen una visión integral de su realidad y de la solución de sus problemas. Los resultados son similares en ambos departamentos.

7.4. LIDERAZGO.

9- ¿ Cómo debe de ser un líder?

- De nuevo el 100 % de los encuestados respondió ha esta pregunta, de una manera sencilla, pero demostrando bastante claridad y conocimiento acerca de las cualidades que debe de tener una persona que se considere un líder. La mayoría de las descripciones realzan el espíritu de servicio hacia los demás, como característica fundamental para ejercer el liderazgo dentro de las comunidades, lo cual debe de tenerse en cuenta para la promoción del liderazgo comunitario.
- Es de hacer notar que no se asocia dentro de las descripciones de liderazgo la pertenencia a partidos políticos, pero si la pertenencia a organizaciones de carácter religioso, lo cual es importante de tomar en cuenta, ya que los líderes

religiosos son reconocidos por la comunidad, lo cual debería de aprovecharse para lograr un mayor acercamiento a la comunidad.

10- ¿ A quienes reconoce como líderes en la comunidad?

- En ambos departamentos, identifican en primer lugar como líderes a las organizaciones comunales propias de la comunidad, los actores sociales de manera individual ocupan en general lugares de menor importancia en su percepción, con excepción del promotor de salud. Esto implica que estas instancias organizadas han ganado un espacio y un reconociendo importante por parte de las comunidades.
- En cuanto al promotor de salud, ha logrado ocupar este papel a pesar de que su trabajo es asalariado, logrando comprometerse con las comunidades.
- En el departamento de La Libertad el tercer lugar lo ocupa la directiva de EDUCO(), en cambio en Sonsonate este es reemplazado por los grupos religiosos.

11- ¿ A que grupos representan los lideres en su comunidad?

- Las respuestas obtenidas indican que los lideres representan a grupos organizados específicos y no a la comunidad como tal, los grupos a los que los lideres representan son los mismos ya mencionados en las respuestas anteriores, a excepción de que en La Libertad se menciona a la Fundación Maquilishuatl.

7.5 ORGANIZACIÓN COMUNITARIA.

12- ¿Que grupos organizados conoce en la comunidad?

- Los datos demuestran que siempre hay un predominio en Sonsonate de las directivas comunales, de los grupos religiosos y aparece en tercer lugar un nuevo grupo el cual es los Alcohólicos Anónimos, que tendría que abordarse la factibilidad de su colaboración, debido a sus características particulares de organización, las cuales restringen su accionar en otros campos diferentes al propio.
- En el departamento de la Libertad, el primer lugar lo ocupa la directiva de EDUCO, el segundo lugar el comité de salud y el tercer lugar la directiva comunal.
- Para ambos casos se deberá favorecer una mejor comunicación y coordinación entre los diferentes grupos con que cuentan, para lograr alcanzar objetivos comunes y no duplicar esfuerzos.

13- ¿ Porque trabajan estos grupos?

- Para ambos departamentos la respuesta predominante es que se trabaja para resolver los problemas de la comunidad, lo cual es positivo pues tienen un

TRABAJO DE TESIS: “ LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.”

objetivo común que de hecho puede potenciar la organización y su desarrollo futuro.

- La toma de decisiones todavía es limitada, como se explico anteriormente la modalidad de participación / acción es la predominante.

14- ¿Reciben algún pago o salario?

- La participación según los datos indica que es voluntaria y todos los miembros de las comunidades conocen la existencia de esta modalidad. Lo cual no niega la necesidad de promover incentivos al voluntariado para que sea un mecanismo que motive la participación constante.

7.6 MOVILIZACION DE LOS RECURSOS DE LA COMUNIDAD.

15- ¿ Los servicios de salud que reciben son gratis?

- La población encuestada en ambos departamentos es enfática en decir que no son gratis los servicios que reciben, por lo tanto también implica que ellos aportan de alguna manera al costo de las atenciones que reciben, en nuestra experiencia este aporte es mínimo y no alcanza ni el 1% del total de presupuesto destinado a la prestación de los servicios de FUMA en estas comunidades, siendo imposible mantenerlos sin el aporte de la cooperación externa, además el Estado no da ningún apoyo financiero a dicha prestación.

16- ¿Cuánto paga usted por los servicios de salud que recibe?

- En los dos casos la mayoría responde que la colaboración económica depende del tipo o cantidad de medicamento que reciban.
- El aporte económico de las comunidades, solo esta orientado a pago o colaboración por los medicamentos, ya que así fue diseñado el programa, habiéndose instaurado un fondo rotatorio para tal fin.

17- ¿ Quién paga los servicios de salud que usted recibe?

- Los principales financiadores identificados son FUMA y el Estado, lo cual indica que los servicios son subsidiados por entidades externas a la comunidad.

18- ¿ Contribuye la comunidad con sus propios recursos?

- En Sonsonate el 78 % respondió que si contribuyen, dicha colaboración es de suma importancia para los programas que se ejecutan.

- En La Libertad la contribución es menor que el caso anterior pero es de tomarse en cuenta que las características propias de este departamento en donde las condiciones de pobreza son marcadas.

19- ¿ Contribuye Ud. con sus propios recursos?

- La mayor parte contesta que sí, en ambos departamentos pero al tomar en cuenta porque si consideran que contribuyen, la contribución la perciben por el uso que hacen de los servicios, esto es importante porque al menos hacen uso de los mismos y pareciera que se sienten parte de ellos. Hasta la fecha el tiempo que el voluntariado aporta no ha sido completamente valorado, por lo que consideramos que debe ser objeto de un mayor estudio para cuantificar su aporte real a los servicios.
- Al analizar las respuestas de por que sí consideran que contribuye con sus propios recursos observamos que en ambos casos la mayoría de ellos responde que contribuye por que participan en algunas actividades invierten pues su tiempo o son beneficiarios de los programas, pero no mencionan colaboración con materiales.
- En cambio los que no colaboran si mencionan en su gran mayoría que no lo hacen por que no tienen dinero o tiempo.

7.7 GESTION COMUNITARIA EN SALUD.

20- ¿ Quién controla los fondos de la comunidad?

El control esta ejercido a predominio de FUMA en ambos casos, también relacionan el uso de fondos a las Directivas comunales, el nivel de desarrollo en el área de gestión es muy bajo.

VIII- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

La participación comunitaria no es más que la integración de la comunidad al proceso administrativo y financiero de los servicios de salud, sea este de atención primaria o de otro tipo. Esta integración implica que la comunidad participe en la planificación, organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y disponibles.

Iniciaremos la discusión de los resultados analizando el conjunto de datos obtenidos para cada descriptor, luego se incorporaran a la matriz de evaluación de la participación comunitaria, construida para tal fin (**ver matriz 2**), iniciaremos la discusión con los datos del departamento de Sonsonate y luego se hará lo mismo para el departamento de La Libertad, al final compararemos los resultados de ambas matrices.

A) Iniciaremos analizando los datos obtenidos para el Departamento de Sonsonate.

8.1 A- AMPLITUD DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA

Después de estudiar estas comunidades podemos observar que su integración se produce por medio de ciertos instrumentos comunitarios existentes en dichas comunidades, podemos afirmar que la presencia o ausencia de ellos indican el grado de desarrollo de participación comunitaria y de la experiencia ganada por la misma.

En el departamento de Sonsonate observamos que según los resultados obtenidos es estas comunidades contamos con la presencia de los cuatro instrumentos principales como son: **el promotor de salud; los comités; la comunidad colectiva y otras organizaciones como juntas, cooperativas etc.** Al momento de este estudio predomina el trabajo integrado de los tres primeros actores mencionados. El impulso para esta modalidad de participación ya no depende de una sola persona, sino que esta más fundamentado en el trabajo de los comités y la comunidad. También el 80% respondió que ellos participan en las actividades de la comunidad, por lo mencionado anteriormente consideramos que **el grado de participación en el descriptor de amplitud es alto**, y la amplitud de los instrumentos que han alcanzado estas comunidades refleja por lo tanto su respuesta global ante sus problemas.

8.2 A- IDENTIFICACION DE LAS NECESIDADES EN LA COMUNIDAD.

Al analizar las diferentes respuestas obtenidas podemos concluir que en estas comunidades las necesidades se determinan en asamblea y que en esa misma forma se toman las decisiones, lo cual es importante ya que la comunidad se involucra en la planificación, permitiendo una mejor aproximación de los puntos de vista de los diferentes actores que intervienen, mejorando así la capacidad de la

toma de decisiones. En la actualidad en nuestras comunidades los técnicos que representan a la Fundación aun mantienen el control de todo este proceso, ya que las comunidades requieren de bastante acompañamiento para logra avances reales en esta área. Por lo que para **el descriptor identificación de necesidades ubicamos el grado de participación también en alto.**

8.3 A- LIDERAZGO.

Los resultados nos demuestran que en el descriptor liderazgo la comunidad sabe definir lo que es un líder, reconocen diferentes líderes en la comunidad, dentro de los cuales sobresalen los grupos organizados. Dentro de las comunidades existe una gran variedad de líderes natos que no han sido identificados, estos son recursos valiosos que existen dentro de las mismas, por lo que se debe de trabajar de forma sistemática para tratar de reconocer a la mayoría. Aun no se percibe todavía que estos líderes representen a toda la comunidad de forma integral, por lo que **el grado de participación se coloca en medio.**

8.4 A- ORGANIZACIÓN COMUNITARIA.

Como sabemos la organización representa a la agrupación sistemática de un conjunto de individuos que tienen una estructura, unas normas y propósitos definidos. En estas comunidades existen diferentes grupos organizados, la mayoría de ellos realiza un trabajo voluntario, para lograr mejorar las mismas.

Pero aun sus actividades las realizan de manera aislada, sin coordinación entre ellas. **Por lo que este descriptor se valora como medio.** Hizo falta una valoración de la estabilidad de dichas organizaciones, que tan consolidadas se encuentran y su capacidad de adaptarse a los cambios de su entorno.

8.5 A- MOVILIZACION DE LOS RECURSOS DE LA COMUNIDAD.

La mayoría de los encuestados respondieron que la comunidad contribuye con sus recursos y que ellos también de manera individual contribuyen, al funcionamiento de los servicios de salud, la movilización de los recursos es la disposición de las fuerzas de la comunidad para operar y lograr objetivos concretos. Por lo general en este estudio dicha moviilización se da en la realización de tareas que involucra al promotor de salud, a organizaciones diversas de la comunidad y a la comunidad en forma colectiva. Dicha movilización de los recursos puede ser de tres tipos: **a) aporte monetario; b) aporte con materiales y c) labor comunitaria.**

En Sonsonate la modalidad que predomina es la de la labor comunitaria la cual utiliza el trabajo, pero este es utilizable solo parte del tiempo, requiere de cierta capacitación, pero al mismo tiempo colabora a fortalecer las organizaciones y el espíritu colectivo. La modalidad de aporte monetario es sobre la base de la compra de medicamentos que la comunidad recibe al pasar consulta, tiene la desventaja que estimula la atención curativa y esta dirigida a los enfermos. En cuanto a la modalidad de aporte de materiales es casi nula en este estudio. A pesar de lo mencionado anteriormente en la práctica cualquier tipo de aporte es ocasional e insuficiente, por que todavía reciben el 80 % de la asignación externa para la sostenibilidad de la atención, también ubicamos **la participación en la movilización de los recursos en el grado medio.**

8.6 A- GESTION COMUNITARIA EN SALUD.

El descriptor gestión nos conduce a establecer la forma en que las comunidades por medio de sus actores o instrumentos administran sus recursos o actividades. Hay tres tipos de gestión, al analizar los datos obtenidos ubicamos la modalidad existente en las comunidades del departamento de Sonsonate en la modalidad de recepción pasiva de los servicios ya que la toma de decisiones en la parte administrativa es casi nula y la contribución que hacen al financiamiento es con la forma de aporte de labor comunitaria, con su trabajo en labores sencilla y de manera ocasional.

Esta es una de las áreas más débiles en las comunidades, ya que actualmente se depende casi en la totalidad de la Fundación para el manejo de los fondos y la toma de decisiones administrativas, por lo que ubicamos **el grado en bajo** para este descriptor.

Como podemos observar en el departamento de Sonsonate el grado de desarrollo de la participación comunitaria en la amplitud de la participación es alto, dicha participación no se ve influenciada por el hecho ser hombre o mujer, ya que ambos participan por igual, solo que desempeñando diferentes papeles por que los hombres forman parte de los grupos organizados, en cambio las mujeres todavía no se han logrado incorporar, su participación es en ejecución de tareas. Las necesidades se determinan en conjunto y así también se toman la mayoría de las decisiones, en esta actividad la comunidad requiere de un apoyo constante de la Fundación, pero el grado alcanzado en este descriptor es alto.

Para los decriptores de liderazgo, organización y movilización de los recursos el grado alcanzado es medio, ya que dentro de la comunidad las organizaciones son reconocidas como los líderes, pero cada una de ellas trabaja para sus propios proyectos y no en proyectos comunes, la comunidad no percibe que ellas la representan, sino que representan a grupos específicos. En movilización de los recursos aun que el 80% respondió que si contribuyen, dependen de una asignación externa de 80% para seguir funcionando los servicios.

El área más difícil es la de gestión, su grado de evaluación es baja, ya que se depende casi por completo de la Fundación y la participación de la comunidad no se alcanza a visualizar en esta área específica.

B) Para el departamento de La Libertad los datos encontrados fueron los siguientes:

8.1 B- AMPLITUD DE LA PARTICIPACION.

Basándonos en la amplitud de la participación observamos que **el grado de desarrollo de la participación comunitaria es medio** ya que los actores que participan son el promotor, los comités y la comunidad en conjunto, pero al momento de resolver los problemas no hay una diferencia marcada entre el promotor como actor individual y el conjunto de promotor, comités y comunidad. Lo que implica una cierta dependencia hacia la figura del promotor, limitando la iniciativa propia de la comunidad.

8.2 B- IDENTIFICACION DE LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD.

En identificación de las necesidades el **grado alcanzado es alto**, ya que el 100% responde que las necesidades se identifican en conjunto y la toma de decisiones también se realiza bajo esta modalidad.

8.3 B- LIDERAZGO.

Con respecto al liderazgo el 100% de los encuestados saben identificar un líder, la gran mayoría asocia el liderazgo con cualidades de servicio a los demás, dentro de la comunidad se identifican varios líderes, en los cuales predominan los grupos organizados de la comunidad. Estos grupos todavía representan a grupos específicos por lo que **el grado de la participación se coloca en medio**.

8.4 B- ORGANIZACIÓN COMUNITARIA.

En la comunidad se reconocen varias organizaciones, las cuales en su gran mayoría realizan un trabajo voluntario. Pero el trabajo que realizan esta limitado a sus propios proyectos, no hay coordinación de ellas entre sí, por lo que **el grado alcanzado es medio en organización**.

8.5 B- MOVILIZACION DE LOS RECURSOS DE LA COMUNIDAD.

Para la movilización de los recursos la comunidad expresa que los servicios son pagados, que quien da el financiamiento es la Fundación o el Gobierno, en este caso el 50% de la población no colabora y solo el 64% respondieron de manera individual que si contribuyen con sus propios recursos, el financiamiento externo se mantiene en 100%, ya que la colaboración de la comunidad es escasa y ocasional por lo que **el grado alcanzado es bajo**.

8.6 B- GESTION.

También encontramos bastante dificultad en el área de gestión ya que esta depende casi con exclusividad del trabajo de la Fundación, por lo que **se clasifica como bajo**.

En conclusión en el departamento de la Libertad, tenemos que el grado de desarrollo alcanzado de la participación comunitaria es medio en tres descriptores como son: amplitud de la participación, liderazgo y organización. Dos descriptores se clasifica como bajo, estos son: movilización de los recursos y gestión. Para finalizar se clasifica como alto únicamente en la identificación de las necesidades.

Al comparar ambos departamentos vemos que Sonsonate tiene áreas más desarrolladas por que la mayoría de los descriptores se sitúan en altos y medios, con excepción de la gestión. Al contrario en la Libertad la mayoría de los descriptores se sitúan en medios y bajos con excepción de identificación de los recursos. (ver en anexos gráficos de radar)

Con el método que se aplico es posible obtener una visión amplia de la participación comunitaria, lo cual es importante ya que en algunos programas de atención primaria la participación comunitaria debe de ser su columna vertebral, ademas nos permite orientarla sobre bases sólidas.

IX- CONCLUSIONES.

1. Los programas ejecutados por la Fundación Maquilishuatl han sido uno de los factores que han permitido lograr avances importantes en los diferentes indicadores del grado de desarrollo de la participación comunitaria, como resultado del trabajo, asesoría técnica y acompañamiento de la fundación a dichas comunidades
2. El diseño de este método de evaluación ha permitido establecer parámetros objetivos del grado de desarrollo de la participación comunitaria a nivel local, este modelo puede ser aplicado en cualquier comunidad o población del país, así como también puede aplicarse a cualquier tipo de programa, por cualquier institución.
3. El estudio permitió identificar los diferentes tipos de instrumentos que existen en las comunidades y la participación de ellos en las actividades de la misma, así como la ausencia de participación de actores importantes tales como el Alcalde y de los partidos políticos. El indicador de amplitud de la participación no se diseñó para medir la constancia, integralidad y calidad del trabajo realizado por los diferentes actores, estas modificaciones se harán para futuras evaluaciones.
4. La organización comunitaria todavía no se proyecta hacia fuera de su entorno y no se percibe trabajo intersectorial que fortalezca y amplíe esta organización. Existe la necesidad de crear y promover políticas e incentivos para el trabajo voluntario como mecanismo que motive la participación constante en las actividades comunitarias, en la planificación y toma de decisiones.
5. Los procesos de participación en los programas de FUMA, según el estudio se encuentran actualmente en un grado de desarrollo medio, limitándose a la ejecución de tareas, las organizaciones existentes no logran articularse todavía con actores externos a las comunidades, lo cual nos afirma que la Participación comunitaria debe ser vista como un proceso dinámico a muy largo plazo que se construye muy lentamente, para tener éxito deberán definirse políticas institucionales.
6. La organización comunitaria existente todavía no logra fortalecer el área de gestión y la movilización de recursos comunitarios, como consecuencia del modelo asistencialista de atención que desarrolló la FUMA, otros factores limitantes que se deben de tomar en cuenta son las profundas carencias económicas y de marginación social en que se encuentran nuestras comunidades, lo cual se traduce en una movilización de recursos comunitarios que se limita a la ejecución de tareas y una gestión que se puede catalogar como de recepción pasiva de servicios, ya que la comunidad no interviene en el proceso de administración de los diferentes programas.

X- RECOMENDACIONES.

- 1- Este modelo de evaluación deberá ser utilizado por FUMA para construir una línea basal en las diferentes comunidades, antes de que se implementen los programas en el futuro.
- 2- Este modelo de evaluación deberá ser mejorado en su diseño, a fin de profundizar aspectos cualitativos del trabajo de los diferentes actores y poder expandirlo hacia actores externos a la comunidad.
- 3- El modelo de evaluación deberá de incorporarse al sistema continuo de evaluación de la Fundación, lo que permitirá observar el grado de avance alcanzado en la participación comunitaria en los diferentes programas con que se trabajan.
- 4- La Fundación y la comunidad deberán redefinir sus estrategias basándose en los resultados obtenidos de este estudio para lograr el máximo desarrollo de los diferentes indicadores en las diferentes comunidades.
- 5- El potencial de la participación comunitaria deberá ser desarrollado y aprovechado al máximo.
- 6- Es necesario que se diseñen estrategias a fin de articular la participación del nivel local con actores externos a las comunidades.
- 7- Respetar a los grupos organizados ya existentes en las comunidades, para no atomizar la organización comunitaria creando nuevos grupos alrededor de proyectos específicos.
- 8- Reconocer y respetar los líderes natos de la comunidad y aprovecharlos para fortalecer las organizaciones comunitarias.
- 9- Mejorar y fortalecer la comunicación y motivación hacia los diferentes actores comunitarios
- 10- Hay que delegar el poder de decisión y recursos necesarios a las comunidades para lograr una participación poder.
- 11- Es necesario definir políticas institucionales para orientar la participación comunitaria en el accionar de FUMA.
- 12- Socializar los resultados de este estudio con los diferentes niveles de organización dentro de FUMA.

XI- BIBLIOGRAFIA.

1. **O.P.S:** " Salud para todos en el año 2000, estrategias." Documento oficial # 173 Washington, D.C. 1980.
2. **O.M.S.** " La participación de la comunidad en el desarrollo de su salud." Serie de informes técnicos # 809, O.M.S. Ginebra 1991.
3. **ALMA-ATA. 1978:** " Atención primaria de salud". Informe de la conferencia Internacional sobre atención primaria en salud. URRS 6-12 de Septiembre de 1978.
4. **Rifkin, S:** " Primary Healht on mesuring participation." Social Science and Medicine. 26(9), 931-40. 1988.
5. **VUORI, H:** " La participación comunitaria en la atención primaria: Un medio o una finalidad en sí misma." Atención Primaria, vol. 10 (9) diciembre de 1988.
6. **MULLER, F:** " Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina. " Medellín, Universidad de Antioquía, Facultad Nacional de Salud Pública, 1979.
7. **AGUDELO, C:** " Participación comunitaria en salud: Conceptos y criterios de valoración." Bol of Sanit. Panam. 95(3), Septiembre de 1983.
8. **BICHMAN, W. RIFKIN, S. SHERESTA, M:** " Como medir la participación de la comunidad." La gente y la salud. (Tomado del dossier del diplomado en gerencia de sistemas y servicios de salud.) CIES-UNAM. Managua, Nicaragua 1998.

9. **MULLER F:** " Participación Popular en los programas de atención primaria en América Latina." Medellín, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, Universidad de Antioquía. 1979.
10. **HERSCH MARTINEZ P:** "Participación Social en Salud: Espacios y Actores determinantes en su impulso." Salud Pública de México Noviembre-Diciembre de 1992, Vol.34 N° 6.
11. **MOLINA J:** " Participación Social en Salud: Una experiencia en Simojovel, Chiapas. Salud Pública de México Noviembre-Diciembre de 1992. Vol. 34, N° 6.
12. **COMISION DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL:** " Participación de la comunidad: Hacia un Sistema Nacional de Salud. México, D.F. UNAM. Pag. 169-176. 1983
13. **MENDEZ E:** " Autoatención, autogestión, participación popular: Algunas interrogantes referidos a las actividades del sector salud y de los organismos alternativos." Ponencia presentada en el Simposio: Salud y cultura en México, Cuernavaca, Morelos, Octubre de 1989.
14. **CASTRO R, HERNANDEZ I:** " Participación comunitaria y planificación familiar". Perspectivas de Salud Pública, primera edición México, 1992.
15. **RASMUSSEN B, HIDALGO A:** " La participación comunitaria en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Jalisco." Salud Pública de México, Septiembre-Octubre de 1993, Vol. 35, N° 5.
16. **HEVIA P:** " Participación de la comunidad en la Atención Primaria de Salud." Instituto Interamericano del niño. INN. Boletín Julio-Diciembre de 1985, N° 224.
17. **TURBIAN J.L:** " Participación Comunitaria y salud: Manteniendo el sentido de la proporción." Atención Primaria. Vol. 11. N° 1. Enero 1993.

18. **ROBINSON D:** " Función de los grupos de autoasistencia en la atención primaria de salud." Foro Mundial de la Salud, 2 (2): 216-223,1981.
19. **PEDERSEN D:** " Evaluación de los servicios de salud: El punto de vista de la gente." Enfoques en Atención Primaria 6(2), 1991.
20. **VARGAS TENTORI F:** " Organización Social y participación de la comunidad: Algunos elementos para su análisis conceptual y operativo." Trabajo presentado en primer seminario taller sobre metodología del trabajo comunitario. DIF, México, D.F. 1983.
21. **MARTINEZ M:** " Dinámica del desarrollo social y salud". Managua. CIES UNAN. 1995.
22. **REVILLA L; SILES D Y LOPEZ L:** " La participación comunitaria." Principios de la Atención primaria de salud.
23. **VAUGHAN P, MORROW H:** " Manual de epidemiología para la gestión de sistemas locales de salud SILOS." Salud comunitaria. OPS 1989.

XII- ANEXOS

**ENTREVISTA PARTICIPACION COMUNITARIA
FUNDACION MAQUILISHUATL.**

NOMBRE DEL ENTREVISTADO: _____

SEXO: Masculino _____ Femenino _____

EDAD: _____

COMUNIDAD: _____

FECHA: _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1) DESCRIPTOR: AMPLITUD DE LA PARTICIPACION

1- Quienes participan en las actividades de la comunidad? (marque con una X)

- ◆ **Comité de Salud** _____
- ◆ **Promotor de Salud** _____
- ◆ **Comité de Salud y Promotor de Salud** _____
- ◆ **Comité de Salud, Promotor de Salud, y Comunidad** _____
- ◆ **Otros (explique)** _____

2- Quienes participan en la solucion de los problemas de salud? (Marque con una X)

- ◆ **Comité de Salud** _____
- ◆ **Promotor de Salud** _____
- ◆ **Comité y promotor de Salud** _____
- ◆ **Comité, Promotor de Salud y Comunidad** _____
- ◆ **Otros(explique)** _____

◆ **3- Participa Ud.?** **SÍ** _____ **NO** _____

◆ **Explique:** _____

2-DESCRIPTOR: IDENTIFICACION DE NECESIDADES.

4-¿En su comunidad quienes trabajan en identificar las necesidades que tienen?

Explique _____

5-¿ Participa Ud. en identificar las necesidades de su comunidad

SI _____ NO _____

Explique porque si participa ó porque no participa.

6-¿En su comunidad como se determinan las necesidades de salud?

Explique:

7-¿ Cuando se toman decisiones se hacen en conjunto o decide una sola persona?

Explique: _____

8-¿Cuando se identifican las necesidades es solo para el área de salud?

Explique: _____

3-DESCRIPTOR: LIDERAZGO

9-¿Que es un líder para Ud.? Explique:

10-¿A quienes reconoce como lideres en la comunidad?

11-¿A que grupos representan los lideres en su comunidad?

18-¿Contribuye la comunidad en forma regular con materiales, trabajo voluntario ó pago?

Si _____ No _____

19-¿Contribuye Ud.?

Si _____ No _____

Explique.

6-DESCRIPTOR: GESTION.

20-¿Quién controla los gastos de los proyectos que llegan a su comunidad?

- **Comunidad.**-----
- **Directivas.**-----
- **Promotor de Salud.**-----
- **La ONG.**-----
- **El Ministerio de Salud.**-----

TABLAS DE RESULTADOS.

1-DESCRIPTOR: AMPLITUD DE LA PARTICIPACION.

1) ¿ Quiénes participan en las actividades de la comunidad?

	SONSONATE	%	LA LIBERTAD.	%
• Comité.	0	0	1	2
• Promotor.	3	6	0	
• Promotor y los comités.	0	0	1	2
• Promotor, comités y comunidad.	48	87	42	94
• Otros: alcalde(2), comunidad(2) y directiva (1).	4	7	1	2
<u>TOTAL</u>	55	100	45	100

2) ¿ Quiénes participan en la solución de los problemas de la comunidad?

	SONSONATE.	%	LA LIBERTAD.	%
• Comités.	0	0	0	0
• Promotor.	14	25.5	17	38
• Comité y promotor.	4	7.5	3	6.6
• Comité, promotor y comunidad.	37	67	25	55.4
• Otros.	0	0	0	0
TOTAL.	55	100	45	100

3) ¿Participa Ud.?

	SONSONATE					LA LIBERTAD				
	Masculino		Femenino		Total	Masculino		Femenino		Total
	#	%	#	%	%	#	%	#	%	%
SI	17	89.5	29	80	83	27	77	8	80	78
NO	2	10.5	7	19	17	8	23	2	20	22
TOTAL.	19	100	36		100	35	100	10	100	100

¿POR QUE? SI PARTICIPAN

- Cuando hay un enfermo ayudamos a transportarlo.
- Porque me lo han pedido.
- Cuando hay campaña de limpieza.
- Ayudo a enseñar a leer y a escribir.
- Asiste a reuniones.
- Atiende partos
- Lleva a los niños a control.
- Pasa consulta.

¿POR QUE NO PARTICIPAN?

- Porque vende.
- Por que cuida a los niños.
- No le queda tiempo.
- No tiene conocimiento de como ayudar..
- No sabe como.
- No se da cuenta.
- No contesta.

2 – DESCRIPTOR: IDENTIFICACION DE NECESIDADES.

4)¿QUIENES TRABAJAN EN IDENTIFICAR LAS NECESIDADES.?

	SONSONATE.		LA LIBERTAD.	
	#	%	#	%
Comité.	0	0	0	0
Promotor.	1	1.5	1	2.2
Directivas.	32	58	11	24.5
Directivas y comunidad	15	27	17	37.8
O.N.G.	0	0	0	0
Comunidad.	2	4	16	35.5
Grupos religiosos.	2	4	0	0
Alcohólicos anónimos	2	4	0	0
No sé.	1	1.5	0	0
TOTAL.	55	100	45	100

5)¿PARTICIPA UD EN IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE SU COMUNIDAD?.

	SONSONATE					LA LIBERTAD				
	Masculino		Femenino		Total	Masculino		Femenino		Total
	#	%	#	%	%	#	%	#	%	%
SI	19	100	28	78	85.5	24	69	8	80	71
NO	0	0	8	22	14.5	11	31	2	20	29
TOTAL.	19	100	36	100	100	35	100	10	100	100

¿POR QUE SI PARTICIPA?

- Por que es miembro de la comunidad.
- Hay necesidad de ayudar.
- Para mejorar la comunidad.
- Asiste a las reuniones.
- Por que atiende partos.

¿POR QUÉ NO HA PARTICIPADO?

- Las directivas son las indicadas.
- No asisto a reuniones.
- No tiene tiempo.
- Por que no los invitan.
- Por que mi esposo ya participa.
- Por que no sabe como ayudar.

6) ¿ En su comunidad como se determinan las necesidades de salud?

	SONSONATE.		LA LIBERTAD.	
	#	%	#	%
• La comunidad reunida.	53	96	45	100
• No sé.	1	2	0	0
• No respondió.	1	2	0	0
TOTAL	55	100	45	100

7) CUANDO SE TOMAN DECISIONES SE HACEN EN CONJUNTO O DECIDE UNA PERSONA?

	SONSONATE.		LA LIBERTAD.	
	#	%	#	#
♦ En conjunto.	54	98	44	98
♦ Una sola persona.	0	0	1	2
♦ No responde.	1	2	0	0
♦ TOTAL.	55	100	45	100

8)¿Cuándo se identifican las necesidades es solo para el área de salud?

	SONSONATE.		LA LIBERTAD.	
	#	%	#	%
◆ Para todas las necesidades.	54	98	45	100
◆ Solo para salud.	1	2	0	0
◆ NO SE.	0	0	0	0
◆ TOTAL.	55	100	45	100

3) DESCRIPTOR: LIDERAZGO

9) ¿COMO DEBE DE SER UN LIDER?.

- Es una persona reconocida por la comunidad.
- Que preste sus servicios en bien de la gente.
- Ser una persona que va adelante en todo.
- Que trabaje y haga trabajar a los demás.
- Dirige a la comunidad.
- Es una persona que ocupa un cargo.
- Que representa a un grupo religioso.
- Se dedica a un trabajo especial.
- Que trabaje para todos, no solo para unos.
- Es alguien que sea honesto.

De las 100 encuestas ninguno contesto no se.

10) ¿ A QUIENES RECONOCE COMO LIDERES EN LA COMUNIDAD?

	SONSONATE.		LA LIBERTAD.	
	#	%	#	%
◆ Directiva comunal.	24	33	30	38
◆ Promotor de salud.	23	31	22	28
◆ Grupos religiosos.	14	19	3	4
◆ Directiva de EDUCO.	7	9.5	12	15
◆ Presidente de la cooperativa.	2	3.2	0	0
◆ Mandador de la finca.	0	0	5	6
◆ Directiva de football.	2	3	5	6
◆ Miembro de la comunidad.	0	0	1	1.5
◆ Grupo de alcohólicos A.	1	1.3	0	0
◆ No sé.	0	0	1	1.5
◆ TOTAL.	73	100	79	100

11) ¿A QUE GRUPOS REPRESENTAN LOS LIDERES EN SU COMUNIDAD?

	SONSONATE.		LA LIBERTAD.	
	#	%	#	%
◆ Directiva comunal.	25	37	22	30
◆ Directiva de la escuela.	9	2	25	34
◆ Fundación Maquilishuatl.	0	0	10	13
◆ Salud.	2	3	9	12
◆ Directiva de football.	0	0	4	5.4
◆ Mandador de la finca.	0	0	3	4
◆ Alcohólicos anónimos.	0	0	1	1.6
◆ Grupos religiosos.	11	16	0	0
◆ Promotor de salud.	20	30	0	0
◆ TOTAL.	67	100	74	100

4) DESCRIPTOR ORGANIZACIÓN.

12) ¿ QUE GRUPOS ORGANIZADOS CONOCE EN LA COMUNIDAD?

	SONSONATE.		LA LIBERTAD.	
	#	%	#	%
◆ Directiva comunal.	27	24.6	8	11
◆ Grupos religiosos.	29	26.4	7	9
◆ Alcohólicos Anónimos.	22	20	0	0
◆ Directiva de la Escuela.	15	13	42	56
◆ Comité de Salud.	9	8	12	16
◆ Directiva de Football.	7	6	6	8
◆ Grupo juvenil.	2	2	0	0
◆ TOTAL	111	100	75	100

13) ¿ POR QUE TRABAJAN ESTOS GRUPOS?

	SONSONATE.		LA LIBERTAD	
	#	%	#	%
● Para resolver problemas de la comunidad.	42	72	29	53
● Para resolver problemas de la escuela.	5	9	15	27
● Para decidir sobre los proyectos a realizar.	7	12	6	11
● Llevar la palabra de DIOS.	3	5	3	5
● Organizar el equipo de Football.	0	0	1	1.5
● No contesta.	1	2	0	0
● TOTAL.	58	100	55	100

14) ¿RECIBEN ALGUN PAGO O SALARIO?

	SONSONATE.		LA LIBERTAD	
	#	%	#	%
♦ SI.	1	2	0	0
♦ NO.	54	98	45	100
♦ TOTAL	55	100	45	100

5- DESCRIPTOR: MOVILIZACION DE RECURSOS.

15) ¿LOS SERVICIOS DE SALUD QUE RECIBE SON GRATIS?

	SONSONATE.		LA LIBERTAD.	
	#	%	#	%
SI	1	2	1	2
NO	54	98	44	98
TOTAL	55	100	45	100

16) ¿ CUANTO PAGA UD, POR LOS SERVICIOS DE SALUD QUE RECIBE?

	SONSONATE.		LA LIBERTAD.	
	#	%	#	%
• Depende del medicamento.	42	76	39	87
• Cinco colones.	3	6	5	11
• Diez colones.	10	18	1	2
• TOTAL.	55	100	45	100

17) ¿ QUIEN DA EL DINERO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD QUE UD. RECIBE?

	SONSONATE.		LA LIBERTAD.	
	#	%	#	%
♦ LA FUNDACION.	39	71	16	35
♦ EL GOBIERNO.	6	11	15	33
♦ EL Ministerio de salud.	4	7	8	18
♦ Ayuda Internacional.	0	0	6	13
♦ EL ARZOBISPADO.	2	4	0	0
♦ LA COMUNIDAD.	4	7	0	0
♦ TOTAL.	55	100	45	100

18) ¿ CONTRIBUYE LA COMUNIDAD CON SUS PROPIOS RECURSOS?

	SONSONATE		LA LIBERTAD.	
	#	%	#	%
♦ SI	48	87	23	51
♦ NO	7	13	22	49
♦ NO SE	0	0	0	0
♦ TOTAL.	55	100	45	100

19) ¿CONTRIBUYE UD. CON SUS PROPIOS RECURSOS?

	SONSONATE					LA LIBERTAD				
	Masculino		Femenino		TOTAL	Masculino		Femenino		TOTAL
	#	%	#	%	%	#	%	#	%	%
• SI	15	34	28	65	78	21	65	8	62	64
• NO	2	16	10	84	22	11	34	5	38	16
• TOTAL	17		38			32		13		

POR QUE SI CONTRIBUYE:

- Le gusta ayudar.
- Por que lleva los niños a control.
- Por que pasa consulta.
- Por que compra la medicina.
- Atiende partos.
- Visita a los enfermos.

POR QUE NO CONTRIBUYE:

- No tiene tiempo.
- No tiene dinero.

6-DESCRIPTOR: GESTION

20) ¿ QUIEN CONTROLA LOS GASTOS DE LOS PROYECTOS DE LA COMUNIDAD?

	SONSONATE		LA LIBERTAD	
	#	%	#	%
• La Fundación Maquilishuatl.	33	60	24	53
• Las Directivas Comunales.	17	30	17	38
• La comunidad.	2	4	1	2.5
• El promotor.	2	4	2	4
• El Ministerio de Salud.	1	2	0	0
• No sé.	0	0	1	2
• TOTAL.	55	100	45	100

I- DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	SONSONATE.		LA LIBERTAD.	
	#	%	#	%
• FEMENINO.	36	65	14	31
• MASCULINO.	19	35	31	69
• TOTAL.	55	100	45	100

II- DISTRIBUCION POR EDAD

EDAD.	SONSONATE.		LA LIBERTAD.	
	#	%	#	%
• 18-27.	19	34.5	11	24.4
• 28-37.	9	16.4	14	31.1
• 38-47.	13	23.6	9	20
• 48-57	7	12.7	5	11.2
• 58-67.	3	5.4	6	13.3
• 68-77	3	5.4	0	0
• 78-87.	1	2	0	0
• TOTAL.	55		45	100

**MATRIZ DE EVALUACION DEL DESARROLLO DE LA PARTICIPACION
COMUNITARIA FUNDACION MAQUILISHUATL,
DEPARTAMENTO DE SONSONATE.**

INDICADOR.	BAJA = 1	MEDIA = 2	ALTA = 3
▪ Amplitud de la participación.	La mayoría del trabajo lo realiza el promotor sin ayuda.	Los comités realizan algún trabajo, por iniciativa del promotor.	Los comités trabajan de manera constante y regular, junto con la comunidad y por su propia iniciativa.
▪ Identificación de necesidades.	Necesidades impuestas por la O.N.G. a través del promotor. No toma en cuenta otros actores para la toma de decisiones, solo se identifican necesidades para salud.	Necesidades las identifica el promotor, en conjunto con los comités. No convocan a Asamblea, ellos deciden, la mayoría de las veces solo para salud.	Las necesidades las identifica la comunidad en Asamblea, la cual toma las decisiones en conjunto.
▪ Liderazgo.	Reconoce como líder únicamente al promotor, que presenta a la O.N.G.	Reconoce varios líderes dentro de la comunidad, pero estos representan a grupos específicos.	Reconoce varios líderes dentro de la comunidad y estos representan a toda la comunidad.
▪ Organización.	Existe solo un comité funcionando, es poco conocido, trabaja poco, de manera aislada y recibe un salario o incentivos.	Existen varios comités, cooperativas, directivas, son reconocidas, trabajan frecuentemente de forma voluntaria pero de manera aislada.	Existen varias organizaciones comunitarias, su trabajo es voluntario, constante y de forma coordinada entre sí.
▪ Movilización de recursos.	Reciben servicios semigratuitos, la comunidad no colabora. La asignación externa es del 100%.	La comunidad comparte el pago de los medicamentos, colabora con trabajo voluntario ocasional, la asignación de recursos es del 80%.	La comunidad comparte el pago de los S.S., presta trabajo voluntario, recursos materiales, la asignación externa es del 60 %.
▪ Gestión.	La O.N.G. administra la asignación externa* y los otros recursos con que cuentan y actividades de la comunidad	EL promotor administra la asignación externa, los recursos con que cuenta la comunidad y las actividades, pero en representación de la O.N.G	Los comités administran la asignación externa, los recursos de la comunidad, pero en representación de la comunidad.

* Los porcentajes de la asignación externa son según datos de manejados por la O.N.G.

**MATRIZ DE EVALUACION DEL DESARROLLO DE LA PARTICIPACION
COMUNITARIA FUNDACION MAQUILISHUATL,
DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD.**

INDICADOR.	BAJA = 1	MEDIA = 2	ALTA = 3
▪ Amplitud de la participación.	La mayoría del trabajo lo realiza el promotor sin ayuda.	Los comités realizan algún trabajo, por iniciativa del promotor.	Los comités trabajan de manera constante y regular, junto con la comunidad y por su propia iniciativa.
▪ Identificación de necesidades.	Necesidades impuestas por la O.N.G. a través del promotor. No toma en cuenta otros actores para la toma de decisiones, solo se identifican necesidades para salud.	Necesidades las identifica el promotor, en conjunto con los comités. No convocan a Asamblea, ellos deciden, la mayoría de las veces solo para salud.	Las necesidades las identifica la comunidad en Asamblea, la cual toma las decisiones en conjunto.
▪ Liderazgo.	Reconoce como líder únicamente al promotor, que presenta a la O.N.G.	Reconoce varios líderes dentro de la comunidad, pero estos representan a grupos específicos.	Reconoce varios líderes dentro de la comunidad y estos representan a toda la comunidad.
▪ Organización.	Existe solo un comité funcionando, es poco conocido, trabaja poco, de manera aislada y recibe un salario o incentivos.	Existen varios comités, cooperativas, directivas, son reconocidas, trabajan frecuentemente de forma voluntaria pero de manera aislada.	Existen varias organizaciones comunitarias, su trabajo es voluntario, constante y de forma coordinada entre sí.
▪ Movilización de recursos.	Reciben servicios semigratuitos, la comunidad no colabora. La asignación externa es del 100% .	La comunidad comparte el pago de los medicamentos, colabora con trabajo voluntario ocasional, la asignación de recursos es del 80% .	La comunidad comparte el pago de los S.S., presta trabajo voluntario, recursos materiales, la asignación externa es del 60 % .
▪ Gestión.	La O.N.G. administra la asignación externa* y los otros recursos con que cuentan y actividades de la comunidad	EL promotor administra la asignación externa, los recursos con que cuenta la comunidad y las actividades, pero en representación de la O.N.G	Los comités administran la asignación externa, los recursos de la comunidad, pero en representación de la comunidad.

* Los porcentajes de la asignación externa son según datos de manejados por la O.N.G.

**EVALUACION DEL DESARROLLO DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA
FUNDACION MAQUILISHUATL.
DEPARTAMENTO DE SONSONATE.**

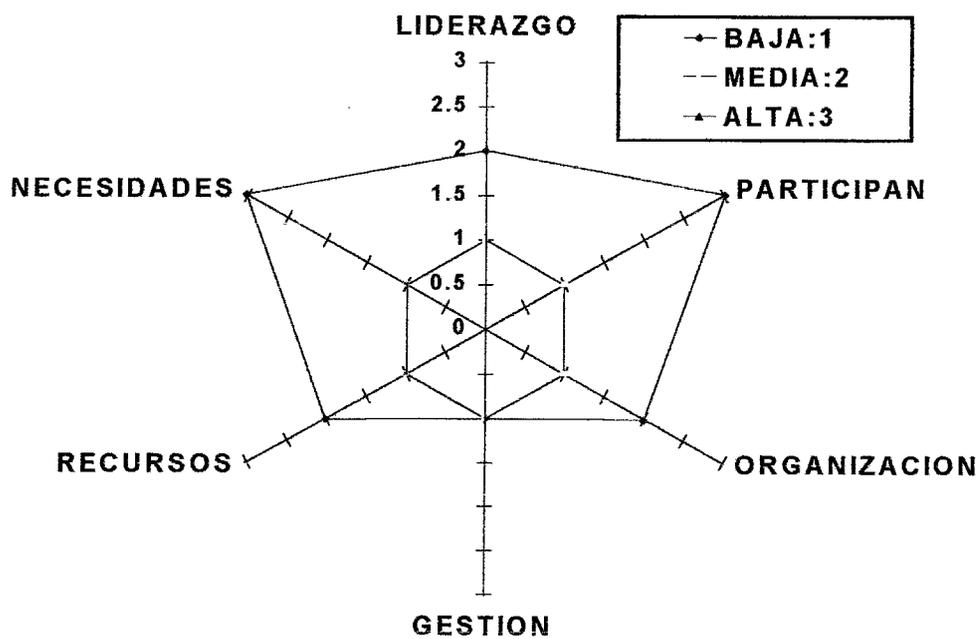


GRAFICO N° 1

**EVALUACION DEL DESARROLLO DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA
FUNDACION MAQUILISHUAT
DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD**

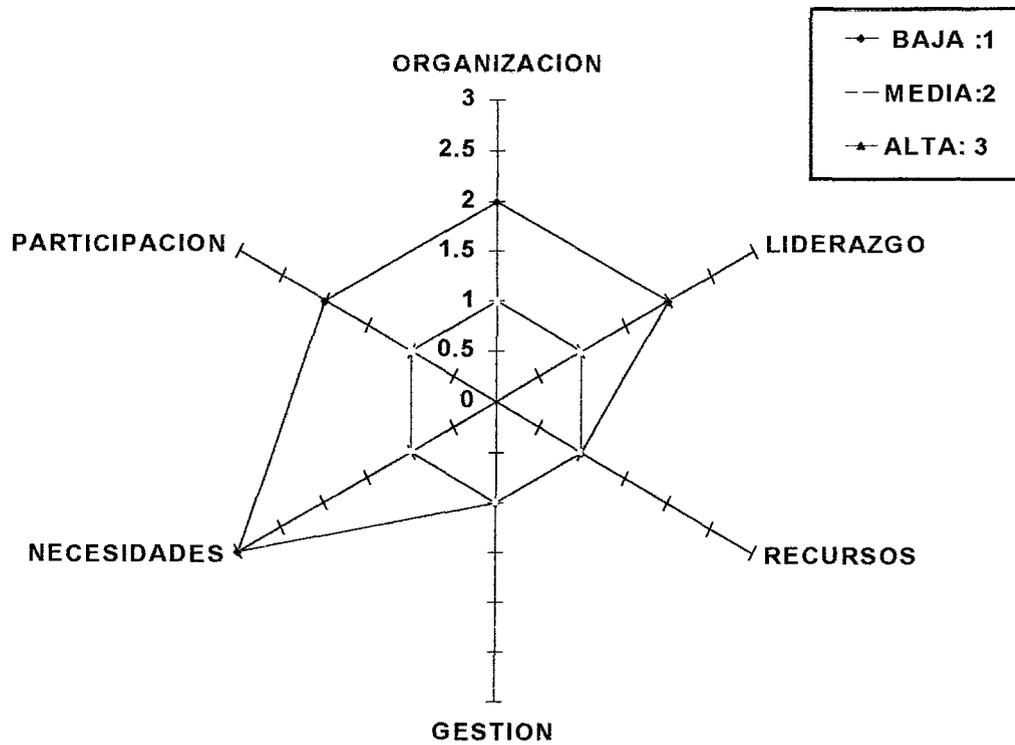


GRAFICO N° 2