

Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Facultad de Ciencias Médicas
Posgrado de Maestría en Salud Pública



PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD DE
LOS POBLADORES DE LAS CIUDADES DE
LA ESPERANZA E INTIBUCA
JULIO A NOVIEMBRE DE 2014

Presentado por: DOMINGO AMADOR

Presenta opción al grado de
MASTER EN SALUD PUBLICA

Asesores

MSc. Marta Isabel Fonseca Godoy

Dr. Manuel de Jesús Chávez Borjas (QDDG)

TEGUCIGALPA, M.D.C.

HONDURAS, C.A.

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



**PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD DE LOS POBLADORES DE LAS
CIUDADES DE LA ESPERANZA E INTIBUCÁ, JULIO A NOVIEMBRE DE 2014**

PRESENTADO POR: DOMINGO AMADOR

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESORES

MSc. MARTA ISABEL FONSECA GODOY

DR. MANUEL DE JESÚS CHÁVEZ BORJAS (Q.D.D.G.)

TEGUCIGALPA, M.D.C.

HONDURAS, C.A.

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH**

**RECTORA
MSc. JULIETA CASTELLANOS RUIZ**

**VICE RECTORA ACADÉMICA
DRA. RUTILIA CALDERÓN PADILLA**

**VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES
ABOG. AYAX IRIAS COELLO**

**VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES
DR. JULIO RAUDALES i.**

**SECRETARIA GENERAL
LICDA. ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSGRADOS
MSc. LETICIA SALOMÓN**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. MARCO TULIO MEDINA**

**SECRETARIO ACADÉMICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO**

**COORDINADORA GENERAL DE LOS POSGRADOS
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DRA. ELSA YOLANDA PALOU**

**COORDINADOR GENERAL DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA
DR. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES**

Dedicatoria

A Dios que es mi guía,

A mis padres (Q.D.D.G.),

A mi esposa con amor por su paciencia y apoyo,

A mis hijos por animarme siempre,

A mis hermanos con cariño.

Agradecimientos

A mis maestros,

Al Doctor Manuel de Jesús Chávez Borjas por sus enseñanzas,

A la Maestra Marta Isabel Fonseca Godoy por sus sabios consejos y orientaciones.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	JUSTIFICACIÓN	4
III.	OBJETIVOS	5
	1. GENERAL	
	2. ESPECÍFICOS	
IV.	MARCO TEORICO	6
	3. Participación Social en Salud: La incorporación democrática de un actor clave	6
	4. Contexto Global	7
	5. Contexto Nacional	29
	6. La Reforma en Salud en Honduras	30
	7. Participación Social en Honduras	32
	8. Contexto Local	36
	9. Participación social en La Esperanza e Intibucá	40
V.	METODOLOGÍA	42
	10. Diseño Metodológico	42
VI.	RESULTADOS	44
	11. Resultados cuantitativos	44
VII.	ANÁLISIS	64
VIII.	ANÁLISIS DE RESULTADOS CUALITATIVOS	71
IX.	CONCLUSIONES	109
X.	RECOMENDACIONES	110
XI.	BIBLIOGRAFIA	111
XII.	ANEXOS	117

I. INTRODUCCIÓN

La crisis de los modelos de Salud Pública en América Latina se inicia desde los años 60's cuando se empiezan a llevar a cabo grandes proyectos de salud pública diseñados al margen de la realidad latinoamericana, que se caracteriza por la escasez de recursos. Se inicia una política en la cual el servicio es percibido como un favor del gobierno, en donde el usuario fue considerado un elemento pasivo.

El usuario sufrió algunas transformaciones de tipo organizacional-populista de gestión y atención derivadas de la gran corriente político-social de aquellos años, en que se desarrolló la preponderancia del sector público bajo la concepción del "acceso universal".

A finales de los años 70's la Organización Mundial de la Salud diseño y promovió un modelo de atención que propiciaba la democratización de los sistemas de salud, ya sean privados o estatales, por medio de la transferencia de autoridad y poder de decisión a las formaciones sociales constituidos por grupos de individuos o miembros que tienen una necesidad en común y que se articulan en redes para buscar y ejecutar soluciones a los mismos.

Ese modelo implicaba comprometer en la acción a todos los sectores que conforman el sistema, porque en sí misma la meta salud para todos en el año

2000 los comprometía a todos, sin embargo, las diversas experiencias latinoamericanas muestran que en los países más pobres del continente no se lograron desarrollar ni sustentar esos procesos, persistiendo únicamente el autoritarismo paternalista.

El contexto actual de la preservación y promoción de la salud se desenvuelve alrededor de las políticas de inversión social, canalización de proyectos por diversas vías, integración de conceptos de inclusión, equidad y democratización de la relación estado-comunidad-prestador de servicio-usuario. Este último concepto, aún no se articula de forma plena en el proceso de administración de salud en los países más pobres de América Latina, como es el caso de Honduras, país en el que el proceso de participación social como estrategia de la preservación y promoción de la salud en la sociedad no tiene precedente conocido.

Sin embargo, se lograron algunos avances, como el producido a través de la descentralización del suministro del agua potable por parte del SANAA y a partir de 1990 con el empoderamiento de las municipalidades del país, dando lugar a la conformación de 4,000 juntas de agua según el Informe 2002 de Desarrollo Humano para Honduras del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

No obstante, la participación social en el sector salud aún no se ha puesto en práctica como factor de democratización en el proceso de toma de decisiones y definición de políticas de salud pública, como lo sugiere el hecho de que pese a que en las ciudades de La Esperanza e Intibucá existen más de una decena Organizaciones No Gubernamentales invirtiendo recursos en desarrollo, y una red de más de 25 patronatos urbanos y los entes estatales de salud y educación.

El potencial institucional y humano en las dos ciudades, así como del Departamento, presentan grandes disparidades en sus indicadores básicos de desarrollo y salud con respecto a otras regiones del país, como lo muestra el bajo IDH 0.655 (ciudad de Intibucá) y medio IDH 0.728 (ciudad La Esperanza) reportado en el Informe 2011 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

A este contexto de pobreza se suma la tradicional mentalidad por parte del mismo usuario y del prestador estatal de servicios de salud de que, este servicio, es un “favor”. Por tal razón se realizó la investigación “Participación social en salud de los pobladores de las ciudades de La Esperanza e Intibucá”, que fue un estudio cualicuantitativo transversal descriptivo con dos momentos: 1) Cuestionario estructurado con participación de 910 ciudadanos de las ciudades de La Esperanza (406) e Intibucá (504) y 2) Grupo focal con actores

clave (13) de ambas ciudades (2 funcionarios de salud, 2 de ONG, 2 de alcaldías y 7 de patronatos).

II. JUSTIFICACIÓN

La participación social en salud de los pobladores de las ciudades de La Esperanza e Intibucá no había sido estudiada, no obstante el resurgimiento de la sociedad civil, la presencia de la Secretaría de Salud, de 65 organizaciones no gubernamentales invirtiendo recursos en desarrollo social, una red de 25 patronatos urbanos, el nivel de convocatoria y movilización de la etnia Lenca desde inicios de la década de los años noventa del siglo pasado; no existe estudio previo conocido, que intente mostrar la visión social participativa en el proceso de preservación y promoción de la salud de su propia comunidad.

El diseño y elaboración de políticas públicas en el campo de la salud, deviene obligado a revisar el contexto en el campo de su aplicación, conocer la percepción de los pobladores sobre la participación social en salud, identificar las limitaciones, estructurar los mejores mecanismos de articulación en redes para la sostenibilidad e impacto en la mejora de los indicadores de salud de la población.

Las organizaciones cooperantes deben alinear sus proyectos y programas con las políticas públicas y basadas en las necesidades de la población, es así que

la importancia de tener estudios científicos en el problema objeto del presente trabajo de investigación, es trascendental para el éxito y alcance de las mismas.

El mayor beneficio es para los pobladores de las ciudades de la Esperanza e Intibucá, para los gobiernos locales, departamentales y de la Región Sanitaria de Intibucá, así como para las comunidades nacionales y latinoamericanas que viven en contextos similares al de Honduras y desde luego para la comunidad científica.

III. OBJETIVOS

1) GENERAL

Describir la participación social en la prevención y promoción de la salud de los pobladores de las ciudades de la Esperanza e Intibucá.

2) ESPECIFICOS

1. Identificar las fases del proceso de salud en las que participan los ciudadanos y las organizaciones comunitarias de las ciudades de La Esperanza e Intibucá.
2. Identificar los niveles de participación de los ciudadanos y sus organizaciones en el proceso de salud.
3. Describir cuáles son las organizaciones y/o instituciones que más frecuentemente se articulan con las organizaciones comunitarias.

4. Identificar cuál es la percepción de las organizaciones comunitarias en cuanto a su participación en la resolución de los problemas de salud.
5. Determinar el nivel de coordinación entre los diversos actores del proceso de salud en las Ciudades de La Esperanza e Intibucá.
6. Describir las fases del proceso de participación en los que se articulan los mecanismos y/o instancias de participación social en salud
7. Identificar la percepción sobre la participación social en salud de los pobladores de las ciudades de La Esperanza e Intibucá.
8. Describir los avances y dificultades actuales del proceso de participación social en salud en las Ciudades de La Esperanza e Intibucá.

IV. MARCO TEÓRICO

1. Participación Social en Salud: La incorporación democrática de un actor clave

El enfoque integral del proceso salud-enfermedad implica el reconocimiento que ese proceso está determinado no solamente por aspectos biológicos sino por factores sociales, económicos, políticos, culturales, educativos, psicológicos y geográficos que inciden tanto a nivel individual como colectivo en la conformación del estado de salud, concepción que comienza a difundirse en los años sesenta y que gradualmente cobraría fuerza en el ámbito internacional, del tal modo, que desde esta nueva perspectiva, se formularía la meta Salud para Todos en el 2000 en la Asamblea Mundial de Salud en 1977 (Villalobos, 1994).

Este nuevo enfoque planteó como consecuencia, la necesidad que el sector salud buscará involucrar a todos los actores que conforman el sistema para lograr la consecución de la meta, lo cual quedaría definido en la Conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud en Alma-Ata: "El pueblo tiene el derecho a participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud".

Al hablar de participación social es oportuno conocer que la concepción moderna de ciudadanía se origina en el pensamiento del sociólogo británico Thomas Marshall, quien la definía como "Un status asignado a todos aquellos que son miembros plenos de una comunidad. Todos los que posean dicho status son iguales con respecto a deberes y derechos, libertades, restricciones, poderes y responsabilidades" (Sojo, 2002). Marshall delineó la noción de ciudadanía distinguiendo tres elementos o dimensiones: civil, político y social, en donde la ciudadanía social se refiere a aquellos aspectos de la vida de los ciudadanos que afectan el potencial para desarrollar sus capacidades básicas.

2. Contexto Global

La participación social es una dimensión esencial en los procesos sociales que tienden a la promoción de la salud, tal y como lo ha reconocido la OMS, que da voz y voto a la ciudadanía haciéndola co-responsable e incorporándola como

parte integrante del proceso, de manera que esté comprometida con la toma de decisiones como organización, gestión y control de resultados (Artigas, Martín, Fernández, Ferris, Pérez & Tuá, 2007).

De los debates sobre cuáles son los contenidos de esta ciudadanía social ha surgido un cierto consenso en el cual se aceptan dos subcomponentes básicos (Torres, 2004):

- a) Necesidades Básicas: que incluye esencialmente a la salud y la educación y,
- b) Integración social: empleo, pobreza y desigualdad.

Los derechos a la salud y a la educación son considerados componentes básicos de la ciudadanía social, a su vez, la falta de empleo, la pobreza, y la desigualdad han sido ampliamente reconocidas como aspectos que obstaculizan la integración de los individuos en la sociedad, dificultando un presupuesto clave de los principios democráticos: que los individuos son ciudadanos plenos que actúan en una esfera pública donde se relacionan en condiciones iguales (Torres, 2004).

En el caso de América Latina la idea de la ciudadanía jugando un rol sobresaliente en la construcción activa del sistema democrático a pesar de los progresos continúa siendo una demanda, más que una práctica arraigada, es una anhelo social en una región donde la falta de ejercicio pleno de ella son

severos, más agudos para mujeres y etnias, pero generales (Sojo, 2002). En ese sentido la salud se convierte en un índice del éxito alcanzado por la sociedad y sus instituciones en la búsqueda del bienestar, que es el sentido último del desarrollo (Frenk, 1993).

Esta participación del ciudadano en el aspecto social puede equipararse al de participación política. El pueblo decide, siguiendo procedimientos codificados por la ley, sobre sus aspiraciones y necesidades en cuanto a objetivos y políticas de desarrollo y sobre cuáles serán sus representantes que intentarán llevarlos a la práctica; sin embargo, cuando la participación se decreta desde arriba se convierte en movilización, un medio de lograr que se hagan las cosas, por lo que una auténtica participación exige una redistribución del poder, el funcionamiento de mecanismos de participación (consejos, clubes, cooperativas) entre otros (Wolfe, 1984), en suma el tipo de democracia deseable para alcanzar un desarrollo humano sostenible es la democracia incluyente, la cual es una democracia en que hay participación de todos los sectores (Lundwall, 2003).

Hablar de participación social es hablar de procesos que implican el desarrollo progresivo de una dinámica social, no forzosamente lineal, con apropiación desigual y casi siempre accidentada de conceptos, valores, comportamientos, juegos de relaciones y sistemas de acción y reacción, la participación de la

comunidad para su bienestar implica también la responsabilidad que asume la población y a su injerencia activa en la identificación de problemas de salud y desarrollo locales, así como en la formulación, ejecución y evaluación de los programas. Constituyéndose en un proceso de autodesarrollo continuo de los individuos encaminados a cambiar su estado social y el de la comunidad, a fin de obtener una mejor calidad de vida para todos (Fernández, 1998).

La participación de la comunidad será auténtica y eficiente en la medida que la comunidad analice su propia realidad, sugiera alternativas de solución y participe en la elaboración, ejecución, supervisión y evaluación de los programas de salud y de bienestar social, de tal forma que estos respondan a las necesidades sentidas por la población (Abrantes, 1999).

Para que la participación de la comunidad se logre, se requiere de un proceso de promoción, motivación, concientización, educación y organización comunitaria tendiente a lograr que la comunidad conozca y discuta su propia situación a través de un proceso de diálogo y trabajo conjunto del equipo de salud, organizaciones afines y la comunidad organizada. En la medida que la comunidad tome conciencia de su situación abandonará posturas ingenuas, pasivas, conformistas y mendicantes, organizándose para trabajar por mejorar sus condiciones (Pérez, 2002).

En el contexto de la globalización, el ciudadano experimenta la disolución de su rol de beneficiario y por consiguiente pérdida de protección social por la renegociación de los contratos sociales que se origina en una búsqueda de mayor competitividad en el contexto del comercio internacional.

La contrapartida del beneficiario que aspira a la pasividad del bien-estar queda de manifiesto en el neologismo propuesto por Villasante que destaca el dinamismo del ciudadano que busca el mejor-vivir, en que este acepta y se hace responsable por la resolución de las situaciones que afectan su calidad de vida. La cohesión social es un factor crítico para que las sociedades prosperen económicamente y para que el desarrollo sea sostenible, en donde la sociedad civil juega un papel preponderante.

El desarrollo de la misma no está limitado al espacio intra-estatal, la proliferación de Organizaciones No Gubernamentales es una prueba de ello, su influencia apunta hacia el establecimiento de patrones comunes para enfrentar situaciones de carácter humanitario, valórico o de protección del medio ambiente. Un elemento fundamental que contribuye al fortalecimiento de la Sociedad Civil es el establecimiento de prácticas de participación social. Celedón y Orellana (2003) identifican el proceso participativo como el momento de articulación entre el sujeto social y el objeto, entre la comunidad y la institución, entre las organizaciones sociales y los servicios.

Las relaciones de poder que se dan entre ambos actores se pueden distinguir en dos modalidades, que están pensadas como dos polos de un mismo continuo de acuerdo a Oakley y a Muller, la participación como medio, es decir, como recurso para hacer llegar los programas a la población, y como la movilización de los recursos de salud de la comunidad y la participación como fin en la que el sujeto social influye directamente en las decisiones de los sistemas que afectan su vida.

Esta última modalidad, la cual generalmente está ausente en los procesos del sector salud refleja una fuerte tendencia en la que la visión del ciudadano ha ido cambiando desde una calidad de beneficiario hasta un ciudadano usuario con derechos activos cuya opinión debe ser tomada en cuenta con la definición de servicios sociales, su evaluación en cuanto a disponibilidad o cobertura y calidad de servicio.

Esa nueva visión del ciudadano implica el acceso a la información por parte del ciudadano con respecto a las condiciones generales de la comunidad así como los medios para tomar parte en el proceso democrático local, colocándolo en el centro de la gestión pública, en segundo lugar la consulta al ciudadano acerca de los asuntos que las distintas instituciones locales están considerando y finalmente la participación verdadera en la toma de decisiones, como por

ejemplo por medio de consultas y plebiscitos en asuntos determinados (Lundwall, 2003).

El espacio ideal para implementar estas prácticas es en el Municipio que es la base primordial para el desarrollo y donde se dan las posibilidades concretas para hacer realidad la participación y la democracia anteriormente planteadas. Con la participación y la concertación se podrá convertir la relación entre estado y la comunidad en un factor de acompañamiento, entendimiento, defensa de decisiones y de una forma de gobierno que involucre a todos (Conde, 1997).

En el Municipio se adelantan las principales acciones que dan cuerpo a la existencia y razón de ser del Estado: Avanzar en el proceso de mejoramiento de la calidad de vida de la población a través de cambios que se evidencian en los niveles de productividad, los estándares de vida, el acceso a bienes básicos y servicios, la participación política. La tarea general que corresponde a nivel municipal con la razón de ser del Estado, es trabajar para que éstos índices sean cada vez más altos. Por ser la base de la organización social y política y el lugar privilegiado para la interacción de los habitantes con el Estado, al municipio le corresponde garantizar la prestación de los servicios públicos de salud, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo del Municipio, promover la participación comunitaria, y promover el mejoramiento social y cultural de los habitantes.

Para lograr la salud en un Municipio, las autoridades políticas y civiles, las instituciones y las organizaciones públicas y privadas, los empresarios, los trabajadores, los usuarios y la sociedad en general, deben trabajar juntos para mejorar las condiciones de salud, vida, trabajo y cultura de la población, así la salud se convierte en un tema prioritario de la agenda política municipal y la tarea de promover la salud es una de las actividades esenciales de la gestión municipal. En ese sentido la salud no es un asunto limitado a los médicos o al personal de salud, es una responsabilidad de la administración municipal, los diferentes sectores del desarrollo, los usuarios y la comunidad organizada (Fernández, 1998).

En definitiva se requiere que las alcaldías dejen de limitarse a prestar servicios y cobrar impuestos y derechos para pasar a tomar parte activa en definir y construir un nuevo rumbo para sus municipios. Con nuevos recursos o un mejor uso de los existentes, con más y mejores servicios públicos, pero sobre todo con funciones más acordes con el cambiante contexto al que se enfrentan, y con espacios reales de participación social en los que se incorpore la pluralidad de las diferentes corrientes presentes en el municipio y se les otorgue capacidad decisoria real, las alcaldías podrán redimensionar su quehacer y recuperar el papel que históricamente les corresponde.

El servicio de salud, junto a la educación, son servicios que deben brindarse y garantizarse en las comunidades para satisfacer el desarrollo social de la población, sin embargo han sido implantados por personas o instituciones sin raíces ni relaciones con la comunidad, lo que puede restarle efectividad a los esfuerzos que se realicen (Figueroa, 2002).

El concepto de participación comunitaria en los asuntos que afectan a la supervivencia de la comunidad es de vieja data, sin embargo, la idea que este proceso lo pueden inducir agentes externos a la comunidad es un concepto que comenzó a implementarse en la década de los 50, como desarrollo de las comunidades, para introducir nuevas tecnologías y mejorar la calidad de vida. Estos programas perseguían organizar y movilizar a las comunidades para lograr objetivos determinados fuera de la comunidad, asumiéndose a priori, que la comunidad carecía de antecedentes y estructura necesaria para movilizar sus propios recursos, por lo que correspondió al organismo de salud o desarrollo organizar a la comunidad, a pesar de la resistencia encontrada, se trató de identificar y convencer a los líderes y personalidades locales, con el fin de movilizar a la comunidad de una manera más eficaz, sin embargo para finales de la década de los 60 ya era obvio que el método utilizado hasta ese entonces no había logrado llenar las expectativas creadas en torno a estos programas.

En los años 70's se introdujeron modificaciones y nuevas estrategias las cuales a pesar de lograr resultados fracasaron en lograr la participación generalizada y sostenida de la comunidad. Entre los factores que han influido en esta situación tenemos la pobre comprensión de las implicaciones de participación en salud como la creencia de la mayor parte del personal institucional de que la participación comunitaria se reduce a la obtención de cooperación y recursos adicionales para los programas existentes (Ferrer, Borroto, Sánchez & Álvarez, 2001) y con esto en vez de promover la participación esos modelos se prestan a la manipulación, en el sentido de que buscan la colaboración de comunidad en actividades en las que no tuvo nada que ver cuando se decidió iniciarlas, formando parte de un esquema autoritario que da por hecho que el usuario es pasivo y que debe estar agradecido de la atención que está recibiendo puesto que se considera un favor no un derecho.

En muy pocas ocasiones la participación comunitaria ha sido definida y puesta en práctica como la participación en las decisiones sobre políticas, prioridades y servicios de salud (Figueroa, 2002). Esta situación se conjuga con los problemas que atraviesa el sector salud por la difícil situación económica de Latinoamérica y por su estructura tradicional de funcionamiento, expresada casi exclusivamente a través de una atención médica curativa más que a la salud, lo que lo ha llevado a la incapacidad de proveer coberturas adecuadas y servicios de calidad aceptable. Esta situación ha creado en el sector la necesidad

histórica de que se involucre en el liderazgo y promoción de procesos sociales amplios, de concertación para el desarrollo e impulso de la salud, sin embargo pese a esta necesidad la participación social ha sido durante mucho tiempo temida y por lo tanto se ha buscado mediatizarla, manipularla y desorganizarla. Muchas veces se le ha reprimido y no se le ha reconocido la importancia de su presencia y la riqueza que encierra.

En el lado opuesto, la crítica de la ciudadanía en ocasiones es desacertada; desconoce los canales apropiados para manifestarla y a veces es más negativa que positiva (Conde, 1997). Una alternativa a esta situación ha sido la creación de instancias formales de participación, que sin embargo, en muchas ocasiones sólo quedan en el papel, en algunos casos en los que si operan, referidos por la experiencia latinoamericana, se cae en el extremo opuesto buscando una participación obligada-funcional al sistema- y que es exigida por las autoridades como una forma de legitimar su actuar gubernamental, lograr consensos y evitar conflictos.

Esta forma de participación implica claros riesgos sociales: reduce el peso real de las organizaciones sociales, abre formas de participación aisladas de procesos nacionales y/o sectoriales, propicia acciones locales e inmediatistas y condena a las organizaciones a legitimar y sostener situaciones no sólo no deseadas, sino contrarias a sus propios intereses. Lo anterior implica que

deben apoyarse las formas que institucionalizan la participación social, siempre y cuando éstas establezcan mecanismos e instancias formales y legales que abran cauces de participación directa, fortalezcan a la sociedad civil mediante la transferencia de espacios de poder real y reconozcan y respeten a la diversidad de interlocutores.

Los intentos en el mundo por alcanzar la meta "salud para todos" destacan que la atención primaria de salud constituye la estrategia más importante, y en la Cumbre Mundial de salud realizada en Alma Ata en 1978 se concluyó que desde el punto de vista técnico, la participación comunitaria plena, era una necesidad sin la cual sus programas no pueden conseguir cobertura y eficiencia.

Ahondando en ese sentido, la comunidad es más que un espacio geográfico con una población determinada con los mismos ideales, hábitos y costumbres, sino además un espacio social en el que sus miembros buscan la satisfacción de sus necesidades y el grupo harán uso de su poder interno para tomar decisiones en la solución de los problemas.

En ese contexto, la participación comunitaria se constituyen como las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener sus avance, en donde la nueva promoción de la salud

trasciende a los profesionales de la salud y se convierte en tarea de toda la población, siendo el nuevo papel de la salud pública a través de la promoción de la salud, el de un mediador entre las políticas públicas saludables y la esfera social de la acción comunitaria.

Este nuevo enfoque se desarrolla a partir de la demostración de que los problemas de salud dependen de factores propios del estilo de vida o del entorno y que estos factores pueden ser modificados a través de la participación de las propias estructuras comunitarias (Declaración para la Salud de los Pueblos, 2000).

Se han establecido tres grados de participación comunitaria:

- 1). Utilización: Uso de los servicios institucionales de salud por parte de la comunidad sin que sus miembros proporcionen un insumo directo o realimenten su diseño o aplicación. Ausencia de participación auténtica, pero es requisito esencial para que se produzca la participación.
- 2). Cooperación: Cooperación de la comunidad con iniciativas de salud planteadas por algún organismo o institución externa. La cooperación comunitaria puede incluir trabajo, fondos o materiales aprobados, además de asistencia para llevar a cabo planes y programas que hayan sido desarrollados por dicho organismo o institución.

3). Intervención en la adopción de decisiones: Implica la participación comunitaria en la planificación, administración y ejecución de actividades y programas de salud. Aparece cierto grado de compromiso de la comunidad en cuanto a la aceptación de sus responsabilidades en la determinación de los problemas vinculados con la salud y en el desarrollo y aplicación de soluciones.

En este caso, la función de los organismos e instituciones "externas" consiste en cooperar con las iniciativas comunitarias, las cuales pueden poseer distintos tipos de participación comenzando por la planificación, donde entra la definición de necesidades, los objetivos y estrategias, la adopción de decisiones, la determinación de los medios de obtener y emplear recursos, siguiendo con la ejecución que implica la administración de fondos y personal, obtención de recursos y la asistencia para llevar a cabo las actividades y finalmente la evaluación de las actividades, que puede incluir formas de averiguar las opiniones de los miembros de la comunidad en materia de actividades de salud.

Por consiguiente la comunidad debe jugar un papel activo de autogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus problemas de salud, el alcance de los objetivos, el desarrollo de la comunidad y con ello el desarrollo social. Con respecto a esto la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Molina, 1992) plantea "la insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo

individual y colectivo. Con alta frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita un producto, la salud, que en realidad la gente debería alcanzar por sí misma. En lo posible la salud nunca debe "darse" o "facilitarse" a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud" (Daquilema y Gómez, 1992).

Para comprender los elementos que intervienen en la salud y que reflejan el papel que puede desempeñar la comunidad en estos se hace necesario valorar la salud desde todos sus puntos de vista iniciando por el funcionamiento biológico en el que el ser para encontrarse sano requiere de determinadas disposiciones orgánicas y funcionales para la adquisición de experiencias, su procesamiento y análisis, producción de conocimientos propios, personalizadas con la educación y funcionamiento del organismo como determinantes del estado general de salud. En segundo término tenemos las condiciones internas del sujeto a través de sus funciones mentales superiores las cuales reflejan además el estado funcional del sistema nervioso, los estados psíquicos emocionales: que son reflejo de la relación del hombre consigo mismo y con el medio; las formaciones psicológicas completas y síntesis reguladoras de la personalidad que ocupan un lugar central en las posibilidades de educación y salud y la vulnerabilidad al estrés.

Este nivel es el determinante más importante en la participación de la comunidad en los problemas de salud y se expresa a través de los principios determinantes de la participación en los problemas de salud, que están estrechamente relacionados y son los recursos psicológicos fundamentales del hombre para enfrentar el estrés, los conflictos y las enfermedades que son:

1. La capacidad de anticipación que representa la capacidad personal de actuar y tomar decisiones con respecto al futuro (lo cual depende de la personalidad; la cual es fruto de la comunidad, de la educación y formación), siendo un factor importante en la autorregulación del comportamiento que permite enfrentar efectivamente las contradicciones, conflictos y dificultades, manteniendo su autodeterminación en los objetivos planteados en la vida, obteniendo la fortaleza necesaria para enfrentar estadios emocionales negativos (estrés, ansiedad, depresión, etc.) que pueden provocar pasividad, evasión, alcoholismo, disminución de resistencia a agentes nocivos y por tanto mayor vulnerabilidad a las enfermedades.
2. La capacidad de organizar la vida que representa la síntesis reguladora de la personalidad orientada a la autorregulación en el presente de los estilos de vida, la reflexión personal, la posición activa o pasiva a los problemas y las soluciones y en el sentido ante la vida (Figuroa, 2002).

El siguiente nivel lo constituyen las relaciones sujeto-sujeto es decir la comunicación y relaciones interpersonales, posteriormente tenemos el nivel cuatro: Relaciones hombre-medio: comprende las influencias de la sociedad en general (condiciones de trabajo, empleo, tiempo libre, exigencias y posibilidades que plantea la sociedad, autopercepción social) relacionado con la calidad de vida.

Dicho lo anterior, las estrategias fundamentales del sector salud frente a la participación social, definida como los procesos sociales a través de los cuales los grupos se unen para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones desde su visión:

- 1). Recuperación: constituye tradicionalmente el quehacer fundamental del sector. La participación de las personas se basa en reacciones individuales expresadas es solicitud de servicios ofrecidas por profesionales. Este tipo de actividad tiende por su naturaleza, a estimular una visión individualizada de la salud y a promover una actitud dependiente (usuarios de servicios) por parte de individuos.

- 2). Prevención de la enfermedad: Esta ha enfrentado históricamente algunas dificultades en lo que se refiere a su enfoque en relación con la participación

social, debido a que la sociedad ha desarrollado una visión inmedatista de la salud, orientada hacia la consecución de beneficios inmediatos y palpables.

Por otra parte, los alcances de la estrategia se han visto limitados por el énfasis puesto en transmitir cierto tipo de información, en ocasiones compleja y técnica acerca de las enfermedades que pueden llegar a atemorizar a la población, lo cual no solamente es inadecuado en cuanto a la intención de cambiar las conductas sociales sino que además al orientarse de esta forma tienden a ir en contra de la participación social, pues generan dependencia y no permiten aumentar la capacidad de la comunidad para tomar decisiones fundamentales y conscientes frente a su propia visión de salud.

La más reciente de las estrategias es la promoción de la salud, constituye en lo concreto, la necesidad que siente el sector de actuar de manera articulada con los demás actores sociales en contextos amplios, superando su restricción tradicional al respecto de la atención de la enfermedad, al orientarse hacia el conjunto de acciones sociales para el desarrollo de la salud (Figuroa, 2002).

Para el logro de la salud se requiere la participación activa lo cual implica:

1). La elaboración de una política sana (voluntad política) cuyos principales componentes son la legislación, medidas fiscales, sistema tributario y cambios organizativos.

2). Creación de ambientes favorables que permita el apoyo recíproco de los integrantes de la comunidad, protección de la comunidad, protección del medio ambiente y trabajo y ocio como fuente de salud.

3). Desarrollo de aptitudes personales por medio de la información, educación, etc. para el logro del bienestar físico, mental y social.

4). Reorientación de los servicios de salud que significa no solo la prestación de servicios curativos, de rehabilitación y preventivos sino además favorecer en la comunidad la necesidad de una vida sana, trabajar en conjunto con otros sectores y la necesidad de cambios en la educación y formación de recursos humanos.

5). Reforzamiento de la acción comunitaria que pretende la participación efectiva y concreta de la comunidad en la determinación de prioridades, en la toma de decisiones y en la elaboración y puesta en marcha de un plan de acción. La participación idealmente tiene que ser comunitaria, intersectorial y multidisciplinaria, que permita la descentralización de recurso, potenciando la

acción de los grupos sociales y el cambio en las condiciones sociales de la salud mediante la movilización colectiva (Rosenberg y Andersson, 2000).

En síntesis en salud la toma de conciencia de la comunidad sobre su situación, se logra mediante la realización del diagnóstico y la discusión y análisis del mismo a través de un proceso de diálogo y trabajo conjunto del equipo de salud y la comunidad organizada, que es el punto de partida para ir configurando el desarrollo de la participación con la práctica y en la medida que se avanza cualitativamente adquiere las siguientes características (Figuroa, 2002):

Consciente: Cuando la población identifica sus problemas de salud y de bienestar, los traduce en necesidades sentidas y sugiere soluciones; denominada conciencia sanitaria.

Deliberante: Cuando expresa libremente su voluntad y aspiraciones sin coacción externa alguna.

Responsable: Cuando se compromete cabalmente en lograr los objetivos fijados para solucionar sus problemas sociales y de salud.

Activa: Cuando participa dinámicamente en todo el proceso de planeación y en la realización de acciones de salud y bienestar.

Organizada: Cuando aúna esfuerzos y utiliza racionalmente los recursos para lograr resultados.

Sostenida: Cuando actúa en forma permanente para lograr resultados.

Al desarrollarse estas cualidades la comunidad adquiere un mayor compromiso; tomando la salud como su responsabilidad y no únicamente del médico o el Estado. El compromiso de la comunidad se hará patente en la medida en que participe en el conocimiento en salud, de las decisiones al respecto, de los programas y las actividades que le competen para una vida mejor (Araujo, y Llorens, 1985).

Los objetivos de la participación conviene estar orientados a motivar a la comunidad para que interprete la salud como un elemento básico de su desarrollo integral, lograr que la comunidad tome conciencia de su real situación de salud, lograr la organización de la comunidad para que participe activamente en la solución de sus problemas de salud, lograr que la comunidad participe como sujeto activo en acciones orientadas a la planeación, gestión y desarrollo de los programas y proyectos del sistema de salud en el municipio.

Otro objetivo es lograr la coordinación de la comunidad organizada con la administración municipal para planear el desarrollo de la salud en el municipio y

participar en su realización y finalmente capacitar a los líderes de la comunidad para que se desempeñen dentro de su comunidad como agentes multiplicadores de los conocimientos de salud.

En ese sentido, la participación de la comunidad en todas las etapas del proceso administrativo se realizaría de la siguiente manera: diagnóstico que requiere la identificación de problemas y recursos, toma de decisión con respecto las alternativas de solución y su viabilidad, planeación y programación con respecto al diseño del plan y sus responsables, ejecución a través de la financiación y la realización de acciones, el control que abarca el aporte de conocimientos, la vigilancia del cumplimiento de los acuerdos y la recomendación de ajustes y en último término la evaluación que consiste en el análisis del cumplimiento de metas, y su impacto.

Acorde con la etapa del proceso administrativo en el que la ciudadanía participe se pueden definir cuatro niveles posibles de participación en salud, la primera es la participación usuario que podría considerarse el nivel uno de participación. Constituye un componente básico de la integración social: hacer uso de las oportunidades que ofrece el sistema en todas sus expresiones. El sujeto individual en este caso, obtiene cuidados y reparación para su salud. La participación consiste en demandar y hacer uso de los servicios de salud. La persona no ejerce ninguna influencia consciente sobre el sistema. Los servicios,

mientras los usuarios lo utilicen masivamente, validan y legitiman su estructura y funcionamiento institucional, incrementando así su estabilidad y permanencia en el tiempo y espacio público (Larrain, 2000).

Los usuarios son informados y capacitados para un mejor aprovechamiento de la oferta existente. El nivel dos es el de participación movilización de recursos, en este caso, se parte del supuesto que la comunidad posee recursos efectivos o potenciales para contribuir al desarrollo y gestión de los programas definidos por el propio sistema. A este estadio se integra un sujeto social colectivo, grupal: la comunidad organizada. Luego, se favorece desde el sistema, estrechamente asociado a su funcionamiento, la generación de organizaciones comunitarias, como los grupos de voluntarios o asociaciones de pacientes.

El nivel tres es participación control y consiste en que la comunidad organizada ejerce control sobre el funcionamiento del sistema. El sujeto social, colectivo, se empodera e incrementa su capital social. Este proceso implica la transformación de la institucionalidad de salud generando una articulación más flexible y creativa con la comunidad. Por último, el nivel cuatro, más profundo en alcance y empoderamiento es la participación poder, en este nivel, la comunidad organizada incide directamente en la toma de decisiones estratégicas respecto del sistema de salud (Larrain, 2000).

En conclusión, la participación social en la resolución de los problemas de salud es un proceso que constituye un verdadero desafío para los integrantes de una sociedad dada la complejidad del mismo, siendo necesario el desarrollo de ciertas condiciones y cualidades en los diversos actores por un lado y el abandono de viejas prácticas por el otro, con el fin de lograr su avance, este conocimiento de las particularidades y condiciones específicas que presentan las comunidades proporciona información útil con el fin de articular un esfuerzo sostenido por alcanzar la salud para todos.

3. Contexto Nacional

Desde principios de los años setenta, se han venido adoptando diferentes estrategias para garantizar el acceso a servicios de salud a la población. Las estrategias se han orientado básicamente a extender la cobertura, perfeccionar la conducción y gerencia, optimizar la programación local, establecer sistemas locales de salud y mejorar el acceso y la calidad de los servicios.

Estas estrategias han estado vinculadas a diversos eventos internacionales, como ser: la Conferencia de Alma Ata, (1978), que promovió la atención primaria en salud; la Carta de Ottawa (1986), que propicia la elaboración de políticas para crear ambientes favorables, actitudes personales y reorientación de los servicios de salud; el Compromiso de Adelaida, Australia (1988), que enfatiza el acceso de todos/as a una alimentación y nutrición saludable y la

reducción de los riesgos por ingesta de alcohol y consumo de tabaco; la Reunión de Bogotá, Colombia (1992), que destaca los problemas de salud y desarrollo y promueve la creación de una cultura favorable a la salud y la modificación de estilos de vida por medio de la información, la educación y la participación popular; y más recientemente, la Conferencia de Beijín, China (1995), donde se enfatiza en la equidad de género, la promoción de la salud, la adquisición de conocimientos y la participación de la población.

4. La Reforma en Salud en Honduras

La Reforma en Salud en Honduras se enfrenta al abordaje legal, de rectoría, separación de funciones, financiamiento, participación social, cogestión y a la implementación de un nuevo modelo nacional de salud y de gestión. A principios de los años noventa, y dentro del marco de modernización y reforma del estado, el país impulso un proceso de reforma del sector salud.

En este marco, se trabajó en la definición de una propuesta de transformación del sistema, cimentada en cinco componentes específicos: Fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud; Integración progresiva con el IHSS; Integralidad de la red de servicios de salud; Descentralización y definición de la "equidad, eficiencia, eficacia y participación social" como requisitos esenciales del modelo. Esta estrategia quedó interrumpida al finalizar el gobierno del Licenciado Rafael Leonardo Callejas Romero, y no es sino hasta el 2002 con el

gobierno del Licenciado Ricardo Maduro, que impulsa nuevamente cambios sustantivos en el sector.

Con la Estrategia de Reducción de la Pobreza (2001) como marco general, la administración de gobierno 2002-2006 elaboró el Plan de Gobierno para el Sector Salud, cuyo objetivo era mejorar las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud, y que contemplaba como dos de sus pilares la reforma del sector y la extensión de la cobertura en la prestación de servicios.

El proceso de reforma parte del reconocimiento que la misión o razón de ser del Sistema Nacional de Salud consiste en proteger y mejorar, con equidad, el nivel de salud de la población. El cambio fundamental que el proceso postula radica en el fortalecimiento del rol rector de la Secretaría de Salud y la separación de las funciones esenciales de financiamiento, de aseguramiento y de provisión de servicios. También incluye el desarrollo de las acciones pertinentes para que, en el largo plazo, se adjudiquen estas funciones en otros actores institucionales, que deberán crearse.

Se constituyen en ejes transversales de todas las etapas del proceso de reforma los siguientes:

1. La participación ciudadana y
2. La promoción de la salud

En la promoción de la salud se utilizarán tres medios básicos:

- a) La participación social
- b) La abogacía por la salud y
- c) La mercadotecnia social en salud

La participación social, que es un proceso en el que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de la actividad social y de las instituciones, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, y que tiene como fin la transformación de su realidad. Incluye, no sólo la participación comunitaria, en virtud de la cual los individuos asumen la responsabilidad de contribuir con su propio desarrollo y bienestar y con el de su comunidad, sino también la de las entidades, públicas y privadas, que impactan directa o indirectamente en el nivel de salud de la población.

5. Participación Social en Honduras

El Estado de Honduras en el artículo 145 de la Constitución de la República, reconoce el derecho a la protección de la salud, siendo deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad (Matute, 2010). De acuerdo con esto, el Estado, que tiene como una de sus funciones primordiales garantizar los derechos de sus ciudadanos, entre ellos el acceso universal a la salud, en los últimos años ha redefinido su rol en cuanto a responsabilidad absoluta de este derecho, emergiendo la

tendencia de visualizar al Estado como un ente ágil que rectore y regule a través de políticas públicas el funcionamiento de los diversos sectores, compartiendo responsabilidad con el sector privado y la Sociedad Civil; consensuando acuerdos con la ciudadanía; proceso denominado Gobernanza (Celedón y Orellana, 2003).

En Honduras luego del retorno el orden constitucional democrático en 1981, se ha observado un proceso creciente de construcción de espacios públicos civiles que han influido en el estado, proceso no obstante que ha sufrido retrocesos particularmente al inicio de la transición democrática en el contexto de la guerra fría (Rodríguez, 2003).

En 1990 se promulgo la ley de municipalidades que represento un adelanto con respecto a los esquemas tradicionales que han caracterizado relaciones entre las autoridades municipales y la ciudadanía. Esta relación podría decirse que fue reconfigurada con la inclusión de figuras como los cabildos abiertos, plebiscito, referéndum y los comités municipales de desarrollo además de otros nuevos espacios de gestión que la ley normatizaba (Domínguez, 2003).

A consecuencia del Huracán Mitch (1998) se produjo una apertura a la participación social lo que permitió la incorporación de diversos actores nacionales en la discusión y elaboración del plan maestro de reconstrucción y

transformación nacional y posteriormente a la definición de la estrategia para reducción de la pobreza en donde en el marco del fortalecimiento de la gobernabilidad y la democracia participativa la estrategia plantea el aumento de la presencia de las personas de menores ingresos en la toma de decisiones dentro de un proceso de democracia participativa, particularmente en el sector salud la estrategia establece como meta un mayor y mejor acceso al servicio de salud a través de la concertación de una reforma del centro de salud en la que se implanten y amplíen convenios de cogestión a nivel comunitario lo que significa la adquisición de responsabilidad en la gestión de la red de salud por parte de las fuerzas sociales (Gobierno de la República de Honduras, Estrategia para la Reducción de la Pobreza, 2001).

Aunque estos postulados siguen siendo un ideal se lograron generar procesos orientados a lograr el desarrollo local y la descentralización. Impulsándose algunos procesos de cooperación y cogestión con los municipios por parte de la Secretaria de Salud como el convenio marco con la Asociación de Municipios de Honduras y la creación del consejo consultivo ministerial de salud.

Al igual que los países del resto del mundo, Honduras adoptó la meta "Salud para Todos en el año 2000" con el propósito de fijarse un norte a donde conducirse en lo tocante a Salud Pública, lo cual implicaba superar obstáculos que impidiesen llegar a tener un grado de salud digno para sus ciudadanos. Sin

embargo aunque esta orientación mundial de la salud fue expuesta hace casi tres décadas, en Honduras no ha sido posible darle continuidad a los procesos de participación con la consecuente implementación de estrategias y programas que siguen incorporando a los usuarios con fines utilitaristas e iniciativas que terminan siendo fuente de frustración para la ciudadanía.

El papel de la sociedad civil en la praxis de estos conceptos es fundamental, particularmente en la identificación y expresión de demandas sociales, en la evaluación y control de la gestión pública, el acceso a la información, elemento fundamental en la transparencia de los procesos, con el propósito de crear y reforzar las capacidades sociales que son el camino para profundizar la democratización y alcanzar mayor eficiencia y efectividad en la entrega de servicios y prestaciones públicas.

La incorporación de la ciudadanía a las políticas públicas es un medio para el aprovechamiento de las capacidades y la canalización de los recursos sociales, porque se aprovechan las economías de escala, reduce costos de transacción y limita el comportamiento oportunista, emergiendo de este modo, un verdadero Estado que gobierne democráticamente; difundiendo el poder en la sociedad, favoreciendo la igualdad de oportunidades, aumentando la confianza y el capital social, mejorando la credibilidad y haciendo sustentables las políticas públicas (Celedón y Orellana, 2003).

Para lograr lo anterior el Estado debería dirigir su mirada a las organizaciones comunitarias que son las formaciones sociales-constituidas por un grupo identificable de miembros-que tienen funciones y se orientan conscientemente hacia fines y objetivos comunes, articulándose en la acción para lograrlos. La organización participante de una comunidad se inicia desde el momento en que varias personas sintiendo una necesidad deciden reunirse para buscarle una solución.

Los individuos y la comunidad se superan, si se les brindan condiciones favorables que les permita desplegar su propia iniciativa. Las organizaciones comunitarias están conformadas por líderes naturales o por personas que por su ascendencia sobre la comunidad o parte significativa de esta, pueden promocionarla y orientarla hacia la acción y representarla en las decisiones que tengan relación con su desarrollo (Fernández, 1998).

6. Contexto Local

A continuación se presentan algunos datos básicos que permiten contextualizar a los municipios de La Esperanza e Intibucá en el departamento de Intibucá, Honduras:

Tabla No. 1: Datos básicos de los Municipios de Intibucá y La Esperanza

Municipios	La Esperanza	Intibucá
Población	9,686 habitantes*	58,816 habitantes*
Extensión Territorial	157.2 Km ²	536.74 Km ²
Aldeas	5	20
Caseríos	25	106

*Fuente: Proyecciones de Población de Honduras 2014, CPV 2001, INE; Nota: Población al 1 de julio de cada año, ajustada según tasa anual de crecimiento.

Las disparidades entre ambos municipios se observan a simple vista en el aspecto demográfico, uno de los factores que quizás expliquen estas diferencias se remonta al tipo de organización establecido desde la colonia española: La ciudad de La Esperanza albergaba a la población blanca peninsular y criolla y en la ciudad de Intibucá se asentaba la población de ascendencia indígena lenca. Como consecuencia, a lo largo del tiempo se fueron desarrollando dos comunidades con características propias a pesar de la cercanía desde el punto de vista geográfico de ambas, las ciudades gemelas, como se conocerían, circunstancia que se reprodujo en el país en otros puntos de la geografía nacional como en Tegucigalpa y Comayagüela, en realidad representaba el distanciamiento y las diferencias de quienes representaban el poder y quienes estaban sometidos y desde el punto de vista social postergados.

Esta característica marcaría la dinámica del desarrollo ulterior de ambas ciudades en donde las relaciones de poder entre los ciudadanos y las autoridades gubernamentales y del poder local tradicionalmente en su aspecto fundamental permanecen sustentadas en el paternalismo y el modelo tradicional, esto contribuyó en parte al atraso considerable del municipio de Intibucá en general con respecto a otras regiones del país y en particular de la ciudad de Intibucá con respecto a la de La Esperanza, como lo refleja el índice de desarrollo humano (IDH) del Municipio de La Esperanza que en el año 2009 (Tabla No. 2) ocupó el lugar 85 del total de Municipios de Honduras, en el mismo período el Municipio de Intibucá, que es mayoritariamente rural obtuvo un ocupó el lugar 265. Esta especie de abismo o brecha social entre las dos ciudades no deja de sorprender al visitante, al observar que la frontera entre ambas ciudades es de sólo una calle.

De acuerdo al mismo informe el Municipio de Intibucá casi duplica la tasa de desnutrición del municipio de La Esperanza las principales causas de enfermedades son las infecciones respiratorias y el parasitismo intestinal, la desnutrición proteico calórica y las enfermedades diarreicas.

La tasa de alfabetismo del Municipio de La Esperanza es de casi el 92% lo que se explica por la alta población urbana mientras que en el Municipio de Intibucá es de 85.7% donde la población es más rural y los centros educativos están

dispersos. En los indicadores de Logro en Salud y Educación se observa la misma diferencia entre ambas ciudades. Un ejemplo más de lo anterior es que las 11 carreras que se ofrecen en el ámbito medio, la totalidad están ubicadas en la Ciudad de La Esperanza.

Tabla No. 2: Algunos Indicadores de Desarrollo Humano de los Municipios de La Esperanza e Intibucá 2009

Indicador	La Esperanza	Intibucá
IDH	0.728	0.655
Esperanza de vida al nacer	73.72	72.31
Índice de Salud	0.812	0.789
Tasa de alfabetismo	91.82	85.7
Índice de Educación	0.816	0.736
Índice de ingreso	0.583	0.484

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano Honduras 2011, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD.

En el Departamento de Intibucá, Honduras, también se poseen limitaciones en cuanto a la articulación intra e intersectorial, además de la falta de implementación de una política clara, transparente y sostenida que incorpore sin restricciones a los ciudadanos. Un ejemplo concreto lo constituye el estado

actual de la implementación del plan Estratégico Bi-municipal de La Esperanza e Intibucá 2004-2013: Las fases del plan en las que finalmente no se involucró y empoderó a la ciudadanía continúan sin llevarse a cabo.

De lo anterior resulta evidente la necesidad de la existencia de arreglos institucionales, formales e informales, de interacción entre el Estado y la sociedad civil que ordenen los procesos de intercambio, coordinación, control, interacción y toma de decisiones sobre las políticas públicas, buscando una consecuencia con los valores de la democracia (representatividad; legitimidad) la eficiencia y la eficacia institucionales.

Un concepto estrechamente ligado a lo anterior es la gobernabilidad que se vincula a la capacidad del Estado de establecer consensos y de conducir la acción colectiva (Celedón y Orellana, 2003).

En el caso del Departamento de Intibucá, existen numerosas organizaciones que ejercen una acción importante en cada una de sus comunidades, en algunas de las cuales se han producido éxitos relativos con respecto a la satisfacción de determinadas demandas, las que, sin embargo, aún no logran articularse en un proceso de desarrollo integral.

7. Participación social en La Esperanza e Intibucá

En el caso de la Esperanza e Intibucá se pueden mencionar como resultado del proceso de participación social generado en 1998 el proyecto de género y gestión municipal, la realización de un diagnóstico de género del Municipio y la aprobación en el 2001 de la política Municipal de género (Domínguez, 2003).

En las dos ciudades existen numerosas organizaciones comunitarias, entre ellas 25 patronatos, gremiales, de salud, de medio ambiente, étnicas, religiosas, Organizaciones no Gubernamentales las que según observaciones activan poco coordinadas, con liderazgo débil y metodologías de consulta comunitarias bastante limitados, duplicando esfuerzos con metodología que fomentan el paternalismo. La práctica de mecanismos de consulta es débil por factores como el cacicazgo tradicional, la pobre formación de la población sobre este tema y la deficiente cultura de responsabilidad ciudadana de participar, debatir y decidir.

El más reciente esfuerzo integral de participación amplia en el proceso de desarrollo del Municipio fue el realizado en el diseño del Plan Estratégico Bimunicipal de las Ciudades de La Esperanza e Intibucá, un plan a largo plazo que debía ejecutarse entre los años 2004-2013. Primer esfuerzo conjunto de ambas corporaciones con apoyo de grupos de ciudadanos. El plan consta de 5 fases, de las cuales sólo logro desarrollarse hasta la tercera, quedando

inconclusa la fase de formulación del plan estratégico operativo anual y la definición de los mecanismos de seguimiento, entre ellos el plan de monitoreo.

El plan considera la salud como uno de sus ejes estratégicos y la consigna en su visión de municipios y específicamente la ubicaba en el eje estratégico mejora de calidad de vida que en el caso de las ciudades de la Esperanza e Intibucá incluía acciones con respecto a problemas de agua potable, alcantarillado, alcoholismo, deterioro del medio ambiente. Temáticas discutidas con amplia participación en varias rondas de consulta y discusión, sin embargo, pese al avance que significó este proceso, el mismo se ha malogrado, pues las siguientes fases del mismo, no han logrado ponerse en práctica.

IV. METODOLOGÍA

8. DISEÑO METODOLÓGICO

Siendo el propósito de este estudio el de proporcionar una visión cualicuantitativa sobre el estado actual del desarrollo de la participación social en el campo de la salud, se efectuó el estudio implementando el modelo de dos etapas (Hernández, Fernández y Baptista, 2003), desarrollando en primera instancia un enfoque cuantitativo a través de la técnica de la encuesta aplicando un cuestionario en lo referente a la opinión del ciudadano común con respecto a la participación social en los procesos de salud.

Se obtuvo una muestra no probabilística a conveniencia para encuestar de 910 personas mayores de 18 años de las Ciudades de La Esperanza e Intibucá que según datos del INE para el año 2013 se estiman un total de 14,123 habitantes.

En relación al estudio cuantitativo, una vez aplicado el instrumento se procedió a volcar la información en la base de datos, se elaboró tablas de frecuencia, gráficos, se realizó el análisis contrastando la teoría y los resultados para las conclusiones y recomendaciones.

En relación al estudio cualitativo se realizó una sesión utilizando el método de grupo focal con 13 informantes claves de las comunidades, funcionarios gubernamentales (2) y municipales (2), miembros de patronatos (7) y coordinadores de proyectos de ONG's (2); en donde se abordó la situación de la participación social en las Ciudades de La Esperanza e Intibucá, la información luego se transcribió y evaluó por medio de la metodología de análisis de temática de enunciados aplicándose las operaciones analíticas de normalización y segmentación, construcción de definiciones y de ejes conceptuales lo que permitió la identificación de los niveles y fases del proceso de salud en que participan los ciudadanos y sus organizaciones , las instancias de participación que se implementan, articulación intersectorial, experiencias, logros y dificultades.

V. RESULTADOS

9. Resultados cuantitativos:

Tabla No. 1

Distribución según grupos de edad de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 35	565	62
36 a 53	278	30.5
54 a 71	62	7
72 a 89	5	0.5
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

Se encuestaron un total de 910 personas, siendo el rango de edad más frecuente de los 18 a los 35 años, 565 (62%).

Tabla No. 2

Distribución según sexo de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	541	59
Masculino	369	41
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

Se encuestaron un total de 910 personas, correspondiendo a 541 (59%) al sexo femenino y 369 (41%) al sexo masculino.

Tabla No. 3

Distribución según alfabetismo de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Alfabeto	Frecuencia	Porcentaje
Si	856	94
No	54	6
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

Con respecto al porcentaje de alfabetismo un 94% de los encuestados afirmaron que podían leer y escribir contra 6% que expresó lo contrario.

Tabla No. 4

Distribución según escolaridad de la pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	54	6
Primaria incompleta	135	15
Primaria completa	134	15
Secundaria incompleta	152	17
Secundaria completa	318	35
Superior incompleta	23	2
Superior completa	94	10
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

El nivel educativo más frecuente el de secundaria completa con (318) 34.9% y sólo 94 (10%) de los encuestados afirmaron haber culminado estudios superiores.

Tabla No. 5

Distribución según condición de trabajo de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Trabajo Actual	Frecuencia	Porcentaje
Si	735	81
No	175	19
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

Del total de entrevistados 735 (81%) tiene trabajo actualmente mientras 175 (19%) no lo tiene.

Tabla No. 6

Distribución según tipo de empleo de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Empleo como:	Frecuencia	Porcentaje
Profesionales y técnicos medios	268	29
Ninguno	175	19
Micro y pequeña empresa	159	18
Oficios varios	126	14
Otros asalariados	121	13
Profesionales universitarios	61	7
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

Al desglosar el tipo de empleo, los profesionales y técnicos medios representaron la mayoría con 268 (29%) y los que se dedican a laborar en profesiones universitarias son una minoría con 61 (7%).

Tabla No. 7

Distribución según estabilidad laboral de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Permanente	420	46
Temporal	315	35
Ninguno	175	19
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

Se encontró que de los que tenían empleo, 420 (46%) laboran de manera permanente y 315 (35%) que lo hace de forma temporal.

Tabla No. 8

Distribución según ingreso mensual de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	175	19
< 2800 LPS	204	23
2800-5600 LPS	294	32
> 5600 LPS	237	26
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

La mayor frecuencia de ingreso está 2800 y 5600 lempiras, 498 (55%) y sólo el 26% (237) tiene un ingreso superior a los 5,600 lempiras.

Tabla No. 9

Distribución según quienes toman decisiones para solventar los problemas de salud de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Entidad	Frecuencia	Porcentaje
Instituciones de Salud	561	62
La Alcaldía	103	11
El Gobierno	98	11
Patronatos	51	6
La Comunidad	49	5
No sabe	32	4
Nadie	13	1
Otros	3	0.3
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

Al preguntar al encuestado quien tomaba las decisiones para solventar los problemas de salud en su ciudad 62% respondió que eran las instituciones de salud locales, 11% la Alcaldía y el gobierno central respectivamente, y sólo el 6% los patronatos y 5% las personas de la comunidad.

Tabla No. 10

Distribución según quien debe resolver los problemas de salud de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Responsable(s)	Frecuencia	Porcentaje
El Gobierno	129	14
La Alcaldía	91	10
La Comunidad	60	7
Todos	630	69
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

Las respuestas sobre quien debería resolver los problemas de salud, respondieron el 69% que todos, 14% el gobierno, 10% la alcaldía y sólo 7% respondió la comunidad.

Tabla No. 11

Distribución acerca de quien evalúa la ejecución de proyectos, según la percepción de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Gobierno	372	41
Alcaldía	195	22
No sabe	130	14
Comunidad	130	14
Centro Salud	59	7
Nadie	12	1
Otros	12	1
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

Al preguntar quién se encarga de evaluar la ejecución de proyectos de salud; la mayoría (372) 41% respondió que el gobierno central, (195) 22% la Alcaldía y sólo (130) 14% la comunidad.

Tabla No. 12

Distribución según calificación de la participación que ejercen las personas en su comunidad de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Participación	Frecuencia	Porcentaje
Activa, Propositiva, Beligerante	146	16
Pasiva, Expectante, Conformista	764	84
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

En cuanto a calificar la participación de las personas en su comunidad con respecto a los problemas de salud, el 84% (764) reconoció que la participación es pasiva, expectante, conformista y sólo el 16% (146) que la participación es activa, propositiva, beligerante.

Tabla No. 13

Distribución según existencia de coordinación de trabajo entre los diversos actores de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Coordinación de Trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Si	280	31
No	630	69
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

Un total de 69% (630) de los entrevistados considera que no existe coordinación en el trabajo entre los diversos actores del sector salud, mientras 31% (280) opina que si existe.

Tabla No. 14

Distribución según acceso de la comunidad a la información de proyectos de salud de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Acceso Información proyectos	Frecuencia	Porcentaje
Si	170	19
No	740	81
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

En cuanto al acceso a información de los proyectos de salud, 81% (740) de los encuestados respondió que no hay acceso a información y 19% (170) que sí.

Tabla No. 15

Distribución según instancias en las que ha participado en los últimos 5 años, de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Instancias	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	277	31
Patronatos	250	28
Comisiones-comités-juntas	103	11
Asambleas	80	9
Reuniones periódicas	74	8
Cabildos	67	7
Talleres	48	5
Otras instancias	11	1
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

Al preguntar sobre las instancias u organizaciones de cualquier tipo en las que el encuestado ha participado en los últimos 5 años el 31% (277) contestó que en ninguna, 28% (250) en patronatos y 11% (103) en comisiones, comités o juntas.

Tabla No. 16

**Distribución según oportunidad de participación en proyectos de salud,
de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e
Intibucá, 2014.**

Participación Activa	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	524	57.5
Ejecución (E2)	282	31
Planeación y toma de decisiones (E1)	60	7
Todas	25	3
Supervisión y Evaluación (E3)	8	1
Etapa 1 Y 2	6	1
Etapa 2 Y 3	4	0.4
Etapa 1 Y 3	1	0.1
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

Al preguntar sobre su participación personal en proyectos de salud el 57.5% (524) de los entrevistados contestó que no ha participado en ninguna etapa y 31% (282) en la etapa de ejecución.

Tabla No. 17
Distribución según
Nivel de Confianza en las organizaciones, de los pobladores encuestados
de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Organización	Nivel de Confianza						Total
	Mucha	%	Poca	%	Ninguna	%	
Patronatos	353	39	268	29	289	32	910
ONG's	269	29	306	34	335	37	910
Cooperativas	236	26	320	35	354	39	910
Alcaldía	178	19	371	41	361	40	910
Gobierno	127	14	357	39	426	47	910
Partidos Políticos	71	8	180	20	659	72	910

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

Al consultar a los encuestados sobre el nivel de confianza, el 39% (353) respondieron que tienen mucha confianza en los patronatos y 72% (659) no tienen confianza en los partidos políticos.

Tabla No. 18

Distribución según principales problemas de salud priorizados de los pobladores encuestados de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, 2014.

Problema	Frecuencia	Porcentaje
Higiene y salubridad	607	66.6
• Falta de alcantarillado	265	29.1
• Manejo de desechos sólidos	183	20.1
• Contaminación ambiental	94	10.3
• Agua potable	55	6.0
• Mercados	10	1.1
Otros problemas	303	33.3
• Mal estado de calles	128	14.1
• Enfermedades	110	12.1
• Servicios de salud	65	7.1
Total	910	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población.

Los mayoría de problemas prioritarios identificados por los encuestados fueron sobre higiene y salubridad con 607 (66.6%), y entre ellos el problema de mayor importancia es la falta de alcantarillado sanitario con 265 respuestas (29%).

VI. ANÁLISIS

La salud y la educación son derechos fundamentales que son apreciados como integrantes esenciales de la dimensión social de ciudadanía que también incluye en su contenido el empleo, pobreza y desigualdad, de ahí que la existencia de inequidad en el acceso a estos derechos, como lo manifiesta el hecho de que el 35.5% (323) de los encuestados en las ciudades de La Esperanza e Intibucá tengan un nivel educativo de educación primaria o menor, no tengan trabajo y el ingreso mensual sea menor a un salario mínimo se erige como un obstáculo que impide el desarrollo de potencialidades y la integración plena de los individuos en su comunidad, dificultando, en este caso, su participación en aspectos de salud de la comunidad.

Es de esperarse, por lo tanto que los problemas fundamentales que la mayoría de los habitantes de las ciudades de La Esperanza e Intibucá identifican como más importantes sean aquellos relacionados con los servicios básicos, saneamiento ambiental y salud que son los principales problemas de los grupos poblacionales postergados de la nación, lo que implica en cuanto a participación social un estado de desigualdad que incide en la integración plena de los individuos en condiciones iguales en la sociedad y que revela el déficit que en cuanto al componente social del ciudadano aún persiste en estas ciudades.

Torres Rivas afirma que si a la comunidad y al individuo se les brindan condiciones favorables que les permitan desarrollar su propia iniciativa para resolver los problemas que los aquejan, entonces, existirán mayores posibilidades de superación, lo anterior se relaciona con los hallazgos de este estudio, concretamente ante la respuesta mostrada por 84% (762) de las personas encuestadas de que las decisiones para resolver los problemas las toman otras instituciones y organismos y no los ciudadanos; lo que contrasta con que una cifra importante del 69%(630) piensa que todos los actores involucrados; Gobierno, Alcaldía y habitantes de la comunidad, deberían resolver los problemas en conjunto.

La participación social según Wolfe y Lundwall entre otros, implica la oportunidad de que la comunidad analice su propia problemática, identifique prioridades, sugiera alternativas y participe en las diferentes fases de los programas de salud, de esta forma estos responden a las necesidades más sentidas de la población, se genera un proceso de autodesarrollo permanente del ciudadano y conduce a los individuos a adoptar responsabilidades y hábitos de injerencia activa en los asuntos de la comunidad, llama la atención, por ello, que los ciudadanos encuestados consideren en un 58% (524). En la toma de decisión y planeación de los proyectos de salud solo un 7% (60) han participado, en la fase de ejecución es donde se da la mayor participación con un 31% (282) en estos proyectos, y la brecha aumenta aún más si se trata de la

fase de evaluación y supervisión de los proyectos donde solo el 1% (8) han tenido participación; de lo anterior se puede inferir que si la ejecución de los proyectos es la fase en la que más encuestados consideraron posible su participación esto podría deberse a la persistencia de prácticas tradicionales entre las instituciones que desarrollan los mismos; Oakley y Muller definieron esta modalidad como la "participación como medio" esto es utilizar la movilización de la gente como recurso para hacer llegar los programas a las comunidades, que implica la visualización del ciudadano como beneficiario y no como usuario, y en vez de promover la participación, únicamente obtiene la colaboración de la comunidad en actividades, proyectos y programas en las que generalmente no tuvo poder de decisión al momento de iniciarlos.

Por otra parte, el hecho de que no existe, según la opinión de 58% (524) de los encuestados, oportunidad de participar en todas las etapas de los proyectos; y en un 41% (372) respondieron que creen que la evaluación y seguimiento, lo realizan los entes estatales, representa un resultado significativo, pues muestra el nivel al cual se le posibilita a la población participar, lo cual se refleja posteriormente en el grado de compromiso y responsabilidad de la comunidad, los cuales son fundamentales para la aplicación de soluciones a los problemas planteados. Fernández (1998) menciona que cuando el ciudadano participa en la toma de decisión entonces puede ser capaz de defender y hacer cumplir esa decisión.

En opinión de Rovere (1998) la pregunta no es como hacer que la gente participe sino que en muchos casos es como hacer para levantar las barreras que se han generado tradicionalmente por parte de las instituciones, lo cual podría explicar la opinión vertida por los encuestados acerca de no contar con oportunidades de participación en los diversas fases del proceso, particularmente en la fase de planificación-evaluación-seguimiento donde aproximadamente la totalidad de los encuestados no cree que haya oportunidad de participar, de lo cual podría inferirse que las expectativas de los ciudadanos con respecto a obtener una mayor capacidad de decisión en los procesos son bajas.

Al calificar la participación de los ciudadanos con respecto a los problemas de salud encontramos una autopercepción baja, con respecto a las posibilidades de su propio aporte. La participación social implica la apropiación de valores, conceptos y comportamientos a través de un proceso de educación, capacitación y práctica con el fin de cambiar los moldes y esquemas de pensamiento de los individuos que impiden su propio desarrollo, una experiencia importante al respecto, se llevó a cabo a través del Espacio Regional de Concertación de Intibucá, una alianza de doce organizaciones de la sociedad civil y de los gobiernos locales de Yamaranguila, La Esperanza y San Isidro en noviembre de 2001 se elaboró una Política Municipal de Género y la

creación del Departamento de Desarrollo Económico y Comunitario con Equidad de Género, lo cual fue aprobado por la Corporación Municipal en agosto de 2002 en cabildo abierto, previamente se elaboró un diagnóstico en donde conoció y discutió la limitación de la mujeres a participar debido a barreras culturales, sociales y políticas que históricamente las han marginado asignándoles roles pasivos.

El proceso desembocó en la incorporación del enfoque de género por parte de la Municipalidad de La Esperanza, la realización de talleres género dirigidos tanto a hombres como mujeres, capacitación y empoderamiento de los grupos de mujeres en sus organizaciones e incorporación de las mismas en las directivas de los patronatos.

Este tipo de experiencia demostró la necesidad de visualizar también la participación social como un proceso de autodesarrollo continuo que permitirá la adquisición de mayor responsabilidad e injerencia de los miembros de la comunidad en resolver sus problemas, desarrollando aptitudes personales y mejorando su capacidad organizativa; en síntesis, creando un ambiente propicio para la participación.

Villasante califica de crítica la necesidad de cohesión social en la sostenibilidad del desarrollo, por lo que llama la atención la respuesta dada por 69% (630) de

los participantes en el estudio, de la falta de coordinación de los diversos actores de salud en el trabajo, de lo cual se infiere que para estas personas no existe una adecuada articulación entre las organizaciones sociales y los servicios.

Esto puede explicarse, en parte, debido a las relaciones de poder existentes en las ciudades de la Esperanza e Intibucá que por tradición se han basado en un escenario dominado por el cacicazgo y la centralización en la toma de decisiones que afectan a la mayoría. No obstante los espacios que se han ganado por parte de la ciudadanía, aún ésta se encuentra alejada del centro del escenario, así lo manifiestan los datos recogidos en el estudio, en las que 58% (524) no han participado en ninguna fase de los proyectos de salud y solo el uno por ciento (8) ha logrado participar en las etapas de evaluación y supervisión, lo que implica que aún no se logra un nivel de participación de poder y control del ciudadano como los define Larrain, siendo éstos los niveles más profundos de participación, en cambio los nivel más altos de participación en la etapa administrativa de los proyectos de salud fue la ejecución (31%, 282); en cambio la participación en la planeación y toma de decisiones fue sólo del 7% (60); lo que representa un nivel de participación movilización en la cual la participación de la comunidad se restringe a cooperar y validar las acciones de los entes estatales y gobiernos locales.

El construir un escenario favorable para la participación implica de manera imprescindible el acceso a la información como elemento fundamental en la transparencia de los procesos lo que permite aumentar la confianza (en instituciones y procesos), mejoran la credibilidad haciendo sustentables las políticas públicas de salud (Celedón & Orellana, 2003).

Al indagar sobre el nivel de confianza en las organizaciones los patronatos gozan de mucha confianza en 39% (353) de los ciudadanos encuestados, en cambio el nivel de ninguna confianza es hacia los partidos políticos con 72% (659) de las respuestas.

Por otra parte, al consultarles por el acceso que tiene la comunidad a la información de los proyectos de salud el 81% (740) contestaron no tener acceso; de ahí que, al no percibirse transparencia en el acceso a la información se explique que prácticamente la totalidad de las instituciones y organizaciones de la Esperanza e Intibucá, en mayor o menor medida, no generen suficiente confianza en el ciudadano.

Las instituciones de las que, según los resultados del estudio, los miembros de la comunidad, no tienen acceso a la información completa, acerca de los proyectos, son generadoras de desconfianza, frustración, desaliento y apatía; y explican en parte los resultados, en cuanto al desinterés de la ciudadanía, por

pertenecer a organizaciones en los últimos 5 años, reflejado en el estudio y la no participación en ninguna de las instancias existentes que alcanzan 31% (277) de los encuestados.

La comunidad identifica los problemas y los prioriza acorde a un orden de sobrevivencia y la salud es una de sus prioridades. Al consultarle sobre el tema el 66% (607) ordenaron sus prioridades en higiene y salubridad, reconociendo los servicios básicos de acueductos y alcantarillado en un 29% (265) como el prioritario.

La participación social en las ciudades de La Esperanza e Intibucá se encuentra actualmente en los primeros niveles de intervención de los ciudadanos, persistiendo esquemas tradicionales de inclusión de la comunidad en los diversos procesos de salud.

No obstante los avances alcanzados, aún no se logra sistematizar la participación de la comunidad en la toma de decisiones, ejemplo de ello, es que a 25 años de haber sido promulgada la Ley de Municipalidades con las figuras legales del plebiscito y referendo aún no se ha realizado ninguno en las dos ciudades, en temas de interés de sus habitantes.

VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS CUALITATIVOS

A. Percepción y Significado de la Participación Social (PS) en Salud

El ser humano actúa conforme a su percepción del entorno, que asume como lo real, su cosmovisión, de forma que rige su conducta en función de su punto de vista.

Las motivaciones, intereses colectivos e individuales y sus necesidades insatisfechas ejercen una poderosa influencia en la percepción de las personas.

El razonamiento sobre el estado de satisfacción es subjetivo e individual y generalmente no trasciende más allá de su entorno familiar, a menos que haya un interés compartido en la comunidad donde habita, que lo motive a participar en la búsqueda de alternativas de solución compartida.

En relación a la percepción y significado de la participación social en salud, tal como se declaró en la Conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud en Alma-Ata: "El pueblo tiene el derecho a participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud".

En la opinión de los participantes en el grupo focal, se recogen las siguientes expresiones que reafirma el planteamiento teórico, en cuanto a la percepción y significado de la participación social en salud:

“Es el involucramiento consciente de los ciudadanos en la identificación de sus problemas de salud”

“Es cuando la comunidad planifica y ejecuta acciones para solucionar su problemática de salud”

“Es cuando la comunidad participa en la definición de estrategias para contrarrestar los problemas de salud”

“Es equidad en la participación de la ciudadanía en la identificación de sus problemas de salud”

“Es la integración de todos los estratos sociales, en la búsqueda de mejores condiciones de vida”

“Es la participación proactiva de la comunidad en procura de un mejor estado físico, mental y social de todos los individuos”

En el caso de la participación social en salud se asume la definición expresada por la Organización Panamericana de la Salud en 1994: La participación social en la cogestión de la salud, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud.

El ***“involucramiento e integración consciente de la ciudadanía de todos los estratos sociales con participación proactiva y equidad”*** desde la ***“identificación y solución de problemas de salud”*** mediante la ***“planificación, definición de estrategias y ejecución de acciones para mejorar sus condiciones de vida”*** es participación social en salud según la percepción de los participantes. Desde esta perspectiva no es visible la evaluación y control, petición y rendición de cuentas, vocabulario ausente en el pensamiento estratégico de los ciudadanos participantes.

La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada.

En relación a la opinión de los participantes del grupo al expresar su percepción de la participación social en salud expresan que también:

“Implica tener la conciencia y conocimiento de la problemática y así se busca la solución a esos problemas de forma permanente”

“Se requiere transferencia de información a la comunidad”

“Requiere organización, empoderamiento y la autogestión de los ciudadanos”

“Requiere ciudadanos proactivos, con iniciativa y disponibilidad”

“Las ONG’s y los organismos del Estado deben facilitar la participación social, fortaleciendo y motivando hacia la organización de la comunidad”

“Según la Constitución de la República, es un deber que todos los ciudadanos participen activamente en salud preventiva, para la conservación de su salud, de los niños, jóvenes y adultos”

En el glosario de términos de Promoción de Salud publicado por la Organización Mundial de la Salud en 1998, se establece que el apoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a las necesidades identificadas.

Entre los participantes surgen nuevos elementos que refuerzan el concepto de participación social al expresar que requiere: ***“conocimiento, organización, disposición, empoderamiento, iniciativa, autogestión y transferencia de información a la comunidad”*** para la búsqueda de ***“soluciones permanentes”***

Las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas, supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de

conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de sus familias.

B. La Participación social en la discusión y resolución problemas de salud de La Esperanza e Intibucá con enfoque de género

Cuando la población está excluida de la mayor parte de los espacios de decisión, emerge la importancia de incorporarla a las instancias de participación en salud y en general, de trabajar desde un enfoque intergeneracional a la luz de una población en su mayoría joven, con todas sus implicancias y complejidades en términos de su reconocimiento como actores válidos y protagónicos en los intercambios. El trabajo intergeneracional requiere espacios de empoderamiento por separado e instancias de intercambio común.

Esta es la percepción del grupo de enfoque al nivel de participación social en los temas de salud:

“Hay poca Participación Social en la discusión y resolución de problemas de salud de la comunidad”

“Como ciudadanos no aprovechamos los espacios para el análisis, discusión y resolución de problemas salud”

“No hay participación plena en la discusión y solución de problemas de salud en estos dos municipios”

“Todavía estamos muy lejos de que la gente participe en la discusión y resolución de los problemas de salud”

“Falta mucho para lograr concientizar a la población y actuar en la discusión y resolución de los problemas de salud”

“La comunidad se limita únicamente a demandar servicios y no se involucra en la discusión ni en la solución de problemas de salud”

“Se ha hecho diagnóstico, se ha identificado necesidades por la comunidad, no trasciende a la discusión ni a la solución”

“Es función y responsabilidad de las ONG’s y las Instituciones de Salud”

“Generalmente son las autoridades de salud las que llevan el liderazgo en la conducción de la comunidad para el abordaje de los problemas de salud”

“Los patronatos, la Secretaría de Salud (SESAL) y las ONG’s deben promover que los ciudadanos participemos en la discusión y resolución de problemas de salud”

“La SESAL se ha limitado elaborar planes sin participación social”

“La SESAL se ha limitado a cumplir con los programas de salud”

“La SESAL se ha limitado a satisfacer la demanda por morbilidad”

“Muy poco ha logrado la SESAL en que la comunidad se involucre en la solución y análisis de sus problemas de salud”

“En la SESAL no hemos creado espacios adecuados de participación donde la comunidad defina que es lo que quiere en salud, cuál es su problemática, como desearía que fuese la atención en los servicios de salud”

“Hay que lograr que la comunidad defina qué es lo que quiere en materia de salud”

“Hemos tenido algún grado de PS en salud, pero no le damos el empoderamiento a la misma comunidad para que ellos puedan discutir y aportar las soluciones e integrar a todas las autoridades de las instituciones para que juntas resuelvan los problemas”

“Si no hay empoderamiento y no le dan capacidad o autoridad al barrio para que realice su proceso y no hay apoyo de la Municipalidad es muy difícil que exista PS en salud”

“El Gobierno Municipal es la piedra angular del desarrollo del Municipio”

“El plan de la Corporación debe estar diseñado al detalle, con estrategias y objetivos para educación, salud, vivienda y producción agropecuaria para el desarrollo integral del Municipio”

“La modalidad de la concertación de planes estratégicos y operativos es un mecanismo de PS”

“Si no logramos que la comunidad participe en la definición de objetivos y estrategias, no vamos a lograr su empoderamiento”.

Los participantes del grupo focal reconocen que: ***“hay poca participación social y no hay participación social plena”*** y que ***“falta empoderamiento y liderazgo, no se aprovechan los espacios, falta mucho o estamos muy lejos, no trascendemos”*** y afirman que generalmente ***“la comunidad se limita a demandar servicios”*** y de manera sutil expresan que las instituciones presentes en el municipio ***“no facilitan la participación social, que es su función y responsabilidad”.***

A propósito del enfoque de género. Las diferencias en la esperanza de vida entre varones y mujeres ponen al tapete un dicho popular: los varones nunca crecen más allá de los dieciocho años, esto es, pasan de los cuidados de una mujer (madre) a los de otra (pareja). Así, en la salud y los afectos.

Por concepto de su identidad de género (no demostrar o reconocer debilidad), los varones tienden a llegar a los centros asistenciales sólo cuando la enfermedad se manifiesta en toda su gravedad. El enfoque de género y en particular un trabajo sobre las implicancias de las masculinidades en materia de

determinantes de la salud debe formar parte de un enfoque en materia del **“cuidado”** en las familias y las comunidades, y la conexión con la atención.

Aquí emerge una cuestión problemática: de modo creciente, las políticas públicas –y los programas emergentes están adoptando **“enfoques de género”** que más que prácticas orientadas a promover la equidad y la inclusión social de varones y mujeres, tienden a focalizarse en la mujer como sujeto destinatario directo o indirecto. De fondo, se trata de llevar a las políticas sociales el rol que la mujer asume como puente entre los sistemas comunitarios, familiares y las diversas entidades que ofertan servicios.

Cuando se promueve el rol de la mujer como **“cuidadora”** o gerente de la salud familiar, el Estado refuerza su rol de constructor de relaciones de género bajo un modelo patriarcal. Desde una perspectiva de equidad, este rasgo debe ser problematizado en todos los planos de la política pública, lo que se refleja en las expresiones en torno al enfoque de género y la participación social en salud en general:

“Hoy en día todo tiene que ser enfocado con igual participación tanto de la mujer como del hombre”

“Existe un porcentaje pequeño de participación de la mujer”

“A partir de la capacitación sobre enfoque de género, hoy en día hay bastantes mujeres integradas en los patronatos y en la red de patronatos”

“El enfoque de igualdad de género ha venido a mancomunar esfuerzos y a integrar a la mujer”

“El enfoque de género ha venido a mejorar varios aspectos, tanto en la sociedad como en los hogares”

“Ahora hay hombres que saben que la mujer no es un objeto”

“Ambos son responsables del hogar, en lo económico y la educación”

“La participación de la mujer fomenta la calidad de relación de pareja”

“Ahora van más parejas al centro de salud o va el padre con sus hijos”

“Proveer el enfoque de género fomenta que la gente decida participar”

“La mejoría de la relación de pareja ha mejorado el acceso a salud”

“La mujer lleva al niño al centro de salud con el consentimiento del hombre, pero eso está cambiando”

“Antes sólo el hombre participaba en todo”

“La mujer está participando más ahora”

“Se pensaba que la mujer sólo servía para estar en la casa y cuidar los hijos”

“La mujer sólo se asomaba a la ventana, ahora vemos que tiene la misma capacidad y a veces más talento que ciertos hombres”

“La educación tradicional en nuestras escuelas era que los niños y las niñas jugaban y se sentaban separados, no había una relación ni siquiera en recreo”

“Antes no se les permitía a los varones hacer los trabajos domésticos y todavía hay resistencia”

“El machismo todavía está arraigado en el hogar”

“Sin la mujer la familia sería un caos, el hombre por lo general no tiene algunas habilidades”

“Los hombres no hemos asumido la responsabilidad compartida con las mujeres en cuidar la salud de la familia”

“Los hombres únicamente ordenamos y supervisamos”

“Quien lleva a los niños a recibir atención médica son las mujeres”

“Quien detecta la fiebre en los niños es la mujer”

“Quien detecta los primeros síntomas de enfermedad en los miembros de la familia es la mujer”

“Quien se encarga de hacer los tés y ver de qué manera baja la fiebre es la mujer”

“Quien se encarga de ver la manera de llevar al enfermo al centro de salud es la mujer”

“La mujer asume el rol para el tratamiento de la enfermedad en la familia”

“Cuando se trata de participar en salud a nivel comunitario las decisiones las toma el hombre”

“Los hombres aunque estén en la casa no asumen la responsabilidad”

“Las mujeres tienen capacidad para desenvolverse en lo público, lo privado, en el hogar, en la sociedad, en todo”

“En la directiva de mi patronato somos cinco hombres y seis mujeres, todas con mucho talento”

“En mi patronato somos 205 socios, 150 mujeres y 55 hombres”

“En el voluntariado en aspectos de salud hombres y mujeres prácticamente están en igualdad”

“Hay algunos desafíos y dificultades para la participación social plena de la mujer”

“Se necesita que las autoridades apoyen el enfoque de igualdad de género”

Es evidente el arraigo de un modelo patriarcal, el hombre piensa y decide, la mujer cumple y *“cuida”*, sin embargo hay algunas manifestaciones de la importancia de la participación proactiva de la mujer como contraparte en el hogar y en la comunidad.

C. Participación de las personas de La Esperanza e Intibucá en cuanto a la discusión, búsqueda y solución de problemas de salud: Activa-participativa-propositiva o Pasiva-expectante-conformista

Las restricciones que explican por qué la participación para el desarrollo no es siempre efectiva señalan que aunque muchos programas han adoptado estrategias que enfocan a los pobres, lo han hecho de forma aislada de la sociedad en general; los fondos asignados a esos programas son reducidos.

Se han hecho pocos esfuerzos por canalizar inversiones de manera que la población más necesitada obtenga acceso a los activos generadores de ingresos y la conformación de grupos de gestión local, continúa siendo objeto de desaprobación por funcionarios temerosos de la pérdida de poder.

Para alcanzar un mayor nivel de desarrollo de la participación social ha sido necesario su análisis vinculándola con el empoderamiento, este último concepto fue inicialmente desarrollado en Canadá y Estados Unidos de América, bajo la categoría de “empowerment” la que tiene su equivalencia en idioma español con la palabra “apoderamiento” y que aparece desde hace mucho tiempo en el

diccionario de la lengua española con similar significado al que se le atribuye en la lengua inglesa.

El enfoque de la participación social vinculado al apoderamiento se reconoce cada vez con más convicción y tiene un importante momento de refuerzo durante la cuarta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y en su declaración final conocida como Declaración de Yakarta, que la incluyó como una de las cinco prioridades para la promoción de salud en el presente siglo.

En general la participación social de diferentes formas según su percepción; en oportunidades se percibe como la satisfacción de una necesidad de determinado grupo de población, en otras como una vía o herramienta para alcanzar la salud y en otras como una política social; es así que la percepción del grupo focal en cuanto a la actitud de los diversos actores ante la participación social en salud revela algunos matices:

“La actitud hacia la PS es pasiva y conformista”

“Hay ciudadanos que de gran forma se prestan voluntariamente”

“Hay ciudadanos excelentes que responden instantáneamente”

“Es pasiva y conformista porque se hace tanto alboroto pero a la hora de la acción no se logra nada, no se concretiza”

“Cuantas invitaciones y cuestiones se han hecho de algunos proyectos pero no se logra nada, actitud conformista”

“Aquí han venido varios proyectos y hay personas que en vez de ayudar a solucionar los problemas ponen obstáculos”

“Alguien propuso una vez: Vamos a hacer un estadio, que por cierto tiene que ver con la promoción de la salud; sin embargo hay personas que se opusieron, dijeron que a quien se le mete en la cabeza que eso es relevante, la actitud es conformista”

“Las municipalidades invitan a la población a participar en cabildos abiertos para buscar solución a los problemas, sin embargo no hay involucramiento de los ciudadanos para lograr que las decisiones tomadas ejecuten, la actitud es expectante”

“La Esperanza e Intibucá están muy atrasadas en cuanto a sus calles, sus servicios básicos, actitud conformista”

“Todos nos damos cuenta que acaba de llover y que el agua sale como fresco de tamarindo, sin embargo la tomamos así y no decimos ni hacemos nada, la actitud es pasiva-expectante-conformista”

“Las calles en verano son sólo polvo, los pulmones sufren y sin embargo está muy bien”

“A nivel de los obreros, campesinos y profesionales su actitud ante los problemas de salud es de conformismo”

“Las cosas cambiarían si nosotros como pueblo protestáramos enérgicamente, si exigiéramos soluciones, tal vez las cosas cambiarían, pero no sólo exigiendo sino que si se pide colaboración para ir a trabajar debemos hacerlo; la actitud es de conformismo”

De manera casi unánime los participantes manifiestan que la actitud de todos los sectores es “pasiva, expectante y conformista” en participar en el análisis, discusión y solución de problemas de salud. A su vez reconocen la importancia y el sentido de urgencia en identificar mecanismos que promueva y estimulen la participación social.

D. Coordinación entre los diversos actores, papel del Gobierno Municipal

El concepto de apoderamiento se refiere a la capacidad de las personas de llevar a cabo acciones de forma individual o colectiva, implica acceso y control sobre los recursos necesarios. En el ámbito individual implica características que favorecen la autoestima y el autocontrol para alcanzar las metas propuestas; en el ámbito comunitario el apoderamiento se funde con la participación social cuando reconoce la necesidad de contactos entre las

diferentes organizaciones, la coordinación, las alianzas, el diálogo y la posibilidad de influencia en las estructuras de poder.

“Existe poca coordinación”

“Hay una red para la coordinación entre algunas ONG’s”

“Se ha participado como ONG en la definición de necesidades de salud de las dos ciudades”

“Existe alguna coordinación de los actores de salud”

“En la coordinación de los actores de salud hemos mejorado”

“Lo que está ocurriendo es que la coordinación es muy puntual entre ONG’s, SESAL, Alcaldía y Patronatos”

“Existe cierta coordinación con la Secretaría de Salud”

“No existe coordinación, dos o más instituciones trabajan en un mismo componente de salud en una misma comunidad”

“Para mejorar la coordinación, la SESAL debe definir como participamos”

“Las instituciones deberían de facilitar la coordinación por su experticia”

“El patronato es importante en la coordinación con las instituciones para abordar los problemas de salud, porque nadie mejor para identificar sus soluciones porque conoce de su comunidad”

“La alcaldía de La Esperanza está convocando a los patronatos, ya tenemos algún tipo de coordinación institucional”

Hay ***“poca coordinación”*** entre los diversos actores según la percepción de los participantes del grupo focal y que tanto la ***“SESAL, las Alcaldías y ONG’s deben coordinar con los patronatos”*** como concedores de sus comunidades.

La participación de la comunidad será auténtica y eficiente en la medida que analice su propia realidad, sugiera alternativas de solución y participe en la elaboración, ejecución, supervisión y evaluación de los programas de salud y de bienestar social, de tal forma que estos respondan a las necesidades sentidas por la población.

En la opinión de los participantes del grupo focal, algunos ejemplos de coordinación son:

“La definición del Plan Estratégico Bimunicipal”

“La Municipalidad de La Esperanza ha convocado a las ONG’s para la elaboración del plan anual”

“Acompañamiento de la Alcaldía de La Esperanza en la vigilancia epidemiológica de enfermedades de transmisión vectorial”

“La Alcaldía de La Esperanza convoca a sus Patronatos a cabildos abiertos para abordar problemas en su término municipal”

En el Municipio de Intibucá no se reconoció ningún mecanismo de coordinación, en cambio en la Alcaldía de La Esperanza se visualizan algunos esfuerzos orientados a la articulación con instituciones y patronatos presentes en su territorio.

En el Municipio se materializan las principales acciones que dan cuerpo a la existencia y razón de ser del Estado: Avanzar en el proceso de mejoramiento de la calidad de vida de la población a través de cambios que se evidencian en los niveles de productividad, los estándares de vida, el acceso a bienes básicos y servicios, la participación política.

La tarea general que corresponde a nivel municipal con la razón de ser del Estado, es trabajar para que éstos índices sean cada vez más altos.

Por ser la base de la organización sociopolítica y el lugar privilegiado para la interacción de los habitantes con el Estado, al municipio le corresponde asegurar la prestación de los servicios de salud pública, construir las obras que demande el desarrollo local, ordenar el municipio, promover el empoderamiento para la participación social plena, promover el mejoramiento de la calidad de vida, sociocultural de sus habitantes y establecer alianzas estratégicas con entidades estatales y no estatales para el logro de sus objetivos.

La función de la Alcaldía en la Participación Social

En definitiva se requiere que las alcaldías dejen de limitarse a prestar servicios y cobrar impuestos y derechos para pasar a tomar parte activa en definir y construir un nuevo rumbo para sus municipios. Con nuevos recursos o un mejor uso de los existentes, con más y mejores servicios públicos, pero sobre todo con funciones más acordes con el cambiante contexto al que se enfrentan, y con espacios reales de participación social en los que se incorpore la pluralidad de las diferentes corrientes presentes en el municipio y se les otorgue capacidad decisoria real, las alcaldías podrán redimensionar su quehacer y recuperar el papel que históricamente les corresponde, tal como lo expresan los participantes del grupo:

“La función de la Alcaldía en la participación social debe ser directa y bidireccional con las ONG’s y los patronatos”

“La función de la Alcaldía en la participación social debe ser con apertura”

“Es articular con las instituciones que brindan y ofrecen atención en salud”

“El Alcalde como autoridad debe conocer los problemas de su municipio e integrar a los patronatos para su solución”

“Debe ser descentralizado el presupuesto de salud a la Alcaldía para afrontar los temas de salud y mejorar su gestión”

“La SESAL debe asesorar a los Alcaldes en materia de salud pública”

“Las ONG podemos aportar asesoría técnica a las Alcaldías para el fortalecimiento de la salud de su Municipio”

“Las Alcaldías deben de dar apertura para poder impulsar procesos de participación social”

Para lograr la salud en un Municipio, las autoridades políticas y civiles, las instituciones y las organizaciones públicas y privadas, los empresarios, los trabajadores, los usuarios y la sociedad en general, deben trabajar juntos para mejorar las condiciones de salud, vida, trabajo y cultura de la población, así la salud se convierte en un tema prioritario de la agenda política municipal y la tarea de promover la salud es una de las actividades esenciales de la gestión municipal. En ese sentido la salud no es un asunto limitado a los médicos o al personal de salud, es una responsabilidad de la administración municipal, los diferentes sectores del desarrollo, los usuarios y la comunidad organizada.

E. Las Instancias y mecanismos de participación social en salud

Donde sea que las comunidades tuvieran la oportunidad de conversar de verdad (diálogo, deliberación creativa, discernimiento) puede observarse el tránsito desde una mirada que pone el acento en lo sintomático (calidad de la atención, buen trato) a otra que enfatiza lo sustantivo (participación y cogestión como paradigma de gestión en salud); asimismo, desde un enfoque con eje en

lo asistencial a lo promocional preventivo. Producir salud extramuros más que curar enfermedad en su interior desde las instancias de gobierno. A continuación la visión de los participantes en relación a los mecanismos e instancias de Participación Social en Salud:

“El mecanismo de participación social entre las instancias: Gobierno Central, Corporación Municipal y los Patronatos debe ser un proceso horizontal con la comunidad y en ella sus habitantes”

“Los líderes comunitarios y voluntarios de salud aportan sus conocimientos a sus vecinos”

“Como patronato participamos en campañas educativas, de limpieza, de prevención contra el cólera y dengue”

Problemas de los mecanismos de participación:

“La gente no le tiene temor a las ordenanzas, no cumplió y no pasó nada”

“No hay respeto a las leyes sino se ejerce autoridad”

“Está limitada a acciones muy puntuales, no a una participación plena”

“Actitud pasiva-conformista-expectante de la sociedad”

“Los celos institucionales obstaculizan los procesos de participación”

“Las instituciones creen tener exclusivamente la razón y que pueden hacer las cosas solas”

“Hay capacidades en los diferentes sectores, en el sector privado, en otras organizaciones no gubernamentales tanto como la tiene el sector público”

F. Estrategias de Promoción, concientización, educación, organización

La participación social es una dimensión esencial en los procesos sociales que tienden a la educación, promoción de la salud, tal y como lo ha reconocido la OMS, que da voz y voto a la ciudadanía haciéndola corresponsable e incorporándola como parte integrante del proceso, de manera que esté comprometida con la toma de decisiones como concientización, organización, gestión y control de resultados.

1. Educación

Las principales estrategias para desarrollar el apoderamiento de las poblaciones locales requieren de un proceso intenso de educación popular, involucrar a las propias poblaciones en proyectos de investigación –acción– participativa para disponer de diagnósticos reales que contengan la perspectiva de los interesados, la planificación de conjunto y la evaluación participativa. Otra de las estrategias es crear redes y alianzas que faciliten la negociación y solución de conflictos así como que potencialicen la intersectorialidad.

Los servicios de salud y de educación, deben brindarse y garantizarse en las comunidades para satisfacer el desarrollo social de la población, sin embargo han sido implantados por personas o instituciones sin raíces ni relaciones con la comunidad, lo que puede restarle efectividad a los esfuerzos que se realicen.

En relación al tema educativo los participantes manifestaron:

“Los seminarios se llevan a cabo pero no se logra la participación social”

“En el momento en que se recibe el seminario los ciudadanos hacen una vez lo recomendado, luego se les olvidó que lo deben seguir haciendo”

“Los dirigentes de las organizaciones tienen que salir a educarse para liderar los procesos en salud”

“Hay ONG's que contribuyen en incentivar la participación social”

“Los patronatos participamos educando a la gente”

2. Promoción

El énfasis que supone la Promoción de Salud es que los individuos y las poblaciones controlen su salud y una forma de materializar ese énfasis es con el desarrollo del apoderamiento de sujetos y grupos. Desde esta perspectiva significa, crear la capacidad de hacerse cargo de sus propios problemas y reunir fuerzas para hacer avanzar su causa, de ahí nace un sentimiento positivo de control sobre su vida que aleja la sensación de impotencia y frustración que

sienten ante la realidad que los agobia. Algunas expresiones entorno a la promoción de la salud en las dos ciudades:

“Los patronatos en sus diferentes organizaciones promocionan lo que se va a hacer en salud”

“El Servicio Holandés de Cooperación al Desarrollo (SNV) participó bastante para ir por sectores en la elaboración de los planes estratégicos y dio excelente resultado”

“Cuando estábamos elaborando los planes estratégicos de las mismas corporaciones había un coordinador que animó a la gente”

“En salud se va a rescatar la medicina natural pero de allí jamás volvió a hablar del plan”

“Algunas instituciones que hacen excelente trabajo en promoción”

“Hay algunos proyectos en salud que han dado excelentes resultados”

“Desde que el niño se concibe en el vientre de la madre, nace, crece y hay que educar para que tenga una vida saludable y así no habrá necesidad de llevarlo frecuentemente al médico, al hospital o al centro de salud”

3. Concientización y organización

“En la concientización es posible llegar a organizar subcomités de salud en las diferentes organizaciones a las que uno pertenece “

“Ese plan estratégico quedó truncado algo que fue con tanto auge con tanta pompa”

“Como todo se inicia con toda la energía pero de repente se va muriendo la chispa de la vida”

“Las estrategias están diseñadas que se ejecuten es otra cosa”

“No existen estructuras encargadas de que esa participación social se ejecuten en base a esos planes”

“Las estrategias que ya están diseñadas allí nomás se quedan solo plasmadas en documentos”

“En el plan estratégico están las estrategias definidas en salud pero ejecutarse es difícil”

“En la zona urbana es muy difícil que se lleve a cabo la participación social”

“Solamente cuando se les “alumbra el foco” en ese momento hacen las cosas, luego se olvida”

“Cuando existe una epidemia, cuando estamos con el problema es que ya buscamos la participación de la población”

“No existe un procedimiento claro y expedito de prevención”

“Ahorita con el invierno vamos a seguir este procedimiento, no solamente cuando Salud recuerde esas situaciones”

“Las estrategias están, el seguimiento en la participación es lo que no está y no existen las estructuras necesarias”

“Hemos dejado a los organismos del Estado y a la Alcaldía solos”

“Hacer una maratón para recolectar fondos, no es verdadera participación social, simplemente se dio un donativo y nada más”

G. Condición favorable o desfavorable para la participación social plena

Desde los setenta del siglo pasado se intenta lograr la participación plena y sostenida de la sociedad sin alcanzar los resultados esperados, en parte por la escasa comprensión del personal institucional considerando que se hace un favor al usuario, adoptando esquemas autoritarios que da por hecho que su rol es pasivo.

Esta percepción se refleja en las diversas expresiones en torno a las condiciones que imperan en ambas ciudades en favor o en contra de la participación de la ciudadanía:

“Una condición favorable es el potencial de organizaciones comunitarias, de organismos del Estado y de ONG’s que articuladas las organizaciones podrían impulsar los procesos de participación social”

“La existencia de estructuras como los patronatos”

“Los patronatos pueden tener subcomités de salud”

“Las corporaciones municipales tienen como brazo de apoyo a los patronatos que son los que conocen quien come y quien no tiene ese problema”

“Existe un gran recurso y potencial humano”

“Los problemas que existen en las ciudades afectan a toda la población”

“Condición favorable es el hecho de que tenemos dos corporaciones municipales”

“El plan estratégico involucró participación de todas las áreas”

“Los medios de comunicación presentes en la localidad tenemos canales de televisión la radio que son muy escuchados”

“El recurso humano está disponible sólo es de buscar la manera de cómo activarlo”

“Una condición desfavorable es la injerencia política queriendo favorecer a la militancia partidaria del gobierno de turno”

“Los vicios políticos influyen queriendo tener preferencias en las ciudades e impiden unir esfuerzos a favor de la población en materia de salud”

“Es que a los patronatos no se les ha dado oportunidad de actuar”

“Es tener dos corporaciones municipales juntas que debería permitir una participación social intensa pero no es así por diferencias políticas”

“Es que los encargados de impulsar el proceso de participación no toman en cuenta a los demás”

“Es que hay pocos programas o espacios educativos en los medios de comunicación”

“Se destaca como logro la elaboración del plan estratégico Bimunicipal”

“Existe la dificultad de que el plan estratégico municipal no se lleva a la realidad debido a cuestiones políticas, el nuevo alcalde no le da seguimiento, viene con prejuicios políticos en relación a todo lo que dejó el alcalde anterior aun siendo del mismo partido”

“Se necesita que los líderes, los que coordinan algún plan de acción sean más astutos en cuanto a cómo atraer a la persona para motivarla para que entren en acción”

“No se ha tocado la conciencia para que despertemos y entremos todos en acción”

“La parte educativa ayuda bastante a formar la conciencia del buen ciudadano pero estos espacios se están subutilizando”

“Nuestra intención es bastante teórica y no muy práctica”

“Estamos llenos de muchos conocimientos, pero de las obras muy poco, nos falta desprendernos y darnos a la comunidad”

“Como profesionales nos dedicamos cada quien a la profesión, vemos los problemas pero no vemos en que podemos contribuir para solucionarlos”

“Nos falta un poquito más de conciencia para estar involucrados a la solución de los diferentes problemas”

En los tiempos actuales el ciudadano experimenta el paso de su rol de beneficiario a gestor de su propio desarrollo y por consiguiente pérdida de protección social por la renegociación de los contratos sociales que se origina en una búsqueda de mayor eficiencia y competitividad en el contexto del global.

Del beneficiario que aspira a la pasividad y comodidad del bienestar pasa al dinamismo del ciudadano que busca el mejor vivir, que acepta y se hace responsable por la resolución de las situaciones que afectan su calidad de vida.

El capital social es un factor crítico para que las sociedades mejoren su nivel de cohesión y prosperen económicamente, para que el desarrollo sea sostenible, en donde la sociedad civil juega un rol determinante.

Un elemento fundamental que contribuye al fortalecimiento de la Sociedad Civil es el establecimiento de prácticas de participación social. El proceso participativo es el momento de articulación entre el sujeto social y el objeto, entre la comunidad y la institución, entre las organizaciones sociales y los servicios.

H. Entre los Problemas de Salud prioritarios destacan:

La condición del ser humano en un entorno desfavorable lo lleva a visualizar lo inmediato, reduciendo la oportunidad de ver al futuro, de planificar a mediano y largo plazo; iniciando con la identificación de problemas prioritarios que los conduzcan al desarrollo pleno de la comunidad. Estas son las expresiones más reveladoras de los participantes:

“Alcoholismo, se observa no solo en el hombre sino también en la mujer, en el adolescente y hasta algunos niños”

“El SIDA que no es una enfermedad evidente, pero según informes oficiales está afectando fuertemente en ambas ciudades”

“Incremento de personas adoleciendo de diabetes, discapacidad física y mental (personas que deambulan por las calles de ambas ciudades)”

Se visualiza con claridad el enfoque al daño, no a la promoción ni a la prevención de la salud. Es una mirada biologicista desde la perspectiva del ciudadano y de los funcionarios participantes.

“Alicantarillado sanitario insuficiente e inadecuado en cobertura y calidad para ambas ciudades, es un gran riesgo usar el sistema del hospital porque está saturado, hay reflujo a las salas del hospital”

“Agua no apta para el consumo humano, está contaminada, los informes de Salud Pública citan que todas las fuentes están contaminadas”

“Mal estado de las calles, lo que genera mucho polvo e infecciones respiratorias en niños y adultos”

“Manejo inadecuado de residuos sólidos y peligrosos, convirtiéndose en un foco de contaminación, favoreciendo la proliferación de vectores, cucarachas y roedores”

“No hay una cultura de la higiene”

“Ineficiencia del sistema de trenes de aseo de las alcaldías”

“Mercados insalubres”

Las necesidades básicas insatisfechas destacan en el segundo grupo de manifestaciones acerca de los problemas prioritarios, esto evidencia el bajo nivel de desarrollo en ambas ciudades, por tanto es legítimo el reclamo de la comunidad en poner en primera fila este derecho humano elemental para sus familias.

Problemas de salud, papel de la ciudadanía, participación social

“La ciudadanía está tratando de encontrar soluciones a nivel grupal mediante celebración de reuniones de análisis del problema, aportando nuestras ideas como sociedad civil”

“Se ha iniciado gestiones y ya hay evidencia de alguna respuesta concreta como es el caso de La Cooperación Española, las dos alcaldías y la SESAL, instalando purificadores de agua”

“Se organizó el Comité de Lucha Contra el Alcoholismo, quedaron integradas autoridades Civiles y Policiales”

“Está en proceso de construcción el nuevo mercado municipal de Intibucá”

La comunidad busca respuesta a sus problemas, intenta organizarse y aprovecha de alguna manera los espacios que eventualmente se abren; sin

embargo no hay seguimiento, no existen mecanismos de petición ni rendición de cuentas expeditos accesibles a la ciudadanía, perdiendo la confianza en las instancias de autoridad local y organizaciones no gubernamentales, por tanto los esfuerzos se diluyen dejando una sensación de frustración y desánimo.

I. Participación social, características

“La participación social debe ser vista como un proceso y no como una acción puntual, debe ser organizada y planeada”

“La participación social debe tener planeación estratégica para que el proceso sea continuo y permanente”

“La participación social debe ser consciente, integradora, con equidad de género, se debe consultar a todos los sectores, generar soluciones, debe ser propositiva, coordinada, debe ser transparente, debe ser transversal, debe ser dinámica”

Características que poseemos o tenemos

“Existen organizaciones como los patronatos, sin embargo se limitan a colaborar con el centro de salud en jornadas de prevención”

“Existe planificación pero no en base a una estrategia de desarrollo, sino a una necesidad muy puntual”

“No tenemos un proceso integral, participamos de manera puntual, cuando ocurren las cosas eventuales”

J. Recursos de la comunidad, gestión, aportes.

“Los barrios se han organizado y gestionado ante la corporación municipal el alcantarillado de la ciudad”

“Hay aportaciones económicas directas de algunos ciudadanos o en mano de obra para lograr resolver un problema de salud”

“Se han incorporado recursos de la comunidad, además recursos institucionales”

“Se involucra a todos los patronatos aglutinados en la Red, ONG’s, industria, comercio”

“Los voluntarios de salud en las comunidades son clave en el municipio, por tanto su aporte y participación es vital en todas las fases”

K. Acceso a información

Las relaciones de poder que se dan entre la sociedad y las instituciones se pueden distinguir en dos modalidades, que están pensadas como dos polos de un mismo continuo, la participación como medio, es decir, como recurso para hacer llegar los programas a la población, y como la movilización de los recursos de salud de la comunidad y la participación como fin en la que el

sujeto social influye directamente en las decisiones de los sistemas que afectan su vida.

Esta última modalidad, generalmente está ausente en los procesos del sector salud y refleja una fuerte tendencia en la que la visión del ciudadano ha ido cambiando desde una calidad de beneficiario hasta un ciudadano usuario con derechos activos cuya opinión debe ser tomada en cuenta con la definición de servicios sociales, su evaluación en cuanto a disponibilidad o cobertura y calidad de servicio.

La nueva visión implica el acceso a la información por parte del ciudadano con respecto a las condiciones generales de la comunidad así como los medios para tomar parte en el proceso democrático local, colocándolo en el centro de la gestión pública, en segundo lugar la consulta al ciudadano acerca de los asuntos que las distintas instituciones locales están considerando y finalmente la participación verdadera en la toma de decisiones, como por ejemplo por medio de consultas y plebiscitos en asuntos determinados.

“No hay acceso a la información ni en las instituciones públicas ni en las ONG’s, no se presenta un estado financiero, que se financió, no hay transparencia”

“No hay acceso a conocer lo que recibe la alcaldía y lo que invierte en el sector salud”

“No hay oportunidad, ni se respeta el derecho a tener acceso a la información y ese hecho nos frustra y hace que no nos involucremos”

“Hay corrupción en el manejo de los fondos públicos en todos los niveles”

“La única información conocida de la Alcaldía es que el 80% de los ciudadanos no pagan el impuesto de bienes inmuebles”

“Algunas ONG’s dan a conocer sus presupuestos a salud, a la Municipalidad y a la comunidad intervenida”

La instancia ideal para implementar estas prácticas es en el Municipio que es la base primordial para el desarrollo y donde se dan las posibilidades concretas para hacer realidad la participación y la democracia anteriormente planteadas. Con la participación y la concertación se podrá convertir la relación entre estado y la comunidad en un factor de acompañamiento, entendimiento, defensa de decisiones y de una forma de gobierno que involucre a todos.

Es imperativo establecer un modelo de gestión que integre la complejidad de las relaciones entre los actores del sistema, esto es, que se abra a la alternancia conflicto-cooperación que existe en todo espacio indeterminado de relación entre actores. Negociación, estrategia, reconocimiento de intereses forman parte de esta mirada que deja atrás la división del mundo entre aliados y

contrincantes y reconoce que existen facilitadores y obstaculizadores desde ambos lados de la relación: Estado y sociedad civil.

El talón de Aquiles para alcanzar la participación social plena, es la pérdida de confianza en las instituciones gubernamentales y no gubernamentales. La transferencia y el acceso a la información pública, la creación de mecanismos de transparencia, de petición y rendición de cuentas o de auditoría social pueden contribuir para estimular la participación social, mejorando el nivel de confianza en las autoridades de turno.

En un intento por reflejar la cosmovisión y perspectiva de los actores participantes en el estudio de participación social en salud de los pobladores de las ciudades de La Esperanza e Intibucá, a continuación se presenta una serie de diagramas y al final un mapa conceptual de los flujos de pensamiento de los participantes, tratando de vincular la visión, construcción y sentido de pertenencia de una red de salud, la expresión del sentido de equidad en el acceso, el riesgo, el saber y el poder, como ya lo había indicado Mario Rovere (1999).

Diagrama 1

Diagrama del significado del concepto de Participación Social según funcionarios de ONG's y de la Secretaría de Salud en las ciudades de La Esperanza e Intibucá

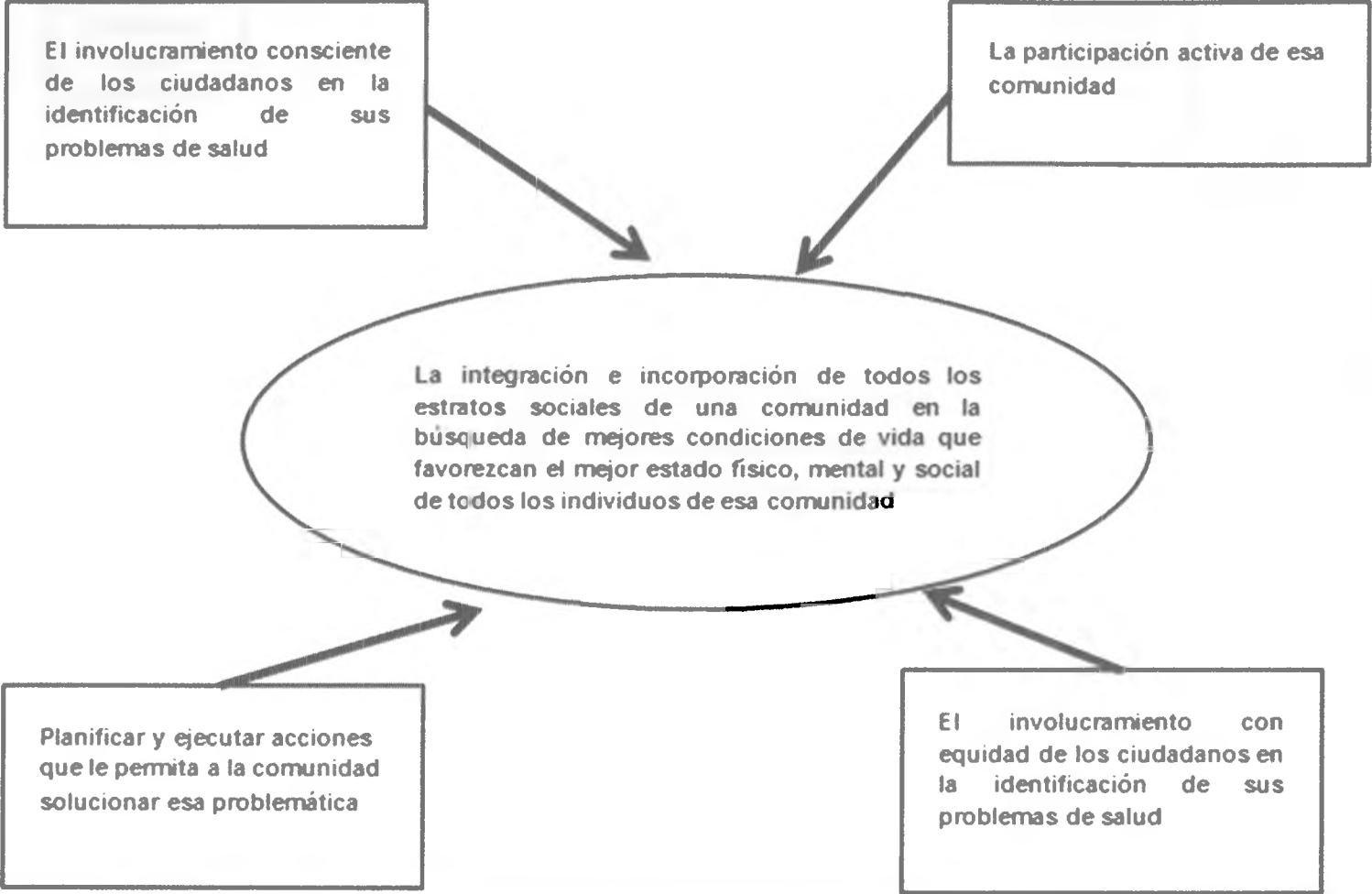


Diagrama 2

Diagrama de actitud del ciudadano frente a la participación: Pasiva, conformista, expectante o activa, propositiva, beligerante

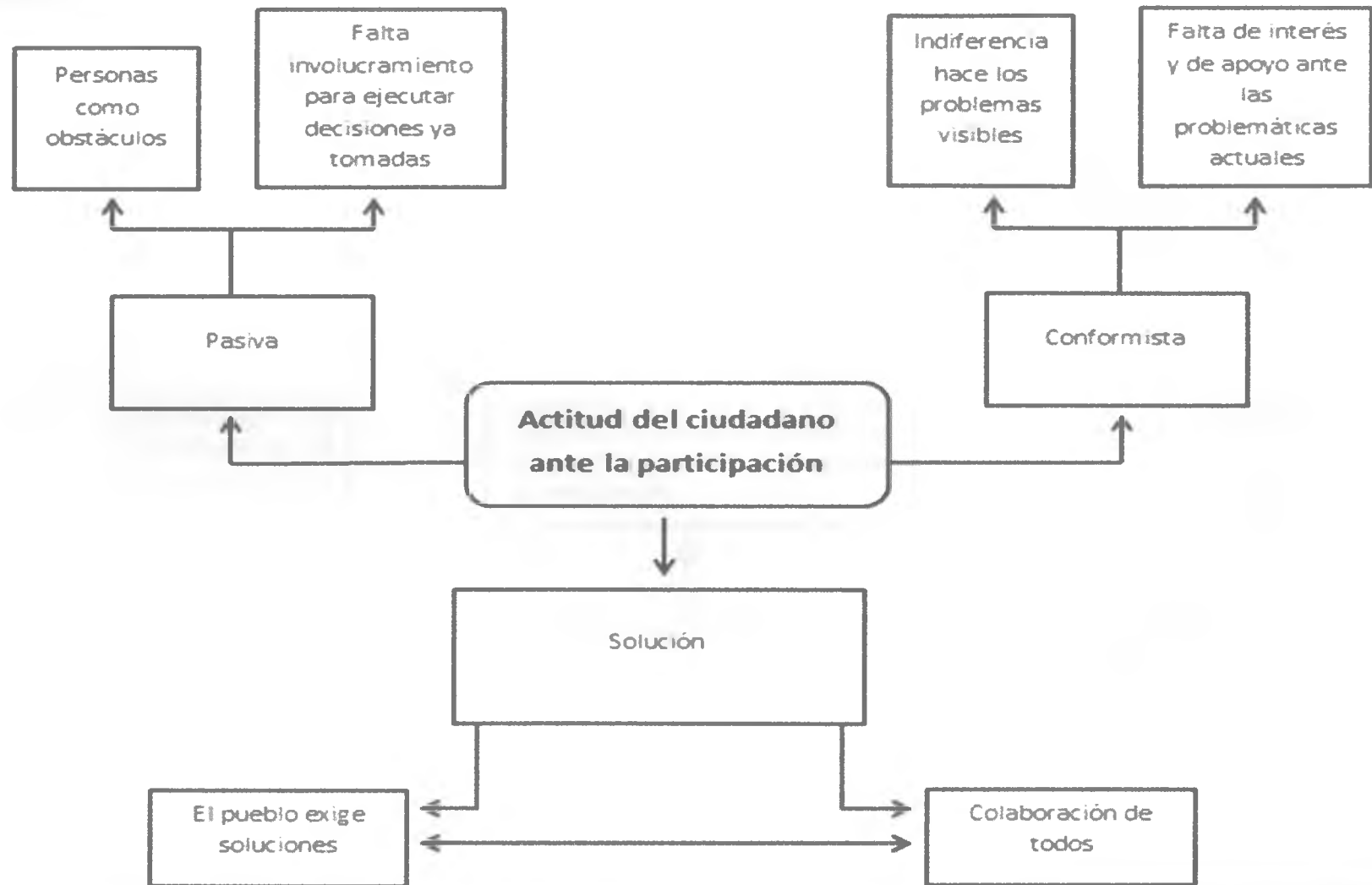


Diagrama 3

Diagrama Participación Social en la discusión y resolución de los problemas de Salud de la Esperanza e Intibucá, incluyendo aspectos relativos a género.

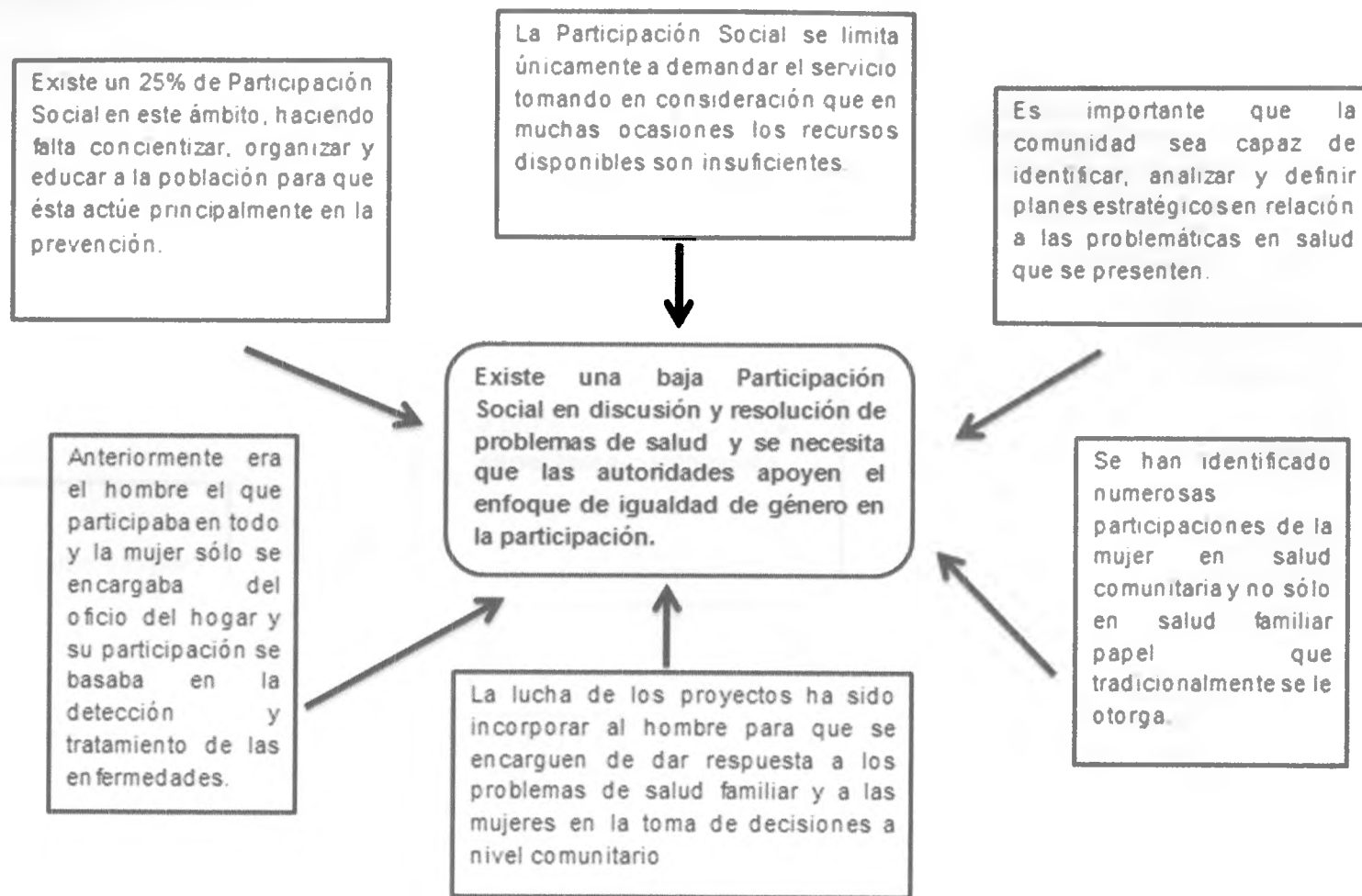


Diagrama 4

Diagrama Participación de las personas que viven en La Esperanza e Intibucá en cuanto a la discusión, búsqueda y solución de los problemas de salud. ES ACTIVA-PARTICIPATIVA-PROPOSITIVA PASIVA-EXPECTANTE-CONFORMISTA

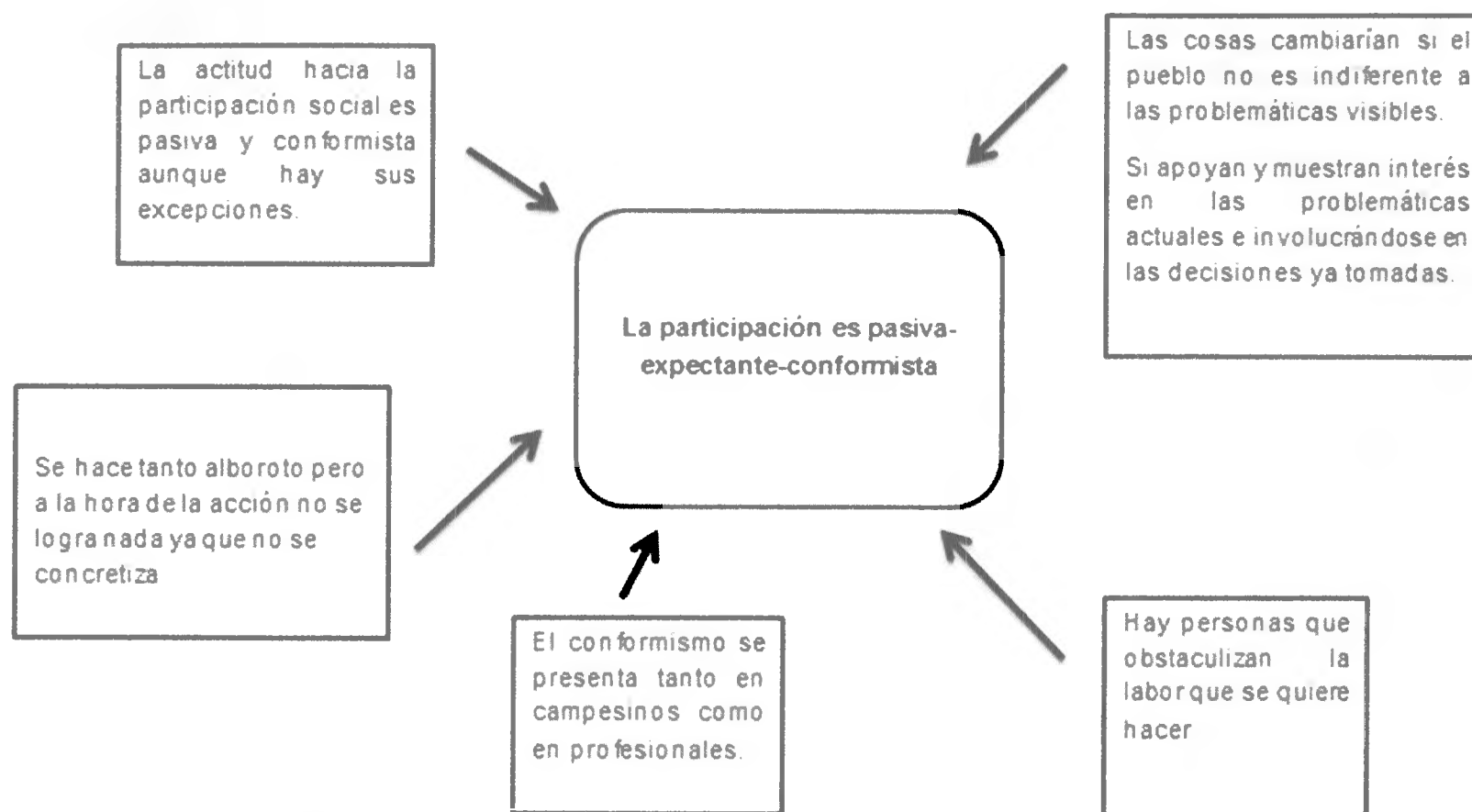


Diagrama 5

Diagrama Coordinación entre los diversos actores del sector salud (Instituciones de Salud, ONG afines y comunidad organizada) y papel o función que corresponde al Gobierno Municipal.

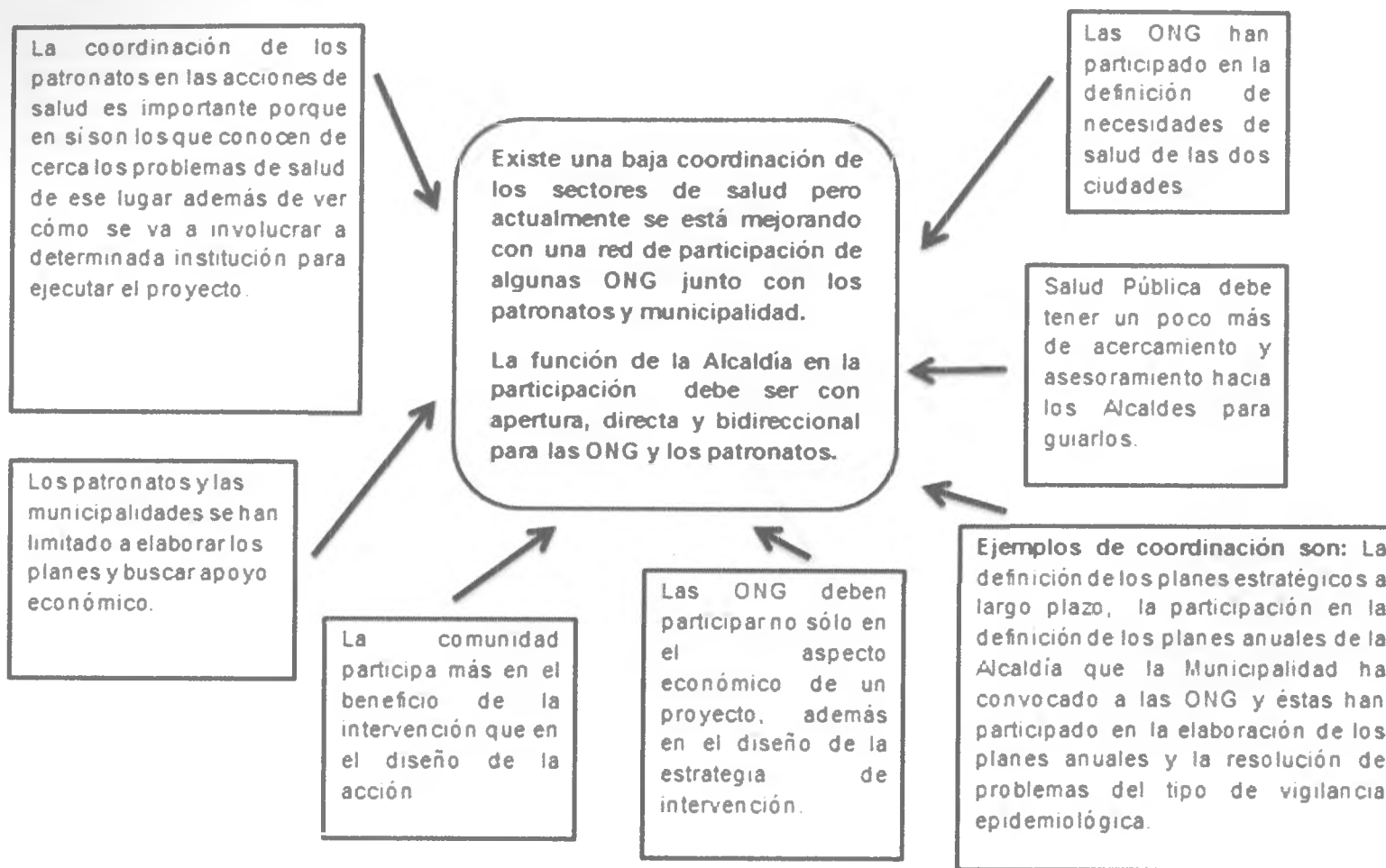


Diagrama 6

Diagrama Mecanismos e instancias que permiten la participación de los habitantes de la comunidad en cuanto a la situación de salud y en qué circunstancias concretas se ha llevado a la práctica.

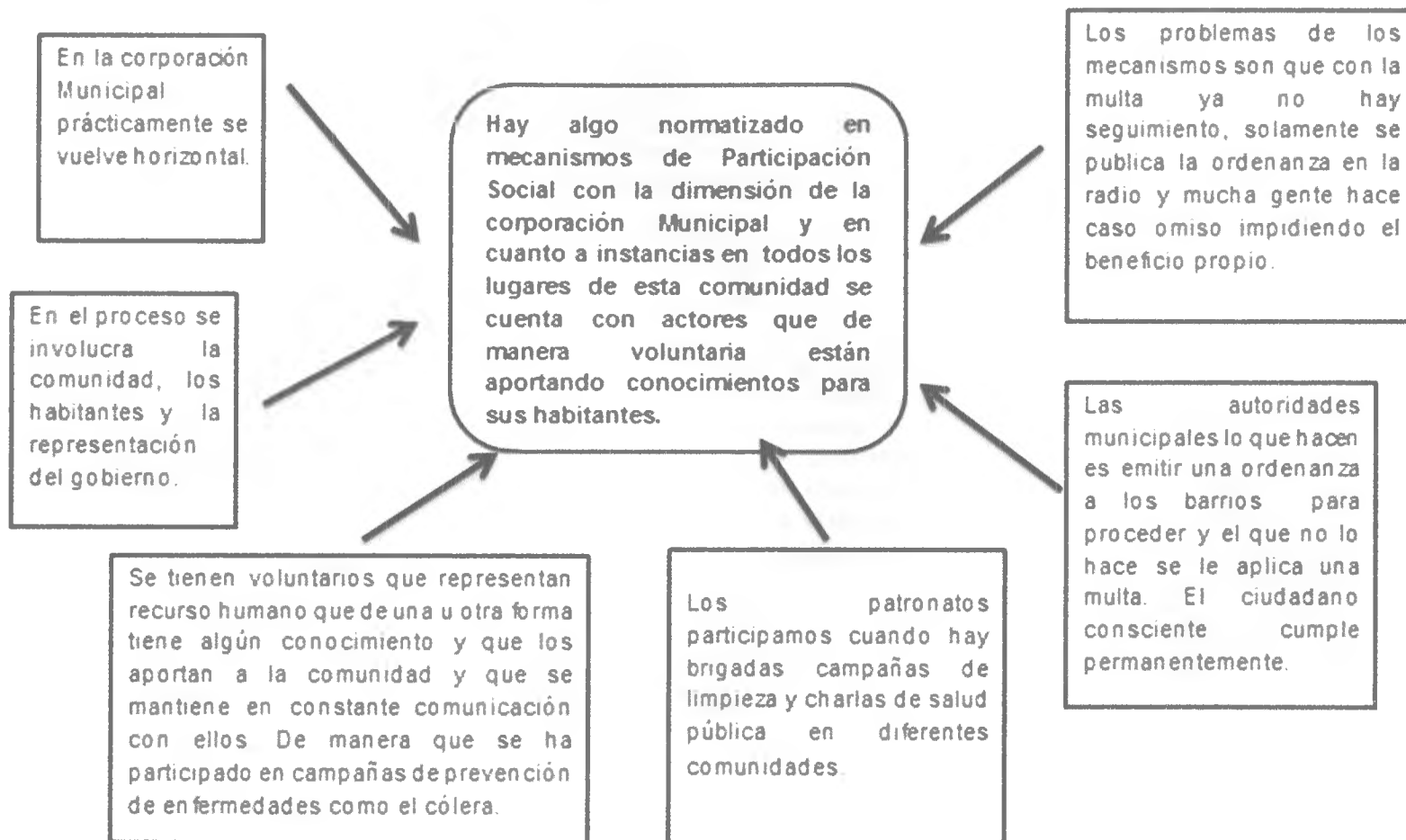


Diagrama 7

Diagrama Estrategias de promoción, concientización, organización y educación ejecutadas para lograr la Participación Social en salud.

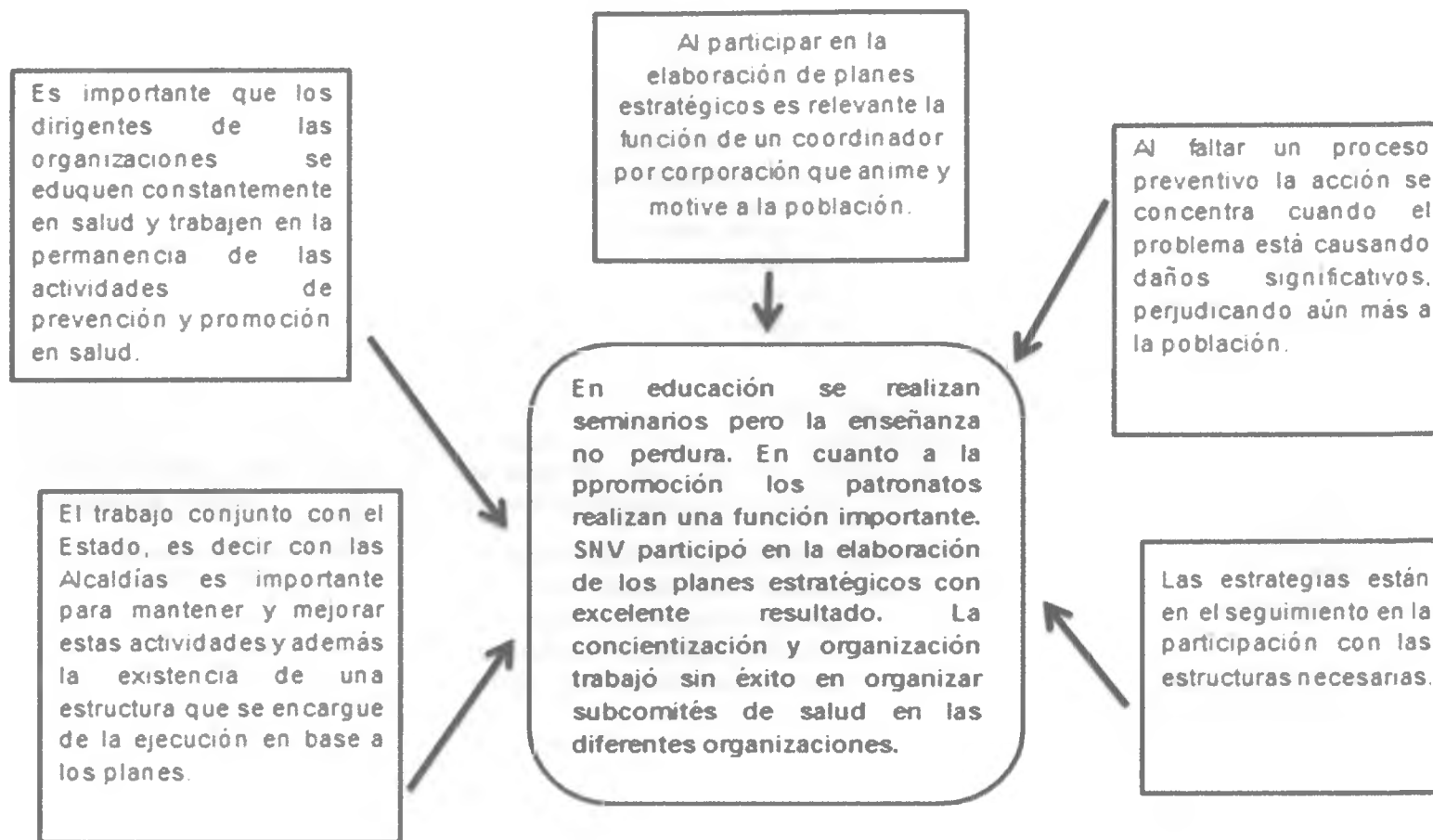


Diagrama 8

Diagrama Condiciones existentes (favorables y desfavorables) para la participación en salud de los habitantes de La Esperanza e Intibucá y que logros y dificultades se han tenido al respecto.

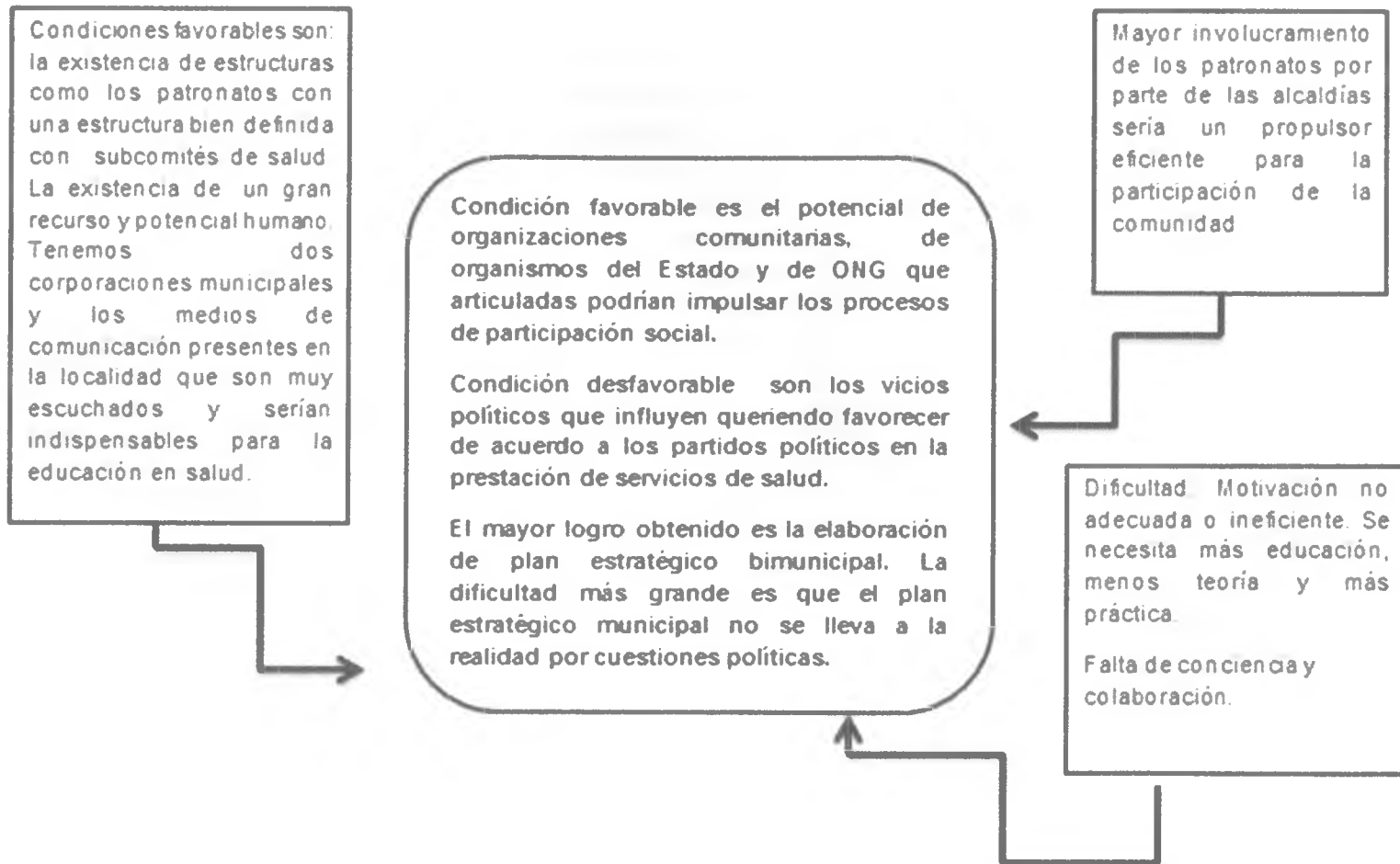


Diagrama 9

Diagrama Condiciones de salud prioritarios en las ciudades de La Esperanza e Intibucá, papel que actualmente desempeña la ciudadanía en cada uno de ellos y cuál debería ser el papel de los miembros de la comunidad en cada uno de esos problemas.

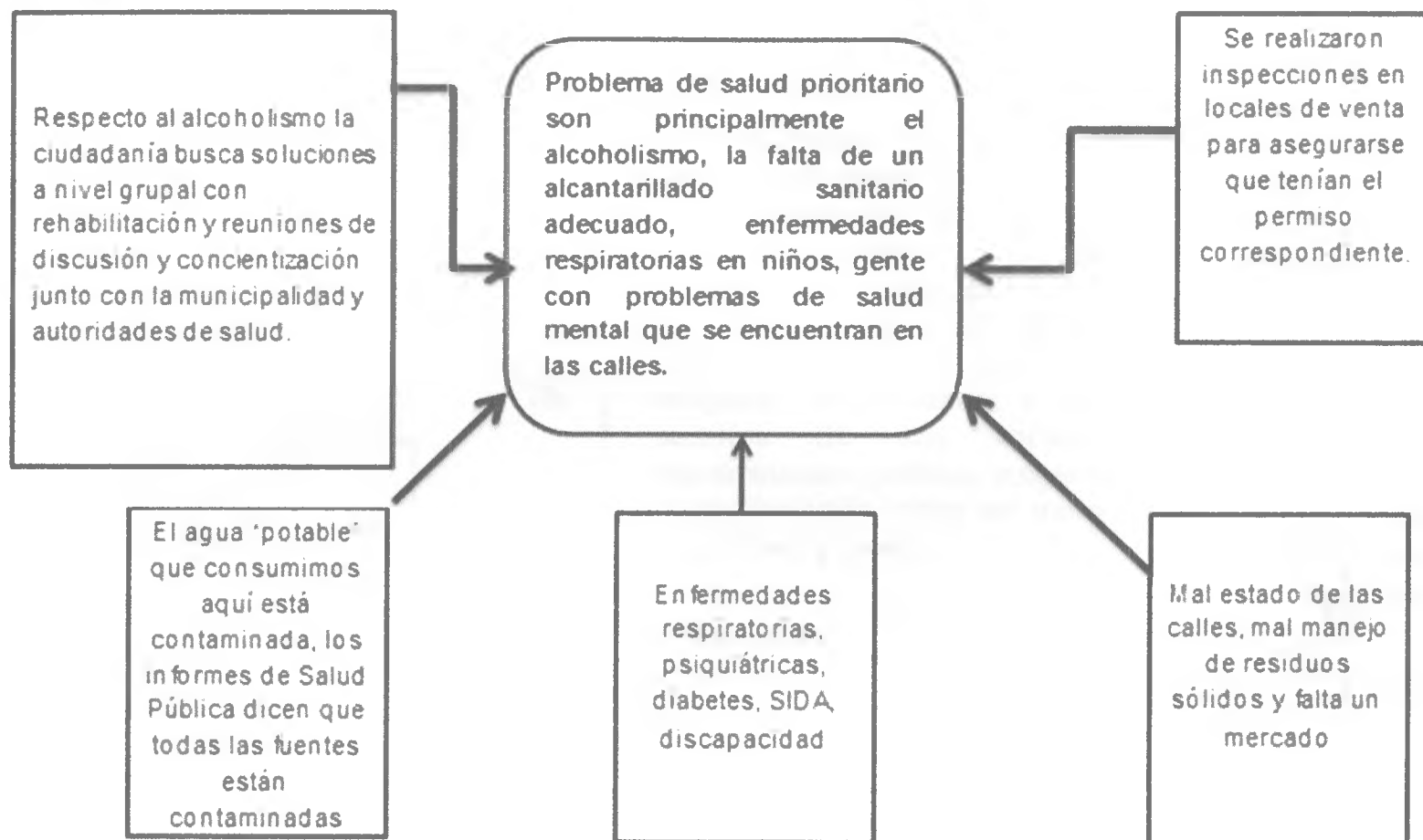


Diagrama 10

Diagrama sobre las Características de la Participación Social para lograr sus fines, cuales poseen o no los habitantes de La Esperanza e Intibucá

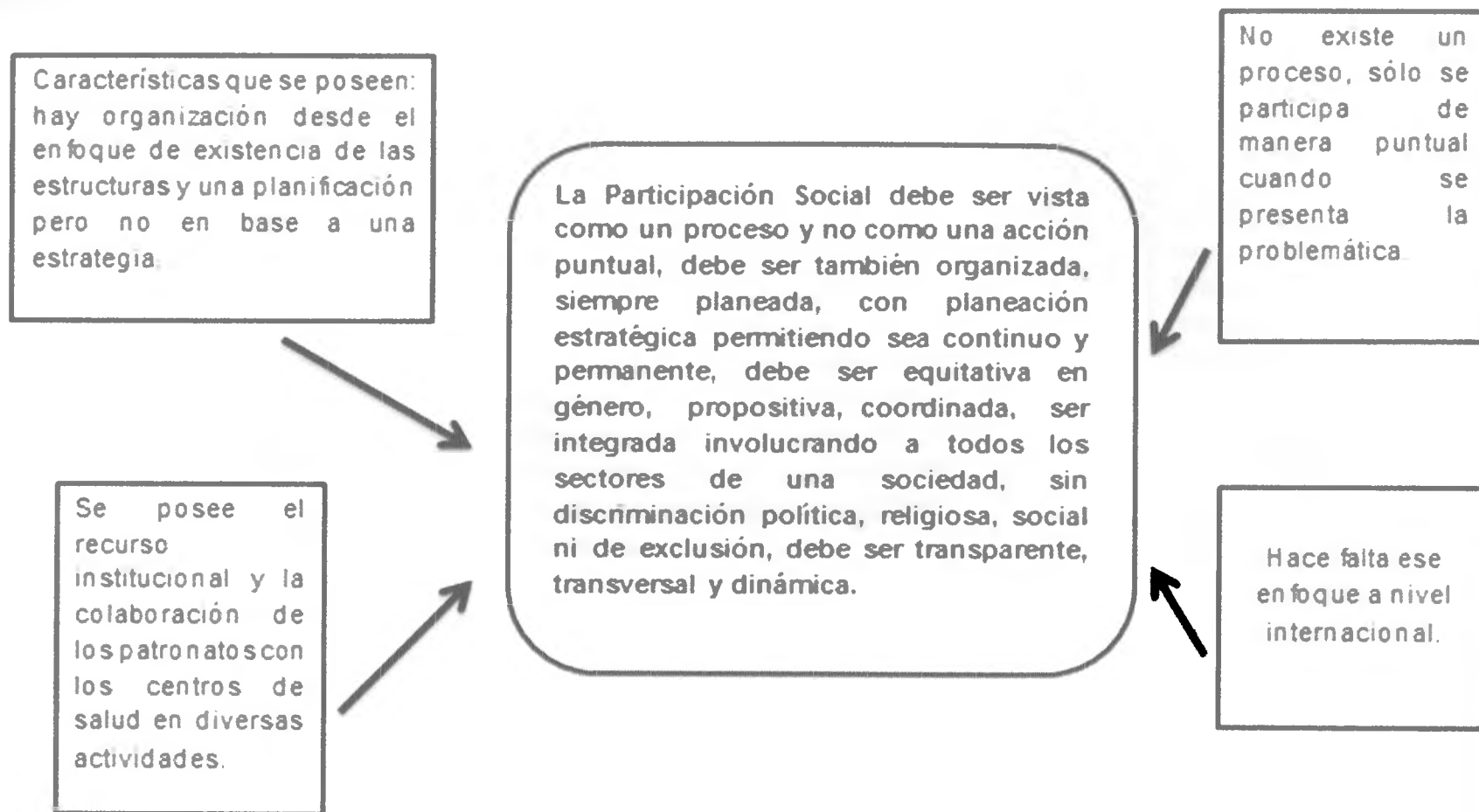


Diagrama 11

Diagrama Recursos de la comunidad que tradicionalmente se han incorporado en la problemática de salud y cuales podrían incorporarse.

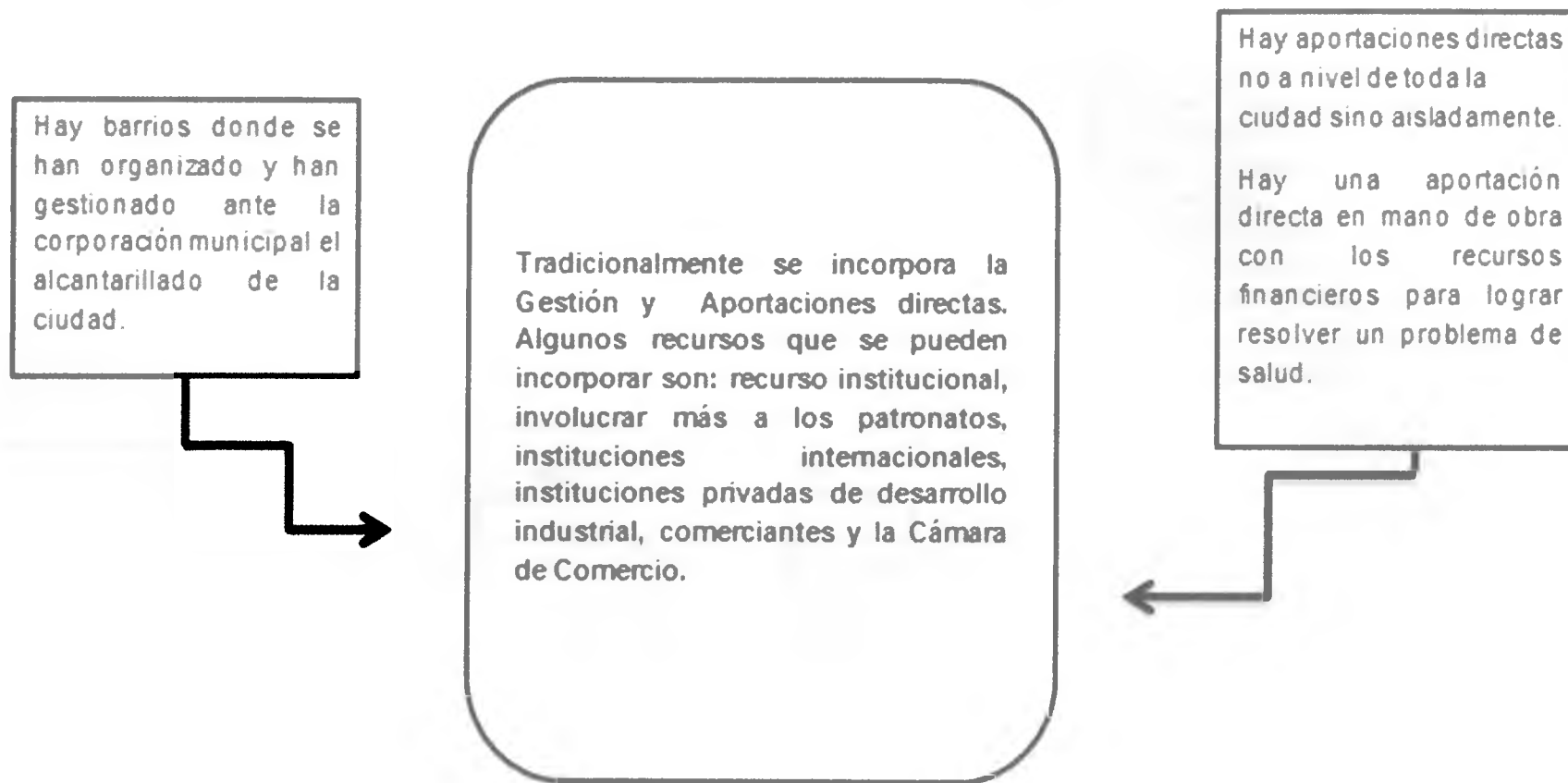


Diagrama 12

Diagrama Acceso de la ciudadanía a información (presupuestos, gastos, informes) con respecto a proyectos, planes y políticas de salud y de qué manera influye el estado actual del acceso a información en la Participación Social en salud.

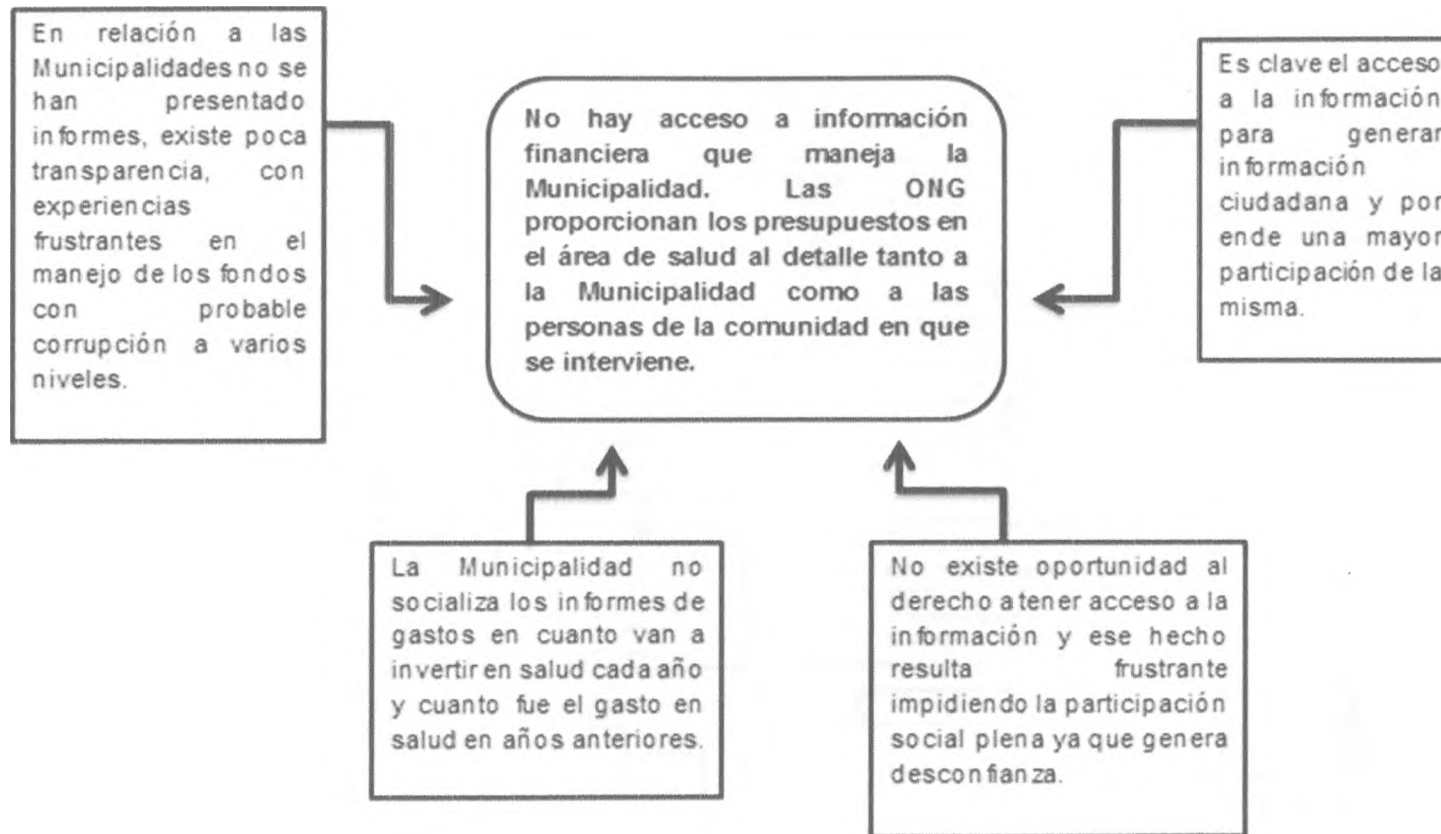
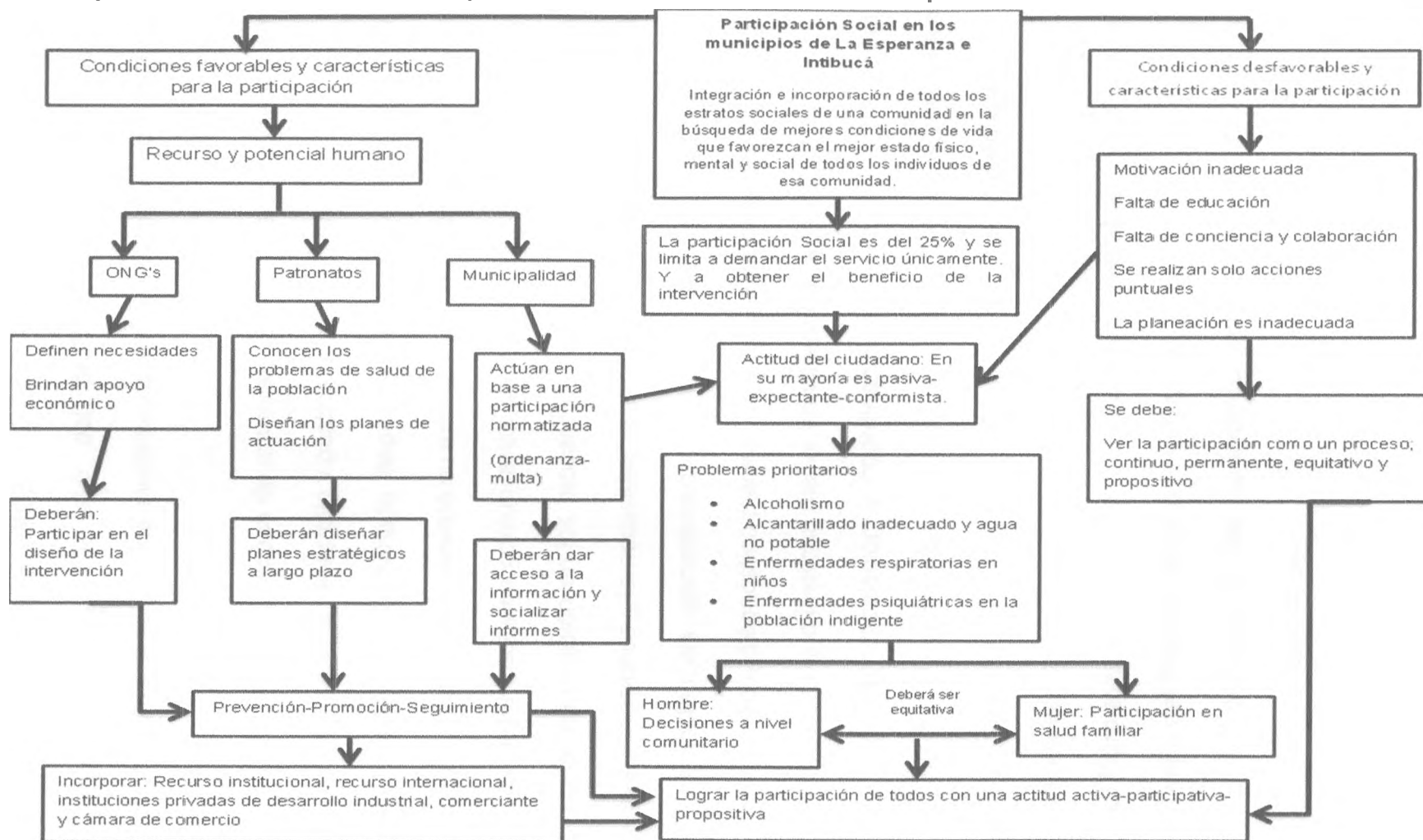


Diagrama 13
MAPA CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE:
Participación social en salud de los pobladores de las ciudades de La Esperanza e Intibucá



VIII. CONCLUSIONES

1. La ejecución es la fase del proceso de salud en la participan preponderantemente los ciudadanos de las Ciudades de La Esperanza e Intibucá.
2. Los patronatos participan de manera limitada en la movilización de recursos para contribuir al desarrollo y gestión los programas.
3. Las mujeres han ganado espacios de participación y dirección de los procesos pero aún persiste su exclusión de las decisiones comunitarias.
4. Las organizaciones comunitarias consideran que debe otorgárseles mayor poder de decisión en los procesos de participación, no obstante reconocen sus limitaciones y la necesidad de mejorar sus metodologías de trabajo.
5. Las instancias generalmente son utilizadas como medio de consulta, información, diagnóstico planeación y ejecución dejando por fuera otras fases del proceso que implican mayor transferencia de poder.
6. La falta de articulación y coordinación adecuada, los vicios políticos, el desaprovechamiento de recursos, la falta de instancias de seguimiento y evaluación de acuerdos son las dificultades que enfrenta el procesos de participación social en salud.
7. El logro más importante de la participación social en los últimos años es el diseño del Plan Estratégico Bimunicipal.
8. La desconfianza de los ciudadanos abarca en similares proporciones a todas las instituciones.

9. La participación social en las ciudades de La Esperanza e Intibucá se encuentra actualmente en los primeros niveles de intervención de los ciudadanos, persistiendo esquemas tradicionales de inclusión de la comunidad en los diversos procesos de salud. No obstante los avances alcanzados, aún no se logra sistematizar la participación de la comunidad en la planeación, la toma de decisiones, control y petición de cuentas a las entidades de gobierno y organismos no gubernamentales.
10. En la medida que se utilicen los canales legales y otras instancias de consulta y discusión, de la mano de políticas y procesos transparentes y abiertos al ciudadano, se logrará una auténtica participación que posibilite la superación de los indicadores actuales de salud y desarrollo humano que mantienen a estas ciudades entre las más postergadas del país.

IX. RECOMENDACIONES

1. Es necesario que las Alcaldías Municipales y los entes estatales de salud transformen sus metodologías de trabajo con la comunidad para emprender un verdadero proceso de concertación
2. Las Organizaciones No Gubernamentales con sede en las ciudades podrían incorporarse a los procesos de concertación brindando asesoría técnica tanto a la población como a las corporaciones municipales.

3. Es necesario implementar auditorías sociales u otros tipos de mecanismos de control, evaluación y seguimiento de los acuerdos.
4. El Plan Estratégico de Desarrollo Bi-Municipal debe reactivarse como herramienta valiosa para diseñar un plan de acción operativo integrado, coordinado y participativo de largo plazo.
5. Es oportuno diseñar una estrategia por parte de la Secretaría de Salud, con el propósito de asegurar el empoderamiento de la comunidad en la participación proactiva, propositiva y beligerante, con una visión de construcción de una red de voluntariado en salud desde su comunidad; y el sentido de pertenencia de red al personal institucional de salud, la creación de espacios de diálogo y negociación en los niveles locales con la participación de patronatos, alcaldías e instancias de interés afín, estableciendo un sistema legítimo de petición y rendición de cuentas en doble vía.
6. El gobierno local y nacional deben identificar y generar espacios de diálogo y participación para la juventud, para construir con ellos las avenidas del desarrollo local y de país, en un marco democrático.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Abrantes R, Participación Social en salud: un estudio de caso en Brasil. Salud Pública de México, 1999.
2. Araujo B, y Llorens F, La Lucha por la salud en Cuba. México: Siglo Veintiuno Editores. México 1985.
3. Artigas J., Martín L., Fernández O., Ferris A., Pérez R., y Tuá T. La Participación Ciudadana en la Sanidad Pública Catalana: Concepto, Análisis y Propuestas. Barcelona 2007.
4. Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos, "Declaración para la Salud de los Pueblos" Versión Oficial. Bangladesh. 2000.
5. Celedón C, Orellana R, Gobernanca y Participación Ciudadana en la Reforma de Salud en Chile. 2003.
6. Chávez M, Trayectoria del sector salud. 1a. ed. Tegucigalpa: PNUD, Noviembre 2003.
7. Conde C, Participación ciudadana Municipal, in Colegio Mexiquense, Colección Documentos de Investigación: Toluca, México 1997.

8. Gerschman S, Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz. Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud. Un balance del final del milenio. Rio de Janeiro, Brasil 1999.
9. Domínguez J, et al Espacio de concertación regional Intibucá. SNV 2003.
10. Fernández M, Bases Conceptuales de la Participación, en La Participación Social en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Dirección Financiera y Administrativa: Antioquia, Colombia 1998.
11. Ferrer, I., Borroto, Z., Sánchez M., Álvarez J., La participación de la comunidad en salud. Rev Cubana Med Gen Integr, 2001.
12. Figueroa D, Participación Comunitaria y Salud. Revista Salud Pública y Nutrición, 2002.
13. Fleury S, Políticas Sociales y Ciudadanía. 1 ed. 2000: Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES).
14. Frenk J, La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. 1 ed. Sep-Cfe, La Ciencia/133 México DF 1993.
15. Gobierno de la Republica de Honduras, Estrategia para la Reducción de la Pobreza, Tegucigalpa Abril 2001

16. Godoy C, Conceptos generales sobre la reforma en salud en Honduras, Revista Médica Hondureña, Vol. 72, Tegucigalpa 2004.
17. Hernández Sampieri R, Fernández C, Baptista P, El Proceso de investigación y los enfoques cuantitativo y cualitativo: hacia un modelo integral, in Metodología de la Investigación, Martínez A, Mac Graw Hill Interamericana: México D.F. 2003.
18. Kickbusch I, Promoción de la Salud: Una perspectiva Mundial, in Promoción de la Salud: Una Antología, Organización Panamericana de la Salud, (OPS), 2000.
19. Larrain S, Participación ciudadana y salud, in Jornadas participativas, servicio nacional de la mujer, Organización Panamericana de la Salud, (OPS). Santiago de Chile, Chile 2000.
20. Lundwall J, El capital social y su relación con el desempeño de la democracia local y la descentralización exitosa: el caso de Honduras. 1 ed. Colección Visión de País. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Tegucigalpa MDC 2003.
21. Matute D, Constitución de la República Decreto Número 131 de 1982. Tegucigalpa, M.D.C.: CASABLANCA. Tegucigalpa MDC 2010.

22. Molina J, Daquilema M, Gómez C, Participación Social en Salud. Una experiencia en Simojovel, Chiapas. Salud Pública de México, 1992.
23. Municipalidades de Intibucá y La Esperanza, Plan Estratégico de Desarrollo Bimunicipal. Años 2004-2013, SNV. Diciembre 2003.
24. Organización Panamericana de la Salud/Secretaría de Salud Honduras: "Perfil del Sistema nacional de salud Honduras: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma". Washington DC, Febrero 2009.
25. Pancer M, Nelson G, Enfoques de la Promoción de la Salud Basados en la Comunidad: Guía para la Movilización Comunitaria, in Promoción de la Salud: Una Antología, Organización Panamericana de la Salud, (OPS), Editor. 2000.
26. Pérez D, Políticas Públicas, Poder local y participación ciudadana en el sistema de Consejos de Desarrollo urbano y rural. Programa Participación y Democracia. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Guatemala 2002.
27. Rodríguez J, La emergencia de la sociedad civil en Honduras: La dinámica de la esfera pública no estatal. Colección visión de país, 1° ed. P.N.U.D 2003.
28. Rodríguez A, La reforma de salud en Honduras. Serie: Financiamiento del desarrollo. CEPAL, 2006.

29. Rosenberg H, Andersson B, Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam de Salud Pública, 2000.
30. Ross A, Salud y Sociedad en Costa Rica, Friedrich Ebert Stiftung, San José 1988.
31. Rovere M, Atención primaria resignificada en la red de servicios, en Redes: hacia la construcción de redes en salud, Paradiso J, Instituto de la Salud Dr. Juan Lazarte. Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario. Argentina 1998.
32. Rovere M, Atención primaria resignificada en la red de servicios, in Redes: hacia la construcción de redes en salud, Paradiso J, Instituto de la Salud Dr. Juan Lazarte. Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario. Argentina 1998.
33. Secretaría de Salud de Honduras, Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. 2009.
34. Sojo C, La noción de ciudadanía en el debate latinoamericano. Revista de la CEPAL, 2002.
35. Torres Rivas E, Zumbado C, La Democracia en América Latina. Enfoque: Centroamérica/Honduras. 1 ed. Proyecto sobre el Desarrollo de la Democracia

en América Latina (PRODDAL), ed. P.N.U.D. Tegucigalpa, MDC Honduras 2004.

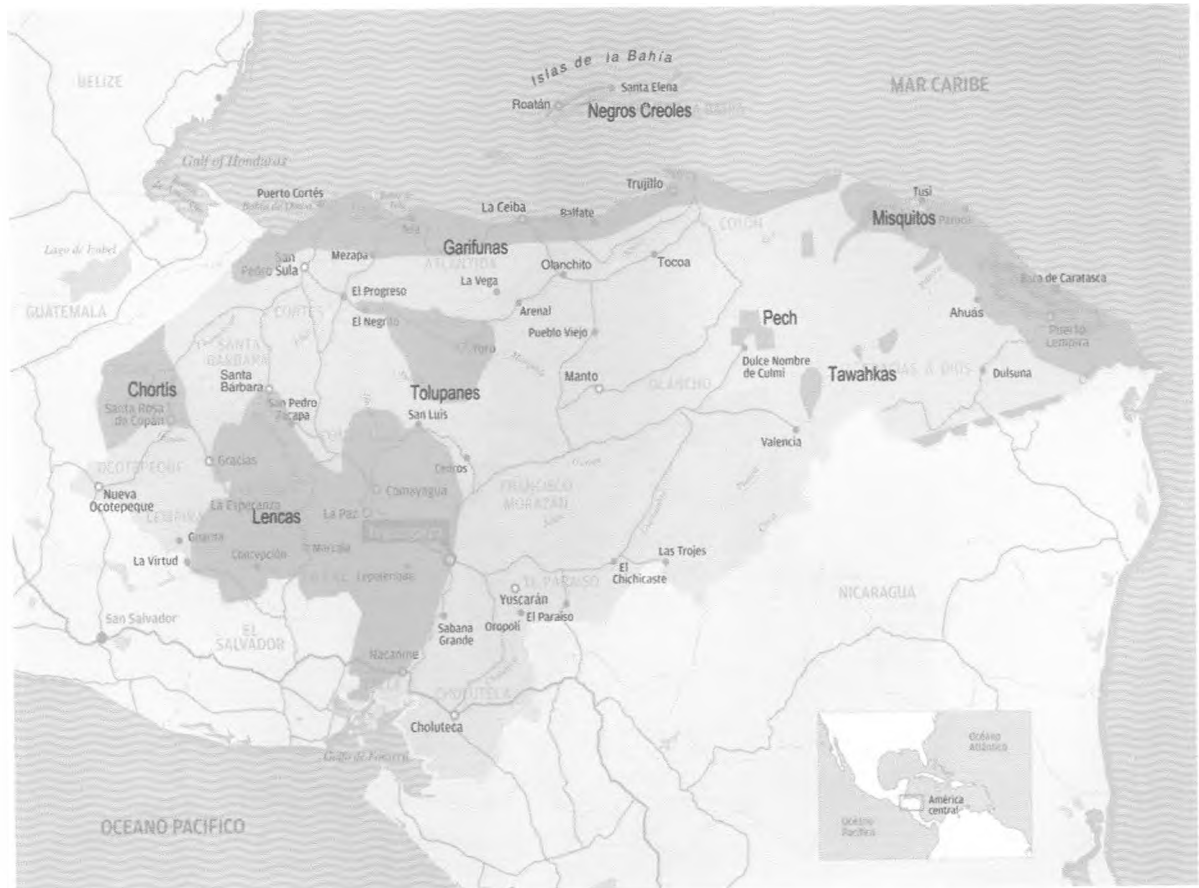
36. Villalobos L, Participación comunitaria dentro del sector salud, in Salud y Sociedad, (ICAP), Taller de Publicaciones (ICAP): San José, Costa Rica 1994.

37. Wolfe M, La participación: Una visión desde arriba. Revista de la CEPAL, 1984.

XI. ANEXOS

Anexo 1

Ubicación geográfica del departamento de Intibucá y la etnia Lenca en el mapa de Honduras



Anexo 2

Ubicación geográfica de las ciudades de La Esperanza e Intibucá en el mapa de Honduras



Anexo 3

Instrumento de Captación de Datos
 "Participación Social en Salud en las ciudades de
 La Esperanza e Intibucá"

Dr. Domingo Amador

USUARIO	SEXO	PROCEDENCIA
EDAD	ALFABETA	SI NO
ESCOLARIDAD	TEMPORAL	PERMANENTE
TIPO DE TRABAJO		

¿EMPLEADO ACTUAL? SI NO

INGRESO MENSUAL a) <2.000 Lps b) 2.000-5.000 Lps c) >5.000 Lps

¿QUIENES SON LOS QUE TOMAN LAS DECISIONES EN CUANTO A LOS PROBLEMAS MAS IMPORTANTES DE SALUD EN SU CIUDAD?

a) GOBIERNO
 b) ALCALDIA
 c) PERSONAS DE LA COMUNIDAD
 d) PATRONATOS
 e) INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES (CENTRO DE SALUD, HOSPITAL, REGION DE SALUD)
 f) OTRO _____
 g) NO SABE

¿QUIEN CREE USTED DEBE ENCARGARSE DE RESOLVER LOS PROBLEMAS DE SALUD?

A. EL GOBIERNO
 B. LA ALCALDIA
 C. LA COMUNIDAD
 D. TODOS

¿CREE USTED QUE HAY OPORTUNIDAD PARA SU PARTICIPACIÓN EN LAS TOMAS DE DECISIONES, EJECUCION Y EVALUACIÓN EN PROYECTOS DE SALUD EN SU COMUNIDAD?

TOMA DE DECISION-PLANEACION	SI	NO
EJECUCION	SI	NO
EVALUACION	SI	NO

¿QUIEN SE ENCARGA DE EVALUAR Y SUPERVISAR LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS Y PROGRAMAS DE SALUD EN SU MUNICIPIO?

a) ALCALDIA
 b) GOBIERNO
 c) ONG'S
 d) COMUNIDAD (PATRONATOS)
 e) OTRO _____
 f) NADIE
 g) NO SABE

¿COMO CALIFICARIA USTED LA PARTICIPACIÓN QUE EJERCEN LAS PERSONAS DE SU COMUNIDAD EN CUANTO A LOS PROBLEMAS DE SALUD?

a) ACTIVA-PROPOSITIVA-BELIGERANTE
 b) PASIVA-EXPECTANTE-CONFORMISTA

¿CONSIDERA USTED QUE HAY COORDINACIÓN EN EL TRABAJO ENTRE LOS DIVERSOS ACTORES (VECINOS, PATRONATOS, ONG'S Y GOBIERNO) DEL SECTOR SALUD? SI NO

¿HAY ACCESO POR PARTE DE LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD A LA INFORMACIÓN SOBRE PRESUPUESTOS GASTOS E INFORMES DE LOS PROYECTOS EN SALUD QUE SE EJECUTAN EN EL MUNICIPIO? SI NO

CUANTA CUANFIANZA TIENE USTED EN LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES U ORGANIZACIONES	MUCHA	POCA	NINGUNA	CUÁLES SON LAS INSTANCIAS O MECANISMOS FORMALES O INFORMALES DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LOS QUE USTED HA PARTICIPADO CON EL SECTOR SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?
1 PATRONATO				1 NINGUNO
2 ALCALDIA				2 COMISIONES-COMITES-JUNTAS
3 GOBIERNO				3 REUNIONES PERIÓDICAS CON DIRIGENTES
4 ONG				4 TALLERES
5 PARTIDOS POLÍTICOS				5 ASAMBLEAS
6 COOPERATIVAS				6 CABILDOS
				7 PATRONATOS
				8 OTROS _____

¿SI HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES, PROYECTOS O PROGRAMAS DE SALUD, CUAL HA SIDO SU PARTICIPACIÓN?

a) TOMA DE DECISION-PLANEACION
 b) EJECUCION
 c) EVALUACION-SUPERVISION

EN SU OPINION CUALES SON LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE SU COMUNIDAD EN ORDEN DE IMPORTANCIA?

1. _____
 2. _____
 3. _____

PERTENECE USTE A ALGUNA ORGANIZACIÓN O GRUPO COMUNITARIO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS? SI NO

Anexo 4

**PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN LAS CIUDADES DE
LA ESPERANZA E INTIBUCÁ**

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA, HONDURAS

FICHA DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE _____

TÍTULO/PROFESIÓN/ESTUDIOS _____

INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA _____

**CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA INSTITUCIÓN A LA QUE
PERTENECE** _____ **EXPERIENCIAS EN**

**PROYECTOS DE SALUD: (Describir brevemente las fases en
las que han participado los ciudadanos de la comunidad:
planeación, toma de decisiones, ejecución, evaluación,
supervisión)**

INSTRUMENTO GRUPOS DE DISCUSIÓN

**PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN LAS CIUDADES DE LA
ESPERANZA E INTUBUCA**

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA, HONDURAS

Organización o Institución _____

1. En sus propias palabras ¿Qué entiende por Participación Social en Salud?
2. ¿Existe participación Social en la discusión y resolución de los problemas de Salud de La Esperanza e Intibucá?(incluir en la respuesta aspecto relativos a género)
3. La participación de las personas que viven en La Esperanza e Intibucá en cuanto a la discusión, búsqueda y solución de los problemas de salud es:
 - 3-a.-activa-participativa-propositiva
 - 3-b.-pasiva-expectante-conformista
4. Hay coordinación entre los diversos actores del sector salud (instituciones de salud, ONG afines y comunidad organizada). ¿qué ejemplos se podrían enumerar?, ¿Qué papel o función le corresponde al Gobierno Municipal?
5. ¿Cuáles son los mecanismos o instancias que permiten la participación de los habitantes de la comunidad en cuanto a la situación de salud?, ¿Y en qué circunstancias concretas se han llevado a la práctica?
6. ¿Existen estrategias de promoción, concientización, organización y educación ejecutándose para lograr la participación social en salud?
Ejemplos.

7. ¿Qué condiciones existen (favorable y desfavorables) para la plena participación en salud de los habitantes de La Esperanza e Intibucá?
¿Qué logros y dificultades se han tenido al respecto?
8. ¿Cuáles son los problemas de salud prioritarios de las Ciudades de La Esperanza e Intibucá?, ¿Qué papel desempeña actualmente la ciudadanía en cada uno de ellos?, ¿Cuál debería ser el papel de los miembros de la comunidad en cada uno de esos problemas?
9. ¿Cuáles son las características que debe poseer la participación social para lograr sus fines?, ¿Cuáles poseen (o no) los habitantes de la comunidad?
10. ¿Cuáles son los recursos de la comunidad que tradicionalmente se han incorporado en la problemática de salud?, ¿Cuáles otros recursos podrían incorporarse?
11. ¿Posee la ciudadanía acceso a información (presupuestos, gastos, informes) con respecto a proyectos, planes y políticas de salud?, ¿De qué manera influye el estado actual del acceso a información en la participación social en salud?
12. Conclusiones.