

## PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD. CONCEPTOS Y CRITERIOS DE VALORACION<sup>1</sup>

Carlos A. Agudelo C.<sup>2</sup>

*Se presenta un método para evaluar la participación comunitaria en salud, mediante un sistema de puntuación que permite establecer los grados de participación en tres campos, a saber, la amplitud y totalidad, el tipo de gestión y el financiamiento.*

### Introducción

Desde 1978 se ha reconocido a nivel internacional que la atención primaria es un instrumento para extender la cobertura de los servicios de salud. A su vez, esta estrategia tiene como uno de los requisitos fundamentales la participación comunitaria (1). En América Latina también se ha reconocido la importancia y la necesidad de la participación en salud (2), aunque esta participación no se practica con la suficiente amplitud. Por ello, conviene iniciar un intercambio de opiniones sobre los criterios que deben aplicarse para valorar la participación comunitaria, con el fin de establecer normas que permitan juzgar el alcance de las diferentes experiencias y evaluar los métodos que se formulan en este campo.

### Antecedentes

Hasta el momento presente han sido pocos los intentos que se han realizado para

diseñar un método que permita evaluar sistemáticamente la participación comunitaria en salud. Esto contrasta con las numerosas publicaciones que presentan experiencias de participación, en particular en el campo de la atención primaria. Este tipo de presentaciones, por lo general en forma de un relato documentado, no se proponen diseñar un método para evaluar la participación comunitaria, pero llevan implícito un método para realizar su análisis. Este método es esencialmente descriptivo y se reduce a destacar con mayor o menor detalle las características de la participación en un determinado programa (3-8). De allí que las descripciones difieran mucho unas de otras; una vez conocida la descripción queda la duda sobre si la participación es adecuada o podría ser mejor. A pesar de ello, estas descripciones tienen un valor notable para nuestro propósito por los numerosos ejemplos sobre las formas de financiamiento comunitario, la administración de los programas, los instrumentos que la comunidad crea y las actividades realizadas que contienen, y de los cuales pueden extraerse aspectos comunes a las distintas experiencias.

Dentro de este grupo en el que se aplica el método descriptivo sin una base conceptual elaborada, debe mencionarse aquellos

<sup>1</sup> Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization* 17(3), 1983.

<sup>2</sup> Universidad Nacional, Departamento de Microbiología y Parasitología, Centro de Educación en Administración en Salud, Bogotá. Dirección postal: Apartado aéreo 15859, Bogotá, Colombia

documentos que examinan experiencias, incluidas las de atención primaria, pero sin contemplar el componente de la participación comunitaria (9, 10). En estos casos, es imposible esclarecer si tal carencia proviene de una insuficiente descripción o es una debilidad de las experiencias examinadas.

La revisión realizada por Muller (11) sobre los programas de Quispicanchis, Villa el Salvador y Piura (Perú), Carmen del Vivoral y Florencia (Colombia), constituye un avance en cuanto al método de evaluación de la participación. El método que utiliza este autor es también descriptivo, pero tiene una base conceptual más precisa y logra esclarecer las principales formas administrativas de los programas, en el marco de las cuales se da la participación comunitaria. Examina también el alcance y cobertura de los programas, los instrumentos comunitarios, las actividades y, de manera más somera, el financiamiento. Sin embargo no contempla el examen de cada instrumento en particular.

La revisión de Stinson (12) cubre 144 casos y tiende a establecer, entre otros aspectos, un método para evaluar exclusivamente el financiamiento comunitario en salud. En este aspecto constituye la propuesta metodológica más completa y elaborada. Stinson evalúa las experiencias examinando las formas de financiamiento comunitario en cuanto a sus ventajas y desventajas, su uso apropiado y problemas, los recursos generados, los costos y servicios cubiertos, los riesgos atendidos, y los efectos sobre el alcance y la accesibilidad de la atención primaria. Examina también la adecuación de cada forma de financiamiento para alcanzar objetivos como la compensación de los promotores de salud y la obtención de medicamentos. Estos criterios se han adoptado, con simplificaciones, en este artículo en cuanto a la evaluación de la financiación comunitaria.

En el método que se propone se plantea la valoración de la participación comuni-

taria en tres campos, a saber, la amplitud y totalidad, el tipo de gestión y el financiamiento. Se basa en unos criterios que se precisan conceptualmente; no abandona la fase descriptiva ya que esta no solo es siempre necesaria, sino que además se la requiere completa y cuidadosa. Pero la valoración no resulta por sí sola de la descripción, sino que los criterios guían a esta última hacia un propósito definido. Se estima que la ventaja de este método sobre el meramente descriptivo consiste en que proporciona una visión amplia de los principales aspectos de la participación comunitaria e incluye un procedimiento para juzgar el alcance de la misma y cuantificar cada instrumento comunitario en las distintas fases administrativas.

Conviene recordar que al valorar la participación comunitaria debe evaluarse también el programa de salud respectivo en cuanto a su eficacia. Este aspecto no se considera, ya que, por un lado, la participación comunitaria explica solo una parte de la eficacia de un programa, y por ello, justamente, se requiere evaluarla en forma adecuada. Por otro lado, en lo que se refiere a la eficacia y el impacto, existen criterios probados y reconocidos por la OMS (13).

### Aspectos conceptuales

Por comunidad se entiende un grupo humano residente en un área geográfica determinada, con valores, patrones culturales y problemas sociales comunes, y con conciencia de pertenencia, en la cual las personas interactúan más intensamente entre sí que en otro contexto similar.

La participación no es más que la integración de la comunidad al proceso administrativo y al financiamiento de un servicio de salud, sea este de atención primaria o de otro tipo. Esta integración implica que la comunidad participa "...en la planificación, la organización, el fun-

cionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles" (1).

Si se observa una comunidad durante un tiempo prudencial, invariablemente se encuentra que la integración se produce por medio de cuatro instrumentos:

- Los promotores o agentes de salud, si se han extraído de la comunidad y forman parte de esta.
- Los comités de salud, o los organismos similares, dedicados a actividades específicas en el campo de la salud.
- Otras organizaciones comunitarias, del tipo de juntas comunales, comités de vecinos, cooperativas, etc., siempre y cuando organicen, realicen o colaboren regularmente en las actividades de salud.
- La comunidad colectivamente, por medio de acciones de salud, respaldadas por un número considerable de habitantes.

La presencia o ausencia de este tipo de instrumentos suele reflejar el grado de desarrollo y experiencia de la comunidad, no solo en el campo de la salud sino también en otros campos.

La antropología y la sociología han puesto de manifiesto que el estado actual de una comunidad se relaciona con multitud de aspectos tales como las condiciones socioeconómicas, la experiencia cívica y política, la tradición y el nivel cultural, entre otros. Estos aspectos siempre están presentes y tienen efectos prácticos; por lo tanto, es necesario considerarlos cuando se describe una comunidad. No corresponde examinarlos ahora, sino identificar los factores manifiestos que inciden directamente sobre los instrumentos comunitarios. De acuerdo con la experiencia y la documentación revisada, estos factores pueden reducirse a tres claves: organización, movilización o acción, y autonomía.

Sobre estos tres factores reposa la intervención de los instrumentos comunitarios.

La organización representa la agrupación sistemática de un conjunto de individuos que tiene una estructura, unas normas y unos propósitos definidos. La organización es inestable cuando está sujeta a cambios frecuentes en su composición, estructura y funcionamiento. Es estable cuando perdura por un tiempo definido y se adapta de manera flexible a las condiciones cambiantes. La organización está consolidada cuando ha arraigado como parte indispensable de la estructura comunitaria y no se ve afectada, durante un largo tiempo, cuando ocurren cambios en su composición o dirección.

La movilización o acción es la disposición de las fuerzas de la comunidad para operar y lograr un objetivo concreto e inmediato. Por lo general se da en la forma de ejecución de tareas de salud, las cuales involucran a los promotores de salud, a diversos organismos y a la comunidad, en términos colectivos.

La autonomía implica la capacidad de los instrumentos comunitarios para proponer y alcanzar un objetivo, por su propia voluntad y con sus propias fuerzas, ya sea con apoyo del exterior o sin él.

Es obvio que estos tres factores pueden presentarse en forma combinada en una comunidad determinada, pero cada uno de ellos con distinta intensidad. De allí que para comparar estos factores en diferentes comunidades se hayan establecido unos valores de ponderación para las combinaciones lógicas y más frecuentes. Estos valores de ponderación se expresan en el cuadro 1. Pueden encontrarse servicios de salud o programas cuya combinación de organización, acción y autonomía no encaje en alguna de las combinaciones que se presentan en este cuadro, y en tal eventualidad se utilizarán dos de los tres factores para asignar el valor de ponderación.

CUADRO 1—Valores de ponderación.

Organización	Factores de participación		Valores de ponderación
	Acción	Autonomía	
Ausente, o presente pero inestable	Apenas la necesaria o escasa	Ausente	1
Presente y estable	Presente	Escasa o esporádica	2
Presente, estable y consolidada	Frecuente	Presente en los aspectos claves	3

### Amplitud de la participación

La amplitud de la participación comunitaria en salud está determinada por el número de instrumentos presentes y actuantes. Cada uno de ellos se basa en una combinación específica de los factores de organización, acción y autonomía y tienen, por tanto, distinto valor. En el presente estudio se ha asignado a los instrumentos "promotor de salud" y "otras organizaciones comunitarias" un valor de uno; a los instrumentos "comité de salud" y la "comunidad colectivamente" un valor de dos. A continuación se multiplicó cada valor asignado por cinco para convertirlo en puntaje, y poder así, con la suma de los instrumentos, establecer el grado de amplitud. El puntaje obtenido de esta forma es de cinco para "promotor de salud" y "otras organizaciones comunitarias", y de 10 para "comité de salud" y "comunidad colectivamente".

### Totalidad de la participación

La totalidad de la participación se evalúa examinando la integración de cada uno de los instrumentos comunitarios al proceso administrativo de la salud, específicamente en la planificación, la ejecución, el control y la evaluación. La totalidad de la participación puede tener diferentes grados y son muchas las formas en que cada instrumento se integra o desarrolla actividades. Para elaborar una es-

cala de medición de la totalidad se siguieron varios pasos.

En primer lugar, las actividades de salud se establecieron mediante un inventario, realizado durante un año, que contempló el análisis sobre el terreno de varias comunidades de Bogotá, así como la revisión y el estudio de varios programas de atención primaria (cuadro 2). Sin embargo, puede haber multitud de variantes y cada caso debe ser examinado en forma concreta para establecer a cuáles actividades y etapa administrativa pueden asimilarse las acciones realizadas por una determinada comunidad.

En la misma forma se establecieron las etapas en donde es factible la integración de los instrumentos y las actividades. De acuerdo con la numeración del cuadro 2, el instrumento "promotor de salud" se integra prácticamente a todas las etapas y puede realizar todas las actividades, con excepción de las número 4 y 7. Se encontró que no es conveniente para la comunidad que el promotor de salud se encargue de administrar servicios como los mencionados para la actividad número 4, ya que esto lo desvía de su función principal a nivel de los hogares y concentra en sus manos un poder tentador. La actividad número 7 no se aplica al promotor de salud por razones obvias.

El instrumento "comité de salud" participa también en todas las etapas. En la planificación puede desarrollar actividades relacionadas con el diagnóstico y los objetivos. Si bien estos comités sugieren

CUADRO 2—Etapas y actividades.

Etapas del proceso administrativo	Actividad		Prototipos
	Nº	Tipo	
Planificación	1	Diagnóstico	Encuestas y estudios de campo comunitarios. Guías diagnósticas sobre estado de salud Identificación de los problemas
	2	Objetivos y prioridades	Discusión sobre objetivos y prioridades
	3	Programación	Propuestas y discusión sobre actividades y acciones colectivas
Ejecución	4	Administración	Centros de acopio y cooperativas de consumo, servicios de rehidratación oral, programas de alimentación, huertas escolares y comunitarias, distribución de medicamentos
	5	Actividades técnicas	Vacunación, visitas domiciliarias, detección de grupos de riesgo, acciones colectivas, etc.
	6	Educación	Cursos y cursillos de difusión y adiestramiento de promotores o para la comunidad
	7	Utilización de servicios	Utilización de servicios
Control	8	Supervisión	Análisis de la cantidad, calidad y oportunidad de los servicios
Evaluación	9	Estudio de resultados	Seminarios con representantes de la comunidad. Grupos de trabajo Asambleas para presentación de resultados

actividades que caben dentro de la programación, raramente participan en los aspectos técnicos de la misma. En las demás etapas administrativas el comité de salud puede y debe participar activamente, excepto en la actividad número 7. La intervención de organismos distintos del comité de salud presenta el mayor número de problemas. Aunque estos organismos o sus miembros hacen sugerencias y se les solicita colaboración en todas las etapas, solo intervienen directamente en algunas actividades. Incluso hay ocasiones en que su acción decidida puede

considerarse como una intervención indebida o una intromisión. Con mayor frecuencia intervienen en las actividades números 1, 5, 6, 8 y 9.

La intervención de la comunidad, considerada colectivamente, es de importancia fundamental en todos los campos. No obstante, su escaso desarrollo cívico y político, unido a la insuficiente experiencia y conciencia, le impide hacerlo en todas las etapas de la administración de salud. Por lo general, y con grandes esfuerzos de organización, interviene en la ejecución y la evaluación. Estimamos que este instrumento

está actualmente en condiciones de realizar las actividades números 5, 7 y 9.

La actividad número 7, "utilización de servicios", es aplicable solo cuando la comunidad colectivamente acoge un programa, decide promoverlo y utilizar sus servicios. No debe entenderse como la suma de servicios individualmente utilizados.

Las actividades que realizan los instrumentos comunitarios en cada etapa administrativa se examinaron desde el punto de vista de la combinación de organización, acción y autonomía, para asignarle a cada actividad un valor de ponderación. Al observar distintas comunidades se detectó que las actividades técnicas ejecutadas por la comunidad colectivamente y por organismos distintos de los comités de salud, tenían un valor de ponderación de tres, mientras que la misma actividad realizada por el promotor de salud tenía un valor de dos, y tan solo un valor de uno cuando la ejecutaba el comité de salud. La actividad de educación (número 6) tenía un valor de uno cuando la realizaba el promotor de salud, mientras que si la desarrollaba el comité de salud u otras or-

ganizaciones comunitarias, el valor era de dos. Se procedió de igual manera con las demás actividades; los valores de ponderación asignados a las actividades en cada etapa administrativa se multiplicaron por cinco para constituir una escala de medición. Con los resultados obtenidos se elaboró un cuadro en el cual se expresan simultáneamente el puntaje obtenido para la amplitud y para la totalidad de la participación (cuadro 3).

### Medición combinada

*Amplitud de la participación.* Cuando se estudia una comunidad, la presencia de cada instrumento recibe el puntaje establecido para la amplitud que se anota en la columna de la izquierda (véase el cuadro 3). La suma de los instrumentos, y por tanto de los puntos que representan, mide la amplitud de la participación comunitaria. A mayor número de instrumentos, mayor el grado de amplitud. El valor más alto de la amplitud es de 30. Un puntaje total entre 20 y 30 significa una

CUADRO 3—Puntaje de amplitud y totalidad.

Instrumento	Amplitud		Planificación		Ejecución		Control		Evaluación		Total participación
	P <sup>a</sup>		Actividad <sup>b</sup>	P <sup>a</sup>	Actividad <sup>b</sup>	P <sup>a</sup>	Actividad <sup>b</sup>	P <sup>a</sup>	Actividad <sup>b</sup>	P <sup>a</sup>	
Promotor de salud	5		1	5	5	10	8	5	9	5	40
			2	5	6	5					
			3	5							
Comités de salud	10		1	5	4	5	8	5	9	5	40
			2	5	5	5					
					6	10					
Otras organizaciones comunitarias	5		1	5	5	15	8	5	9	5	40
					6	10					
La comunidad colectivamente	10				5	15			9	10	40
Total amplitud	30				7	15					

<sup>a</sup> P: puntos.

<sup>b</sup> Según la numeración del cuadro 2.

amplitud elevada de participación comunitaria, ya que implica, por lo menos, la presencia de dos instrumentos de 10 puntos, o dos de cinco y uno de 10. Un puntaje entre 10 y 15 indica una amplitud intermedia, ya que supone la presencia de un instrumento de 10 puntos y otro de cinco, o dos instrumentos de cinco puntos. Por último, un puntaje total de cinco puntos indica un bajo grado de amplitud.

*Totalidad de la participación.* Se obtiene sumando horizontalmente los puntajes de cada actividad de las etapas administrativas para cada instrumento comunitario (véase cuadro 3). Un alto grado de totalidad se obtiene cuando un instrumento realiza actividades en todas las etapas administrativas o se ocupa de las actividades de mayor valor en las etapas en que puede participar. El mayor valor de totalidad es de 40 para cada instrumento. Un puntaje de 25 o más para alguno de los instrumentos indica un alto grado de totalidad. Este puntaje puede alcanzarse solo si los instrumentos "promotor de salud" y "comité de salud" realizan actividades por lo menos en dos etapas, incluyendo una actividad con valor de 10 puntos. Si no incluye una actividad de este último puntaje, los dos instrumentos mencionados deben realizar actividades de cinco puntos por lo menos en tres etapas administrativas. Cuando se trata del instrumento "otras organizaciones comunitarias" puede alcanzarse un alto grado de totalidad con solo realizar las actividades de ejecución; pero la experiencia nos ha demostrado que organizaciones distintas del comité de salud, cuando realizan las actividades de ejecución, participan también en otras etapas. El instrumento "la comunidad colectivamente" puede tener un alto grado de totalidad cuando realiza las actividades de ejecución, o una de estas y una de evaluación. Esto, en virtud de que sus posibilidades de participación son reducidas.

De acuerdo con este ejercicio de medición combinada, y su significado concreto

para cada instrumento, se estableció que un puntaje de 20 reflejaba un grado de totalidad de la participación intermedio y 15 o menos puntos indicaban un bajo grado. En el cuadro 4 se resumen estos grados de amplitud y totalidad, según el puntaje obtenido.

Siempre es necesario valorar conjuntamente la amplitud y la totalidad para estimar el alcance real de la participación comunitaria. Conviene insistir en que la amplitud mide los instrumentos que ha creado la comunidad y, por tanto, refleja la respuesta global de esta ante los problemas de salud, mientras que la totalidad califica un instrumento en sus actividades de salud. Puede darse una amplitud alta acompañada de una totalidad baja para cada instrumento o, viceversa, una elevada totalidad del instrumento promotor de salud puede corresponder a una amplitud mínima por falta de otros instrumentos.

### Tipo de gestión

Este criterio implica una evaluación de tipo cualitativo y conduce a establecer la forma en que la comunidad, por medio de sus instrumentos, administra los recursos y las actividades de salud. Existen por lo menos tres tipos generales de gestión.

- **Autogestión:** cuando la comunidad administra los recursos y las actividades, con apoyo del exterior o sin él. El aspecto más importante consiste en que la toma de decisiones se produce a nivel de los ins-

CUADRO 4—Grados de participación según el puntaje total.

Grados	Participación	
	Amplitud	Totalidad
Alto	20-30	25 o más
Intermedio	10-15	20
Bajo	5	15 o más

trumentos comunitarios, por lo menos en los aspectos clave. Ello supone una gran amplitud y totalidad de la participación. Incorpora, además, una o más formas de financiamiento comunitario, hasta el teórico autofinanciamiento total.

- **Coadministración:** cuando la comunidad comparte la administración con una institución de salud pública o privada. Se colabora en la toma de decisiones, en especial en lo que toca a las actividades que deben realizarse. Por lo general, la institución de salud establece las políticas y consulta a la comunidad sobre su aplicación. Puede basarse en grados bajos o altos de amplitud y totalidad, y en algunas formas de financiamiento comunitario.

- **Recepción pasiva de servicios:** cuando la comunidad no toma decisiones relacionadas con el servicio de salud. Se basa en grados muy bajos de amplitud y totalidad, o en la carencia absoluta de participación. Escasamente utiliza como formas de financiamiento algunas labores sencillas y esporádicas.

De lo anterior se desprende que los dos tipos de gestión más adecuados son la coadministración y la autogestión.

## Financiamiento

El financiamiento comunitario de un programa o servicio de salud suele corresponder a una de las formas siguientes: a) aporte monetario; b) labor comunitaria, y c) aporte de materiales.

La revisión realizada por Stinson (12) ubica los principales objetivos de los programas diseñados con financiamiento comunitario de la siguiente manera:

- Compensación de los promotores de salud.
- Distribución de medicamentos.
- Cubrimiento parcial de costos de educación.

- Cubrimiento parcial de costos de hospitalización.
- Constitución de fondos para gastos generales.
- Complementación de gastos gubernamentales.

Las tres formas de financiamiento señaladas, con frecuencia se combinan y se expresan en numerosas variedades prácticas. Algunas de estas variedades se indican a continuación:

<i>Formas</i>	<i>Variedades</i>
Aporte monetario.	Honorarios por servicios. Compra y venta de medicamentos. Prepago de personal. Prepago en producción. Contribuciones esporádicas (donaciones, bazares, rifas, etc.).
Labor comunitaria.	Trabajo en obras públicas, saneamiento, construcción y actividades directas de salud. Mantenimiento de instalaciones.
Aporte de materiales.	Materiales de construcción de locales y vivienda.

Debe señalarse que los métodos de financiamiento comunitario dependen más de los criterios generales de diseño y aplicación de un programa que de la amplitud o totalidad de la participación, sobre las cuales, no obstante, se sostienen.

Para la evaluación es necesario establecer las ventajas, desventajas y alcance de las formas mencionadas, de manera sucinta. Los honorarios por servicios se producen cuando un individuo paga un servicio, ya sea a un precio fijo o atendiendo a una escala, según sus ingresos. Permite desviar gastos privados hacia el sector público, pero estimula los servicios eminentemente curativos y cubre solo a aquellas personas que pueden pagar o es-



tán enfermas. La distribución de medicamentos reduce el costo de los fármacos, pero también estimula la atención curativa en detrimento de la preventiva, y se dirige especialmente a los enfermos. El prepago personal se basa en cuotas personales o familiares, establecidas según la escala de ingresos del beneficiario. Distribuye los costos entre la población participante y estimula la atención preventiva y curativa, aunque ocasiona costos inevitables de una administración que puede ser compleja. El prepago en producción, sobre todo en áreas rurales, se basa en las unidades y formas de producción autóctonas, pero donde no existe la producción y la tradición de vida comunal se reduce a pequeños grupos. Los otros medios de aporte monetario permiten contribuir a la población de acuerdo con su habilidad y capacidad, pero tienen una utilidad limitada y baja eficiencia. La labor comunitaria utiliza el recurso del trabajo, pero solo es utilizable parte del tiempo y ocasiona costos de adiestramiento. Por otro lado, fortalece la organización y el espíritu colectivo. El aporte de materiales fortalece también la organización, pero es solo un método limitado y sucedáneo. En consecuencia, la valoración de la financiación comunitaria debe comprender la forma concreta que se utiliza y sus características, conjuntamente con las actividades a las que se aplica y, de ser posible, el movimiento monetario que produce.

### Utilidad de la medición

Con el método que se ha discutido es posible obtener una visión amplia de la participación de una comunidad en salud. Esto es importante ya que en algunos programas de atención primaria la participación comunitaria es supuestamente la columna vertebral y se ha observado que dicha participación deja mucho que desear. Este tipo de análisis permite reorientar la participación sobre bases sólidas.

En el cuadro 5 se muestran los resultados de la evaluación de ocho programas en barrios marginales de Bogotá, aplicando este método. Se han excluido todos los aspectos descriptivos de la evaluación para destacar, escuetamente, los resultados directos del método que se propone.

### Validez y confiabilidad

Este método de valoración se ha aplicado en repetidas ocasiones y, hasta donde es posible por medio de ensayos, se ha encontrado que, en principio, es válido, ya que refleja los aspectos que quieren medirse, es decir, las formas, características y grados de la participación comunitaria. La objetividad del método se considera aceptable, pues diferentes evaluadores al aplicarlo en una misma comunidad en distintos momentos obtuvieron valores similares de participación comunitaria. En diez mediciones de la amplitud y totalidad de la participación se obtuvieron siete puntajes totales idénticos; en una la diferencia fue superior en cinco puntos, y en dos se encontraron diferencias inferiores a cinco y 10 puntos, con respecto al puntaje patrón.

En dos comunidades el método registró los cambios que se habían producido, al aplicarlo con una diferencia de un año. Esto indicaría que es sensible, si bien se ha ensayado menos este aspecto.

La validez y confiabilidad del método requieren de más estudio, en especial de experimentos de campo, para establecer hasta qué punto pueden aceptarse los resultados de su aplicación. Conviene recalcar que la cuantificación, como todo puntaje, refleja solo una parte de la realidad, quizás la que más interesa. En la práctica los instrumentos comunitarios pueden realizar algunas actividades de difícil clasificación y, por tanto, es posible subvalorar su participación, en especial en programas de autogestión. Por otra parte, puede

CUADRO 5—Evaluación de la participación comunitaria en Bogotá, 1982.

Barrios	Tipo de gestión	Financiamiento	Amplitud			Totalidad			
			Instrumentos <sup>a</sup>	Puntos	Grado	Instrumentos	Actividad <sup>b</sup>	Puntos	Grado
Perpetuo Socorro	Recepción pasiva	Labor comunitaria	PS, OOC	10	Inter-medio	PS	5, 6	15	Bajo
						OOC	6	10	Bajo
La Despensa	Recepción pasiva	Labor comunitaria	CS	10	Inter-medio	CS	2, 5, 6	20	Inter-medio
San Luis	Coadministración	Honorarios, medicamentos, labor comunitaria	PS, CS	20	Alto	PS	1, 3, 5, 6	25	Alto
						CS	1, 5, 6	20	Inter-medio
						OOC	5, 6, 8	30	Alto
San Blas	Recepción pasiva	Cuotas por algunos servicios, labor comunitaria	PS, OOC	10	Inter-medio	PS	3, 5, 6	20	Inter-medio
						OOC	6	10	Bajo
Regadera	Coadministración	Honorarios, medicamentos, labor comunitaria	PS, CS, OOC	20	Alto	PS	1, 2, 3, 5, 6, 8	35	Alto
						CS	1, 5, 6	20	Inter-medio
						OOC	5, 6, 8	30	Alto
Britalia	Recepción pasiva	Labor comunitaria	PS, CS	15	Inter-medio	PS	5, 6	15	Bajo
						CS	5, 6	15	Bajo
Timiza	Recepción pasiva	Ninguno	—	0	—	—	—	0	—
Tejar	Recepción pasiva	Labor comunitaria	OOC	5	Bajo	OOC	6	10	Bajo

<sup>a</sup> PS promotor de salud; CS: comité de salud; OOC: otras organizaciones comunitarias.

<sup>b</sup> Los números de las actividades corresponden a los del cuadro 2.

sobrevalorarse el grado de totalidad del instrumento "otras organizaciones comunitarias", si este realiza las dos actividades de la etapa de ejecución y alcanza 25 puntos. En nuestra experiencia, cuando esto ocurre, el instrumento mencionado realiza actividades adicionales en otras etapas y eleva su puntaje, pero no siempre es así.

Para no desvirtuar el método es necesario atender algunas recomendaciones:

a) El personal evaluador debe conocer las formas de vida comunitaria y tener experiencia sobre la participación en salud.

b) El personal evaluador debe entender a conciencia los aspectos conceptuales que involucra el método y el significado preciso de las actividades de salud.

c) La descripción de las actividades y los instrumentos debe ser precisa y completa, y acompañar toda asignación de puntaje.

d) El análisis y la asignación de puntaje deben realizarse después de un período de observación, retrospectiva o actual, no inferior a un año.

## Resumen

A pesar de la importancia que se confiere a la participación comunitaria como parte constitutiva de la atención primaria, no se han establecido criterios precisos para valorarla en forma concreta. Para estimular el intercambio de opiniones a este

respecto se presenta un método de valoración basado en los criterios de amplitud y totalidad de la participación de la comunidad, tipo de gestión y financiamiento. Se examinan los aspectos involucrados en la

aplicación de cada criterio, incluyendo un sistema de puntuación que permite establecer los grados de participación de los instrumentos comunitarios. ■

## REFERENCIAS

1. Mahler, H. El sentido de la salud para todos en el año 2000. *Foro Mundial de la Salud* 2(1):5-25, 1981.
2. Organización Panamericana de la Salud. Discusiones Técnicas de la XXIV Reunión del Consejo Directivo. Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud frente a la necesidad de la extensión de la cobertura. *Bol Of Sanit Panam* 83(5):375-383, 1977.
3. Necesidades sanitarias básicas de los países en desarrollo: posibles soluciones. *Cron OMS* 29:179-200, 1975.
4. Segall, M. y White, A. Investigaciones sobre atención primaria de salud: un proyecto multidisciplinario en Ghana. *Foro Mundial de la Salud* 2(3):396-402, 1981.
5. Villegas, H. Costa Rica: recursos humanos y participación de la comunidad en los servicios de salud en el medio rural. *Bol Of Sanit Panam* 84(1):13-24, 1978.
6. Healthier living through community effort. Oklahoma City, *World Neighbors*, 1979.
7. Eisenberg, C. Honduras: la sensibilización a los problemas de salud mental transforma una comunidad. *Foro Mundial de la Salud* 1(1, 2): 86-92, 1980.
8. Componentes evaluativos de la atención primaria. Universidad del Valle. Cali, PRIMOPS, 1977.
9. Gwatkin, D., Wilcox, J. y Wray, J. D. ¿Qué cabe esperar de las intervenciones sanitarias y nutricionales? *Foro Mundial de la Salud* 2(1):137-148, 1981.
10. *Experiencias en atención primaria Convenio Colombo-Holandés de Salud*. Bogotá, Editorial Gente Nueva, 1981.
11. Muller, F. Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina. Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 1979.
12. Stinson, W. *et al. Community Financing Primary Health Care Issues*. Washington, D.C., American Public Health Association, 1982.
13. Organización Mundial de la Salud. *Evaluación de los programas de salud* Ginebra, 1981. (Serie Salud para Todos 6.)

---

### Community participation in health. Evaluation concepts and criteria (Summary)

In spite of the importance given to community participation as a component of primary health care, precise criteria for the specific evaluation of such participation has not been established. To stimulate an exchange of opinions in this area, an evaluation method based on the criteria of

scope and degree of community participation, type of activity and financing is presented. Factors related to the application of each criterion are examined, including a grading system to determine the degree of participation of community entities.

### **Participação comunitária na saúde. Conceitos e critérios de valoração (Resumo)**

Apesar da importância que se concede à participação comunitária como parte constitutiva do atendimento primário, ainda não se estabeleceram critérios precisos para valorizá-la de uma maneira concreta. Para estimular o intercâmbio de opiniões sobre o assunto apresenta-se um método de valoração

baseado em critérios de extensão e totalidade da participação da comunidade, tipo de administração e financiamento. Examinam-se os aspectos envolvidos na aplicação de cada critério, incluindo um sistema de escore que permite estabelecer os graus de participação dos instrumentos comunitários.

### **Participation de la collectivité aux soins de santé. Notions et critères d'évaluation (Résumé)**

Bien que la participation de la collectivité soit reconnue comme l'un des éléments clefs des soins de santé primaire, aucun critère précis d'évaluation pratique ne lui a encore été appliqué. Afin d'encourager les échanges de vues dans ce sens, on présente une méthode d'évaluation qui fait intervenir différentes notions, notamment la participation entière

ou partielle de la collectivité ainsi que le type de gestion et de financement. On examine les divers aspects inhérents à l'application de chacun de ces critères, y compris un système de notation permettant de déterminer le degré de participation des instruments communautaires.

#### **CORRIGENDUM**

En el Vol. 95, N° 1, p. 56,

donde dice: De 300 madres que usaron estos anticonceptivos 47 amamantó poco tiempo frente a 22 que usaron anticonceptivos no hormonales y 46 que no usó

debe decir: De 74 madres que usaron estos anticonceptivos, el 47% amamantó poco tiempo, frente a 22% de 31 madres que usaron anticonceptivos no hormonales y 46% de 146 madres que no usaron.