

CONCEPTO DE SALUD

Según la Organización Mundial de la Salud, Salud es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad. La salud es considerada en todas las culturas como un bien cuya conservación y recuperación aparece como una de las más importantes necesidades, tanto desde la perspectiva de los individuos como de la sociedad misma. Así, pensando en la salud individual o colectiva como resultado, podemos relacionarla con un vasto conjunto de fenómenos que la modifican, condicionan o determinan. Muchos de estos fenómenos parecen escaparse del ámbito de lo “médico”. Sin embargo, las limitaciones de esta definición radican en que es una definición horizonte, dado que plantea una situación ideal, cuya imagen parece alejarse a medida que caminamos hacia ella. Cualquier persona, grupo o sociedad alterna con períodos de relativo bienestar con otros en los que el conflicto, el dolor y la posibilidad de la muerte se hacen presentes.

EVOLUCION

El pensamiento primitivo: el concepto mágico de la enfermedad.

Desde la antigüedad, el hombre agrupado en sociedades experimentó la presencia de estados caracterizados por el dolor, la incapacidad y la posibilidad de la muerte, y asignó a un miembro de la tribu, el rol de atenderlo y ser depositario de cierto tipo de saber sobre la enfermedad. Estamos hablando de los brujos, encargados de administrar los rituales y procedimientos curativos. El concepto mágico de enfermedad se remite a una causa externa que se introduce o toma posesión del hombre o a un daño hecho por un tercero. De este concepto mágico se deriva el llamado concepto religioso de la enfermedad que predominó en culturas antiguas más desarrolladas, durante la Edad Media. La concepción religiosa también vincula la causa de dolencia con la culpa (pecado o falta que merece castigo) y explica los fenómenos mórbidos como producto de los designios de justicia divina.

Hipócrates: observación y constatación versus la enfermedad sagrada.

Los primeros médicos griegos desarrollaron la teoría humoral de la enfermedad, la cual se basaba en que el organismo humano se compone de cuatro sustancias fundamentales: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. La salud era entonces el equilibrio entre estos cuatro humores. Este concepto de equilibrio ligado al de enfermedad es reconocible aun hoy en algunos aspectos de la visión biológica médica. El rechazo de la concepción mágico – religiosa da paso a la mirada de Hipócrates sobre la salud y enfermedad, permitiéndole hacer apreciaciones y formular verdaderas hipótesis sobre las causas. Hipócrates es sin duda el padre de la epidemiología ya que diferenció las enfermedades que “visitan” a las comunidades, de las que “residen” en ellas.

Durante los 11 siglos que duró, en la Edad Media no se registraron avances notables en cuanto al concepto de salud y enfermedad.

Con el fin de la Edad Media la Medicina se volvió consistente y adoptó cariz científico, como objeto de estudio, la enfermedad se centró en lo biológico – humano, perdiendo valor la salud que se redujo a la ausencia de aquella (la salud es el silencio de los órganos).

Actualmente hablamos de reformulaciones ya que nos toca pensar de manera más integral y acorde con las necesidades de la gente. El paradigma científico – biológico centra en determinantes orgánicos la causa o causas de enfermedad, atribuyéndole a algunos fenómenos sociales, el rol de componentes facilitadores directos o indirectos. El abordaje de la salud y de la enfermedad se realiza teniendo en cuenta al hombre su familia y su comunidad.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Definición de Atención Primaria de Salud

La conferencia de la OMS-UNICEF de Alma-Ata definió la Atención Primaria de Salud (APS) como: «La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.» Esta larga y densa definición de APS contiene de forma genérica todos los elementos que la caracterizan y sitúan como la pieza fundamental del sistema sanitario para alcanzar un nivel adecuado de salud de la población, en el seno de la estrategia general de la OMS definida en el lema «Salud para todos en el año 2000» y contenida en sus 38 objetivos. A pesar de que esta estrategia y definición fue aprobada de forma unánime por más de 140 países, la realidad es que los responsables de la política sanitaria de muchas naciones desarrolladas no han hecho los esfuerzos precisos para potenciar la APS. Una primera y superficial lectura de los contenidos de la definición expuesta puede llevar a pensar que su aplicación es prioritaria solamente para los países subdesarrollados y que en los restantes ya se cumplen ampliamente todos o la mayor parte de sus postulados. Sin embargo, en estos últimos países, con sistemas sanitarios de potente infraestructura, también es necesario corregir sus desviaciones conceptuales y organizativas para adaptarlos a las directrices de la APS.

Las interpretaciones erróneas de la APS se extienden también a su consideración como una asistencia sanitaria de baja calidad: medicina pobre y rudimentaria para pueblos y ciudadanos pobres.

Estas visiones sesgadas de la APS tienen también su origen en análisis esencialmente economicistas de los servicios de salud, con tecnologías simples y poco costosas, podría permitir un mayor ahorro de recursos que otro centrado fundamentalmente en la asistencia hospitalaria. Este planteamiento no considera que la APS necesite inversiones importantes para alcanzar un grado óptimo de desarrollo. La APS no es más barata en términos cuantitativos que la asistencia médica ambulatoria ni genera un ahorro significativo en los gastos totales; lo que sí puede inducir la puesta en práctica de esta estrategia es una racionalización de la utilización de los recursos, mejorando la equidad, eficacia y eficiencia del conjunto del sistema.

Cada país ha de determinar cuáles son las vías concretas de desarrollo de la APS más adecuadas para sus circunstancias socioeconómicas y culturales así como para las características de su sistema sanitario. La definición de los principales problemas sanitarios a partir de la confección y puesta en práctica de un Plan Nacional de Salud que contemple un abordaje global de ellos, desde la promoción y prevención a la rehabilitación, es un primer paso importante para la puesta en práctica de la estrategia de la APS.

En los países subdesarrollados o en vías de desarrollo las dificultades para conseguir los objetivos de la APS tienen un origen múltiple. En muchos casos la pobreza y sus secuelas de malnutrición, falta de agua potable, inexistencia casi total de infraestructuras sanitarias, etc., son obstáculos insalvables. A ellos se suma con frecuencia la gestión y utilización incorrectas de los escasos recursos disponibles. En los países desarrollados la propia inercia de los potentes sistemas de salud centrados en la asistencia hospitalaria y especializada puede ser el obstáculo principal para la implantación de la estrategia de la APS. Los mecanismos de financiación de los sistemas, la política de recursos humanos y las presiones corporativas y de grupos económicos son algunos de los factores que también pueden influir de forma negativa en este proceso.

Vigencia de la ideas de Alma-Ata

Varios países introdujeron en su Constitución Nacional a la salud como un derecho fundamental de todos los habitantes de su territorio. Sin embargo, millones de personas aún permanecen excluidas de bienes y servicios esenciales, en algunos casos, incluso se han incrementado las inequidades existentes entre regiones, países y al interior de los mismos. Para renovar el compromiso con la estrategia de APS, la OPS en el año 2003, (a 25 años de Alma-Ata) realizó un proceso de consulta regional. En esta oportunidad los Estados Miembros de la Organización se comprometieron a desarrollar y fortalecer la OPS como base del funcionamiento de sus sistemas de salud, y a facilitar la inclusión social con un financiamiento suficiente y sostenible, que asegure un acceso universal con atención de calidad. Se reconoció la necesidad de fortalecer y desarrollar la promoción de la salud, interviniendo sobre los principales factores determinantes y desarrollando modelos de atención con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la formación de redes, el desarrollo de recursos humanos, la investigación sanitaria y la gestión adecuada de tecnologías, como herramienta para el logro del acceso universal y de calidad.

En el año 2005, la región de las Américas realizó el llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos para Salud, donde se planteó la necesidad de alinear las políticas de formación y admisión de personal a las necesidades de la población, evitando la asimetría entre las diversas profesiones y su concentración en las grandes áreas urbanas. También se reconoció la necesidad de mejorar la administración de personal, atendiendo los sistemas de admisión y las adecuadas compensaciones y posibilidades de desarrollo personal, mediante la capacitación permanente, la conformación de equipos multidisciplinarios y el estímulo a la comunicación.

A casi 30 años de la declaración de Alma-Ata, nos encontramos distantes de la salud para todos como derecho, sin sistemas equitativos, solidarios y sin una atención universal efectiva, sin acciones de prevención y promoción en un trabajo en equipo y participación comunitaria, salvo algunas experiencias, poco se ha hecho para adecuar permanentemente el perfil del recurso humano en salud hacia el abordaje de las necesidades sanitarias en una realidad compleja. Las estructuras de financiamiento distan de tener una perspectiva de equidad y solidaridad, en muchos casos dificultando la integración de acciones y servicios. Se necesita sortear estas dificultades y repensar estrategias y acciones para conseguir un acercamiento, no solo al cumplimiento de los objetivos del milenio sino a que el derecho de la salud, realmente pueda ser ejercido por toda la población mundial y que la equidad atraviese como principio ético las políticas públicas para el desarrollo.

LA SALUD COMO UN VALOR, UN DEBER, UN DERECHO Y UNA CONDUCTA.

La salud es un derecho humano y es imprescindible para el desarrollo. Debe ser garantizada para todos y es a la vez una responsabilidad y un deber que debe ser asumido por todos: organismos públicos, empresas privadas, organizaciones de la comunidad, ciudadanos y organismos internacionales. En la medida en que la salud se encuentra condicionada por diversos y dinámicos determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales, la responsabilidad para el cuidado, excede largamente la atención médica reparativa orientada a la enfermedad.

La inversión en salud para el desarrollo se plantea hoy como una alternativa real, en contraposición en décadas anteriores en la que era pensada como un gasto público con pocos beneficios y baja rentabilidad social.

En los inicios del siglo XXI ya se reconoce que el propósito fundamental de los esfuerzos de las sociedades nacionales e internacionales es el desarrollo humano: la lucha contra la pobreza, la discriminación y la exclusión, asegurando igualdad de oportunidad y el desarrollo de las capacidades de las personas.

■ Valor, imprescindible para el desarrollo. Hoy ya no puede pensarse a la salud sólo como consecuencia de otros factores, sino también como factor generador de desarrollo.

■ Deber. Promover un mayor compromiso y acción de las personas, las familias y comunidades en los problemas de salud, dada la influencia determinante del ambiente físico, los hábitos y la cultura sobre la salud, reforzando necesariamente un trabajo conjunto de OG, OSC y medios de comunicación.

■ Derecho. Lograr la equidad en salud y en los entornos saludables es clave para el desarrollo, debe ser prioritaria y requiere un fuerte compromiso del Estado y la participación de la sociedad civil para traducir este derecho en políticas públicas y acciones concretas que garanticen salud para todos.

PROCESO SALUD – ENFERMEDAD

Los investigadores médicos – sociales comenzaron por proponer un nuevo modelo explicativo llamado **proceso salud- enfermedad**, tomando a estos dos conceptos como inseparables para su estudio. Al mismo tiempo postularon para este proceso un carácter predominantemente social, por lo que tomaron de las ciencias de esas áreas (Antropología, Sociología, economía, etc.) los instrumentos para un abordaje científico adecuado. Se plantea así que **Salud y Enfermedad** son dos categorías dialécticas en continua interacción que adoptan formas particulares en un contexto histórico – político determinado. Este modelo explicativo no excluye a los fenómenos orgánicos (el fenómeno enfermedad del modelo biomédico) sino que los contiene, otorgándoles valor como parte del proceso colectivo que se estudia. El proceso salud – enfermedad tiene simultáneamente carácter social y biológico. El Proceso Salud – Enfermedad nos permite observar también que aunque las enfermedades que se den en determinado lugar y tiempo, ya hayan sido descritas, lo hacen siempre expresándose en términos epidemiológicos de acuerdo a un patrón singular cuyas claves de análisis pueden ser encontradas en el momento histórico en el que se dan. Así, la situación social, los medios de producción y reproducción social, las ideologías dominantes, no son algo ajeno al proceso en estudio, sino parte esencial del mismo.

EL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD Y SUS DETERMINANTES

Históricamente, en la segunda mitad del siglo pasado, cuando comienza a hablarse del **proceso salud-enfermedad**, la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico de equilibrio entre el organismo humano y su ambiente total. Son muchos los factores que actuando a nivel del ambiente humano determinan que una enfermedad se inicie y desarrolle con mayor o menor peso, en ciertas personas o grupos poblacionales. Las circunstancias naturales y la propia dotación biológica personal adquieren sentido en relación con el logro de un nivel de desarrollo y de un equilibrio dinámico entre la persona y su contexto sociocultural e histórico. Esta inseparable relación entre la persona y su entorno constituyó la base para una concepción socio-ecológica de la salud, que es esencial para el concepto de promoción de la salud.

Pero, al hablar de esta interacción entre la persona y su ambiente ¿a qué nos referimos?. El bacilo de Koch, por ejemplo, conocido como productor de la tuberculosis, **existe desde hace miles de años**. Sin embargo, hizo falta la concentración de masas campesinas en las ciudades, el hacinamiento, la desnutrición, la carencia de medidas higiénico-sanitarias, la aparición del VIH, para que la tuberculosis se convierta en una gran depredadora.

El concepto de “Campo de la Salud” (Marc Lalonde)

El Informe Lalonde, producido en Canadá por el entonces Ministro de Salud de Canadá Marc Lalonde en 1974, constituyó una herramienta de cambio para el trabajo en salud pública.

El informe amplía la concepción de la salud conceptualizando el “Campo de la Salud” en cuatro amplios componentes:

1. **Biología Humana.**
2. **Medio Ambiente.**
3. **Estilo de Vida.**
4. **Organización de la Atención de Salud.**

Estos componentes se identificaron mediante el análisis de las causas del enfermar y morir en la población, y del modo en que cada componente afecta el grado de salud de una comunidad.

1. **Biología Humana**

Incluye problemas de salud y muerte cuyas causas radican en la biología fundamental del ser humano y su constitución orgánica, la herencia genética y los procesos de maduración y envejecimiento. Muchas de las enfermedades crónicas (artritis, diabetes, aterosclerosis, cáncer y otras), los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas y el retraso mental, son consecuencia de la biología humana y generan un gran costo de tratamiento al sistema de salud.

2. **Medio Ambiente**

Incluye todos los factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo. La persona tiene poco o ningún control sobre la contaminación del aire, suelo, agua y alimentos producidos por los rápidos cambios del medio social nocivos para la salud (dispositivos o abastecimiento de agua, ruidos ambientales, enfermedades transmisibles, eliminación inadecuada de desechos y aguas servidas, cosméticos, juguetes, etc.).

3. **Estilo de Vida**

Incluye al conjunto de decisiones que toma el individuo respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Los malos hábitos conllevan riesgos para la salud, enfermedad y muerte, que se generan en la propia persona.

4. **Organización de la Atención de Salud**

Incluye la práctica de la medicina, odontología y enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud, las ambulancias y todo servicio sanitario del sistema de salud.

En este componente se han concentrado hasta el momento la mayoría de los esfuerzos y del gasto en salud.

Cuando se analizan las principales causas de enfermedad y muerte se ve que su origen está en los otros tres componentes: biología humana, medio ambiente y estilo de vida., por lo que debe dedicarse mayor atención a estos tres componentes del campo de la salud.

Así, probablemente esta visión unificada de campo de la salud contribuya al mejoramiento del nivel de salud de la población al ser interiorizada por los individuos, los gobiernos, los profesionales y las instituciones de salud.

EL AGENTE SANITARIO

El Agente Sanitario representa el Recurso más significativo en las acciones del Programa de Salud rural por su diario contacto con la Comunidad, por convivir con lo individuos que experimentan limitaciones de toda índole, participando además en las gestiones y actividades que ellos realizan (ya sea por iniciativa propia o siguiendo las directivas de un Plan) y que le proporcionara un conocimiento de su sociedad que no puede ser adquirido mas que por pertenecer y accionar en el medio. Para dar cumplimiento al Programa de Atención Primaria de Salud se ha tomado como método básico de trabajo del sistema de rondas, a través de la VISITA DOMICILIARIA el Agente Sanitario debe cumplimentar acciones predeterminadas, dedicadas fundamentalmente al trabajo sanitario de promoción y protección de la Salud. El Agente Sanitario se hará amigo del grupo familiar, los visitara regularmente y conocerá a cada uno de sus integrantes, su ambiente y sus problemas de salud.

Educara a las madres enseñándoles hábitos de salud y aseo. Descubrirá los primeros indicios de anormalidad y detectara las fallas del ambiente físico y sanitario de la vivienda. Indicara la oportunidad de la consulta médica.

La forma de vida del Agente sanitario, sus hábitos y costumbres, constituirán un modelo al cual pueden referirse validamente sus indicaciones y consejos a las familias visitadas.

Guardara absoluta reserva sobre hechos conocidos en razón de su trabajo, recordando que en este sentido sus obligaciones son similares a las que tienen los demás integrantes del equipo de salud.

El lenguaje sencillo y el trato cortés, encerrarán un mensaje sanitario claro, destinado a servir a las personas, brindando normas de salud y modificando paulatinamente sus actitudes y prejuicios.

Podemos definir al AGENTE SANITARIO como un personal Polivalente (porque colabora con otros programas por su actividad), capacitado en Cursos Especiales para llevar a casa por casa las Acciones de Atención Primaria de la Salud, dedicadas al trabajo de Promoción, Prevención y Protección de la Salud y participación.

METODO DE TRABAJO:

Es difundir los principios de Educación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, visitando las casas. Unidad: Es la Familia.

AL PROGRAMAR LA VISITA DEBERA TENER EN CUENTA:

1–Momento oportuno.

2–Presentarse en forma amable. Si es la primera vez que lo hace dirá:

a. quien es

b. su función

c. Motivos de la visita.

3 – Explicar en forma breve que es el Programa de Atención Primaria y los objetivos que se persigue.

4 – Realizar las acciones que correspondan y las Enseñanzas Programadas.

5 – Deberá guardar absoluta reserva sobre hechos que conoce de su trabajo.

Aspectos sociales de Salud - Enfermedad

El hombre, es un ser eminentemente social porque satisface todas sus necesidades vitales viviendo en sociedad, en grupo. Esto significa que para producir sus alimentos, vestimenta, vivienda, etc. se **organiza en grupos**, ya sea en familias, tribus, o naciones, en las que se divide el trabajo.

El hombre aprende a convivir en sociedad por medio de comportamientos correctos que a su vez conforman leyes, normas, códigos de conducta, o como se dice en Ciencias Sociales **pautas culturales**. Las Ciencias Sociales y en especial la Antropología Social, estudian la conformación y funcionamiento de todos los pueblos del mundo. Desarrollados o subdesarrollados; actuales y “primitivos actuales”. Se ha comprobado que todos, independientemente del nivel económico y social que alcancen tienen explicaciones y normas culturales propias para enfrentar la problemática de la salud y la enfermedad. Por ello:

Todos los pueblos del mundo, actuales y ya desaparecidos, conocen o han conocido las enfermedades y la necesidad de protegerse de ellas.

Para esto, todos los pueblos emprenden acciones preventivas y curativas, encargando a algún individuo la tarea de diagnosticar, tratar, o prevenir las enfermedades.

Todos los pueblos, buscan explicar, de acuerdo a lo que le enseña su cultura, el problema de las enfermedades.

Desde el punto de vista, podemos decir que la salud y la enfermedad constituyen un fenómeno social, cuando nos referimos a como el hombre de cualquier sociedad, percibe los síntomas, hace diagnósticos, intenta curaciones y explica los orígenes y resultados de la enfermedad.

ROL DE AGENTE SANITARIO

- **¿Qué hacemos como Agentes Sanitarios?**
- **¿Cómo hacemos nuestra tarea de Agentes Sanitarios?**

*La respuesta a estas preguntas no son dadas desde afuera
Si no que nos llevan a un proceso de encuentro personal:
Escuchar, reconocer mis habilidades, mirar mi historia personal,
Descubrir las personas y experiencias que han influido en mí...
Las respuestas a estas preguntas van a marcar el rumbo
y principalmente van a orientar las tareas
y los esfuerzos que realicemos.*

En ocasiones los curanderos tienen más capacidad que los médicos de “acercarse a la gente”, esto porque tienen más tiempo para escuchar a sus pacientes, porque conocen sus familias, porque saben como piensan y hablan su mismo código. Es decir, pertenecen a la misma comunidad que el paciente, y este le tiene confianza o fe y le cuenta todos sus problemas sin ningún temor. Esta cercanía del curandero con su paciente, es muy afectivo si bien no puede decirse que sea “curativo”. Al menos da confianza y predispone al paciente para su restablecimiento. Lógicamente, este efecto es limitado porque, por ejemplo, cuando el paciente tiene una avanzada infección requerirá necesariamente alguna droga o antibiótico específico.

El agente sanitario, maneja conocimientos de medicina científica, pero además, al menos eso se visualiza desde las ciencias sociales, tendrá mucho éxito en su tarea si logra acercarse a la población, reemplazando en cierto sentido a otros curadores tradicionales. Para lograr esto, es **fundamental** que el **agente respete las creencias culturales de la gente**, que no se burle de sus relatos y explicaciones que le parezcan más absurdos. Tendrá que tratar que ir incorporando lentamente, en la medida en que la población pueda aprender, sus recomendaciones, su origen, sus explicaciones. Pero ello sin apelar nunca a desmerecer lo que la gente cree, conoce y valora.

Esta forma de operar del agente sanitario, seguramente le permitirá ganarse la confianza de algunos y despertar la envidia de aquellos otros individuos, curadores o no, que creen que viene a competir. Por ejemplo, en todas las comunidades, por más pequeñas que sean, hay individuos que despiertan más respeto y admiración que los demás. Son los que tienen cierto poder sobre la población en virtud del lugar que ocupan en la comunidad, director de escuela, médico si lo hay, algún empresario y por que no, algún curandero. El agente sanitario por el solo hecho de atender un tema tan importante como es la salud de la gente, también se gana los afectos de la comunidad, su respeto y su confianza. Ello lo coloca en una situación prestigiosa, privilegiada que puede despertar recelo de otros. El agente sanitario en esa situación debe evitar los conflictos abiertos, debe escuchar a los pobladores pero no llevar la información que maneja de casa en casa debe manejarse con humildad.

¿QUÉ HACEMOS? ROL DEL AGENTE SANITARIO

El Agente Sanitario es el primer eslabón entre la comunidad y el sistema de salud, tomando el Centro de Atención Primaria de la Salud asignado (CAPS A-B-C ó D) de referencia como BASE de su tarea cotidiana.

En el CAPS debe registrar su horario de trabajo; puede realizar las derivaciones de los casos necesarios para control con los distintos profesionales del equipo de salud, programar reuniones con el equipo, y realizar la estadística requerida.

Pero su actividad fundamental es la promoción y prevención de las enfermedades mediante la educación sanitaria y los controles periódicos de la zona territorial asignada.

MISIÓN

Ser el vínculo entre el sistema de salud y la población de referencia, mediante el fortalecimiento de la estrategia de AP brindada por su formación, lo que le permite elaborar con la comunidad las necesidades prioritarias de salud y mediar las alternativas de resolución con los actores sociales que se requieran.

¿Cómo lo hacemos?

Metodología de trabajo

Acorde a la Ley N° 5983, Decreto Reglamentario N° 53/94 (Art. 5º) para poder cumplir con sus funciones, el agente sanitario deberá realizar:

- Cartografía
- Ronda
- Actividades Comunitarias

Adjudicación del sector al Agente Sanitario:

- planificado por el supervisor (como toda otra tarea).
- de acuerdo al conocimiento empírico y necesidades de la población.
- Entre 150 y 200 viviendas.
- porcentaje de **cobertura de al menos el 80%** por ronda.

Ley N° 5983, y su Decreto Reglamentario N° 53/94

ART 5º LAS FUNCIONES DE LOS PROMOTORES DE LA SALUD SERAN:

- a) El relevamiento permanente del estado general de la población de la comunidad donde cumple funciones, debiendo elevar un informe periódico de acuerdo a lo que fije la reglamentación;
- b) Realizar y proponer ante el equipo interdisciplinario los programas a implementarse de acuerdo a lo dispuesto en el inciso a);
- c) Promover y educar en la prevención de enfermedades sociales como: Chagas, drogadicción, desnutrición, salud bucal, alcoholismo, pediculosis, o toda otra que afecte en forma directa o indirecta a la comunidad donde actúa;
- d) Informar a la población de los centros de atención existentes en su comunidad, radios de influencia, niveles de complejidad y red de complejidad creciente sanitaria - asistencial de la provincia;
- e) difundir medidas preventivas de las diversas problemáticas de la salud, a través de campañas colectivas o individuales en la comunidad;
- f) vincularse a las organizaciones naturales de la comunidad, a fin de promover la autogestión comunitaria;
- g) ayudar a que la comunidad con sus propios recursos tienda a resolver sus problemas, siendo su aporte en un plano de igualdad con la población que la integra;
- h) los promotores deberán conocer la información de todos los programas municipales, provinciales o nacionales sobre su área de acción, para optimizar la utilización de los mismos por la comunidad.

CARTOGRAFÍA Y CENSO:

- Hacer un mapa cartográfico y ubicar las viviendas numeradas. Censará todas las familias del sector y llenará el F1 con los datos que se le solicita (uno por familia).
- Estos datos **debe ir actualizándolos** según el movimiento demográfico.

RONDA:

- Es la “**UNIDAD espacio – tiempo - población - en la que el agente sanitario debe visitar el 100% de las viviendas asignadas a su cargo**”.
- En general son bimestrales (salvo la del censo y cartografía que dura tres meses), por lo que se estiman **seis por año**.

INICIO DE RONDA:

- **Reunión pre-ronda:** debe participar el **Supervisor Intermedio junto a los agentes sanitarios**. Se planifican todas las acciones a realizar teniendo en cuenta que primero se deben cumplir con las normativas básicas dadas por el llenado de los formularios 1,2 y 3.
- En la planificación se podrán agregar temas y actividades de acuerdo a la **necesidad de la zona**.

Se comienza con **censo de población y vivienda del sector adjudicado, acompañado de la cartografía correspondiente**.

LA RONDA CONTIENE

- Relevamiento permanente del estado general de la población.
- Llenado de Planillas: F1, F 2, RAC si se solicita.
- Educación para la Salud.
- Información a la comunidad de la red de atención socio sanitaria de referencia y todos los programas municipales, provinciales y/o nacionales sobre su área de acción para optimizar la utilización de los mismo.
- Detección y promoción del control adecuado de Embarazadas
- Detección y promoción del control adecuado del CD de niños.
- Captación y derivación para control adecuado de ECNT.
- Actividades en coordinación con escuelas.
- Inscripción de Plan Nacer en Ronda.
- Promoción y Control de inmunización y Vacunación si corresponde.
- Detección y prevención de Chagas y lucha contra otros vectores
- Saneamiento Básico: Agua, Basura, Excretas.
- Motivación a la familia para la realización de huertas y granjas familiares.
- Motivación a la Forestación de la peri vivienda.
- Informar y elevar para gestionar documentación.

CIERRE DE RONDA:

- Consiste en la presentación del registro de las actividades realizadas con el informe estadístico F1, F2 y F3, según corresponda, los que serán elevados a nivel central de salud con el fin de brindar información del trabajo realizado y definir las acciones sanitarias de las próximas y futuras rondas.

ENTREVISTA

Concepto

La entrevista consiste en una conversación entre dos o más personas en la cual uno es el Entrevistador y el otro es el Entrevistado. Estas personas dialogan de acuerdo a cierto esquema fijado previamente por el Entrevistador, cuyo contenido versa sobre un problema o cuestión determinada, teniendo un propósito profesional. Como técnica de recopilación de datos va desde la interrogación con Cuestionario hasta la conversación Libre. En ambos casos se recurre a una "Guía" que puede ser un Formulario, o Cuestionario que han de orientar la conversación.

La entrevista puede servir para:

- Obtener información de individuos o grupos.
- Intercambio de información.
- Influir sobre ciertos aspectos de la conducta opiniones, comportamiento.
- Educar sobre las pautas correctas sanitarias.

Modalidades de la Entrevista

De acuerdo a la forma o procedimiento de realizar las Entrevistas, estas pueden asumir las siguientes modalidades:

A–Entrevista estructurada o formal.

B–Entrevista no estructurada o informal.

Entrevista estructurada

Llamada también formal, cerrada o Estandarizada. Esta forma de entrevista se realiza sobre la base de un Formulario previamente preparado y estrictamente normatizado, a través de una lista de preguntas establecidas con anterioridad.

En el cuestionario se anotan las respuestas, en unos casos de manera textual y en otra de forma codificada.

Tome la forma de un Interrogatorio en el cual las preguntas establecidas con anterioridad, se plantean en el mismo orden y se formulan en los mismos términos. Este tipo de Entrevista supone el conocimiento previo del nivel de información de los encuestados y que el lenguaje es comprensible para ellos.

Entrevista no estructurada

Deja una mayor libertad a la iniciativa de la persona interrogada y a los encuestados (Agente sanitario), Se trata en general de preguntas abiertas que son respondidas dentro de una conversación. La persona interrogada responde con detenimiento, con sus propios términos.

PREPARACION DE LA ENTREVISTA

Presentación el Encuestador

Una vez que son seleccionadas familias que van a ser entrevistadas, conviene avisar con anticipación enviando una Nota que anuncie al Agente sanitario, donde explique los motivos de la entrevista.

Concertar la Entrevista por Anticipado

Es importante conocer la distribución del tiempo y las ocupaciones de las personas que han de ser entrevistadas para elegir la mejor hora, y ocasión propicia para la Entrevista. Lo conveniente es concertar la visita por anticipado, asegurándole al Agente Sanitario que será recibido, evitando la situación de rechazo que a veces ocurre, causado, por el intento de “penetrar” cuando la familia esta ocupada en otras tareas.

Conocimiento Previo del “Campo”

Cuando mayor conocimiento se tenga de las modalidades o pautas culturales (Costumbres, Modos de vida, etc.) del Grupo o Comunidad con la que se va a trabajar, menores son los riesgos de rechazo o “desencuentros” entre el Agente sanitario y las familias a Entrevistar.

Contacto previo con Líderes

Es necesario establecer contactos con él o los líderes del Grupo o Comunidad con la que se va a trabajar, esto tiene por finalidad explicar los motivos y propósitos que se persiguen con el trabajo que se va a empezar. Con ello, se facilita el éxito de las Entrevistas que se desarrollaran en Barrios o Comunidades determinadas. Los líderes, si están de acuerdo en aportar el trabajo de los Agentes Sanitario, en algunos casos pueden actuar como nexos entre los mismos y la comunidad con el fin de que exista una mejor aceptación del Trabajo que desarrollo el agente Sanitario con su gente.

PRINCIPIOS DIRECTIVOS DE LA ENTREVISTA

Realización de la Entrevista

El arte de entrevistar se aprende entrevistando. Existen dos aspectos: **Didáctico**: enseñar como se hace una entrevista. **Práctico**: realizar entrevistas. Combinando estos dos aspectos, se garantiza el logro de respuestas validas fiables acerca de aquello que se desea interrogar.

Contacto Inicial

Es necesario establecer un ambiente agradable y de confianza. El Agente Sanitario que se presenta por primera vez, luego del intercambio de saludos, según las costumbres, debe identificarse como tal. De ahí en adelante **todo depende de sus cualidades personales**.

Es fundamental que sea **bien recibido**, y para ello el uso de la técnica a utilizar debe ser la sinceridad y humildad para no crear falsas expectativas. Para iniciar la conversación, lo más conveniente es entablar una charla amistosa sobre cualquier tema del momento y de interés para la familia entrevistada.

Luego el Agente sanitario tiene que explicar el objetivo de la visita, la finalidad de las preguntas que va a realizar, la forma en que será utilizada la información, el nombre del organismo y personas que lo envían (MINISTERIO DE SALUD) la importancia que tiene el trabajo que va a desarrollar con la familia y la comunidad, y la necesidad de que colaboren con él para que el trabajo tenga éxito. Una vez concluidas las cuestiones preliminares, cuya finalidad es la de “romper el hielo” y de crear un ambiente cordial y agradable, el Agente Sanitario comenzara sus tareas específicas.

Cómo formular las preguntas

En una entrevista de tipo estructural o formal, la formulación de las preguntas se hará de acuerdo al formulario correspondiente. Las preguntas se harán de una manera informal. El Agente Sanitario no tiene que dar la impresión de que la entrevista es un examen o interrogatorio. Por ello en sus palabras y en sus gestos debe impedir todo aquello que implique críticas, sorpresas o desaprobación por parte de la familia entrevistada.

El Agente sanitario debe explicar claramente cuales son los temas que va a tocar en las preguntas a realizar.

Si bien el Agente Sanitario debe tener en la mano el formulario y mirarlo antes de hacer las preguntas, estas deben ser realizadas con voz natural y de conversación, evitando en todo lo posible el tono de lectura o interrogatorio. Además la mayor atención debe fijarse en la familia entrevistada y no en el formulario. Las preguntas deben ser realizadas exactamente como están redactadas en el formulario o planilla.

Esto debe ser así para evitar que se produzcan confusiones en las respuestas de los interrogados.

Es necesario dar a la persona entrevistada el tiempo suficiente para pensar en sus respuestas. Para ello hay que ir realizando la entrevista al ritmo que permiten los interrogados.

Finalización de la Entrevista

La entrevista debe concluir con un clima de cordialidad, dejándose la “puerta abierta” para los próximos encuentros, ya que la labor del Agente sanitario será sistemática. La terminación puede hacerse con palabras parecidas a estas, “muchas gracias por la colaboración prestada” o “por el tiempo que me ha dedicado a esta entrevista”, etc.

Resumen: Normas para la Entrevista

- a. Preséntese a la familia entrevistada creando una corriente de amistad, identificación y cordialidad.
- b. Ayude a la familia interrogada para que se sienta cómoda y segura con su presencia.
- c. Déjele concluir sus relatos.
- d. Procure realizar las preguntas de manera clara, con palabras sencillas para que evite confusiones en las respuestas.
- e. Actúe con espontaneidad y franqueza, no con ironías y rodeos.
- f. Escuche a la familia entrevistada con paciencia, tranquilidad y comprensión.
- g. Evite la actitud de “personaje” o la pose de “autoridad”.
- h. Preste atención no solo a aquello que la familia desee aclarar, sino también a lo que no puede manifestar sin su ayuda.

- i. No apure a la familia entrevistada, déle tiempo para que piense en sus respuestas.

MOCHILA DEL AGENTE SANITARIO

La mochila es el elemento básico y fundamental para el transporte de los materiales y para brindar un servicio libre de riesgo, a la familia y a su vez, la protección personal. El transporte de los mismos en forma adecuada es fundamental para mantener la asepsia de los elementos estériles que se transportan, además permite contar con un orden práctico de las tareas diarias.

BOLSILLO N°1:

Allí se dispondrán todos los materiales sépticos. Ej., toalla con jabón, bolsita de papel, jeringas sucias, etc.

BOLSILLO N°2:

Ubicado al lado opuesto del N°1 Se transporta Agua Oxigenada, alcohol, etc.

BOLSILLO N°3:

Es el más chico, con cierre. Allí se ubican elementos como: lápiz, birome, reglas, goma. Visto, Boletas de derivación, Boletas de remisión de muestras, carnet de vacunación.

BOLSILLO N°4:

Es el inmediato superior al Número tres. Se van a ubicar los Formularios que utiliza el Agente Sanitario y la Carpeta de Educación Sanitaria.

BOLSILLO N°5 O BOLSO:

Solo para material estéril. Se van a ubicar los materiales como ser: conservadoras con vacunas (transportadas según normas), cajas de curaciones, gasa, tela adhesiva, vendas. Torundas de algodón. En un bolsito la toalla y el jabón.

RECOMENDACIONES:

La mochila debe ser lavada todos los fines de semana o cuando así lo requiera, según su estado.

ACTIVIDAD DEL AGENTE SANITARIO: RESUMEN DETALLADO

LAS 20 ACTIVIDADES QUE SE APLICAN EN LA TOTALIDAD DE LAS FAMILIAS SON:

1. Censo de población, familias, viviendas y Cartografía.
2. Detección y control precoz de embarazadas.
3. Detección y captación de niños Desnutridos.
4. Promoción de la Lactancia.
5. Detección y captación de niños sanos o enfermos para control de CD o tratamiento.
6. Control de vacunación según normas.
7. Lograr total cobertura de inmunización en el área asignada.
8. Detección y captación de sintomáticos tuberculosos.
9. Control de los tratamientos tuberculosos.
10. Búsqueda y derivación de enfermedades prevalentes (ECNT).
11. Promoción de Salud Buco dental.
12. Promoción de Saneamiento Domiciliario.
13. Disposición de Excretas, letrinización, potabilización del agua de consumo, disposición sanitaria de basuras.
14. Educación Sanitaria.
15. Educación Alimentaria.
16. Detección de familias críticas, control sanitario de esas familias.
17. Promoción de la participación comunitaria.
18. Coordinación intersectorial y extrasectorial.
19. Visitas permanentes a las Escuelas del sector.
20. Charlas a grupos de la Comunidad y Escuelas.

Estas actividades serán progresivamente incorporadas a medida que la capacitación del Agente Sanitario y los recursos del Establecimiento sanitario lo permitan. Deben incluirse como actividades del Programa las que desarrollan los supervisores Intermedios y médicos como ser:

Supervisión permanente en terreno.

Supervisión Directa e Indirecta.

Capacitación de los Agentes Sanitarios y supervisores en pre-rondas y cursos.

Evaluación de los resultados.

Como es de notar, la mayor parte de las actividades que se llevaran a cabo son referidas a acciones de promoción y protección de la salud. Son acciones SIMPLES BASICAS de POCA COMPLEJIDAD pero de enorme utilidad a los fines de la salud de la población. Llegar a las casas, a todas las viviendas, a cada madre y a todas las madres, preguntar por sus niños y lactantes, pesarlos y medirlos para conocer su grado de nutrición, controlar las vacunas, derivarlos si esta enfermo, enseñarles a alimentarnos, educarlos en higiene para que sepan defenderse, y a prevenir a esa familia sobre la:

➤ Contaminación de las aguas por las excretas.

➤ Sobre el peligro de las basuras y las moscas.

➤ Apoyarlos en su alimentación.

➤ A evitar un contagio si su madre, padre o abuelo son tuberculosos.

➤ Ayudarlos en el tratamiento contra los parásitos que haya indicado él medico y como prevenir en la casa la reinfección, etc.

Cuando evitemos que ese niño llegue al Centro de Salud deshidratado, febril y soporoso, con vómitos y diarrea incontrolables, la salud pública habrá conseguido su objetivo.

¿Por qué el registro de la población, familia y viviendas?

Siendo nuestro objetivo cubrir la totalidad de la población, cada Agente Sanitario debe conocer cuantas personas habitan su Sector de trabajo, no solo la cantidad global, sino cuantos niños hay, cuantas embarazadas, cuantos menores de un año, cuantos y quienes son los que nacen, y deberá estar atento a cualquier signo o síntoma anormal que este indicando que ese niño esta en peligro de enfermarse y desnutrirse.

¿Por qué el censo de familias?

Porque es la unidad de trabajo del Agente Sanitario, porque sobre las familias vuelca las enseñanzas y los cuidados que serán su misión. Además una tarea que se le asigna al Agente Sanitario es determinar cuales son las familias críticas.

¿Por qué se dice que una familia esta en estado critico desde el punto de vista sanitario?

Hay muchas razones de índole cultural, social, económica. Los criterios que se deben tomar para determinar una "Familia critica" son:

➤ **HACINAMIENTO:** Familia constituida por mas de tres miembros que residen en una vivienda de un solo ambiente. Viviendas de características precarias, techo de paja, cartón o paredes de lámina, cartón, PISO de tierra, sin infraestructura de agua, luz, y tratamiento de excretas.

➤ **FAMILIA SIN OCUPACION LABORAL ESTABLE O BAJOS INGRESOS:** Jefe/a de la familia sin trabajo fijo: Golondrina, changarín, otros servicios domésticos.

➤ **TUBERCULOSOS Y/O DISCAPACITADOS:** Personas sospechosas o enfermas de Tuberculosos y discapacitados físicos o mentales y/o ancianos sin posibilidad de automedicamentarse por sí solos.

➤ **DESNUTRICION:** niños desnutridos dentro del grupo familiar, que se verifico a través del control peso-talla.

➤ **MUERTE DE NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS:** Que se produjeron en un periodo de los últimos años.

➤ **ABORTOS ESPONTANEOS o Provocados.**

- ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.
- MAS DE CINCO NIÑOS QUE SON MENORES DE 14 AÑOS.

La presencia de dos o más menores descriptos determinara la situación de familia crítica de acuerdo a las características socio-económicas, culturales y Sanitarias de cada Sector. Sobre estas familias debemos extremar **nuestra** vigilancia y **aumentar** la frecuencia de **nuestra visita y controles**, para mitigar los padecimientos y prevenir que esos hechos lamentables no se repitan.

¿Por qué el censo de casas?

Desde que se hizo el reconocimiento geográfico numerosas familias se trasladan de un lugar a otro, por razones de trabajo generalmente, aparecen casas y desaparecen en todos los Sectores. Se debe actualizar el croquis del reconocimiento para no dejar parajes o localidades sin visitar. El objetivo es la **cobertura total**.

¿Por qué el registro de embarazadas?

Por las siguientes razones. Porque debemos vacunarlas, instruirlas sobre la higiene del embarazo, debemos estar atentos a la aparición de signos y síntomas que nos dicen que estamos ante un embarazo anormal o normal, porque debemos propender a la asistencia del parto por personal sanitario preparado. Por todo ello el Agente Sanitario debe conocer cada una de las gestaciones que hay en su Sector de Trabajo y controlarlas.

¿Por qué la actividad de promoción del parto hospitalario?

Porque en las poblaciones rurales esta largamente demostrado que tenemos elevada mortalidad materna por parto y sus complicaciones, porque hay que evitar daños del niño y la madre, daños que surgen del parto en Domicilio, donde las condiciones de higiene o las técnicas o los manípulos tradicionales a veces son negativas.

¿Por qué las actividades de detección y captación de niños desnutridos y apoyo alimentario de leche en polvo?

La mala nutrición es uno de los problemas de fondo de las poblaciones, en ellas numerosos niños no alcanzan un aceptable grado de nutrición, el crecimiento y desarrollo psíquico se ven frenados por la falta de aporte proteico, y esos niños mal nutridos son el terreno donde las enfermedades transmisibles cobran mayor numero de victimas.

¿Por qué la detección y captación de niños sanos y enfermos para control y/o tratamiento medico?

Uno de los Objetivos es disminuir los índices de morbi mortalidad infantil, y conocido el hecho, de que gran parte de la población infantil muere sin atención Medica, que muchas veces la Atención Medica no es oportuna, porque cuando llega ya es imposible recuperar al niño y que el control sanitario de los niños es insuficiente. El Agente Sanitario deberá efectuar un control mínimo; derivara ante signos y síntomas de alarma; controlar vacunas y educar a la madre en la alimentación y cuidado del niño. Las actividades de vacunación o la inmunización contra una enfermedad son las formas más simple, la menos costosa y la más segura de prevenir una enfermedad o una muerte. La meta es llegar casa por casa con todas las vacunas disponibles para alcanzar nivel bonísimo de cobertura.

¿Por qué la actividad de detección y captación de TBC y el control del tratamiento?

El Agente Sanitario será el efector del programa de control de la TBC. A pesar de que la TBC es una enfermedad evitable y curable, continúa siendo un grave problema sanitario.

Hay que buscarlo si abandona el tratamiento; para enseñar como curarse y evitar que su familia se enferme.

¿Por qué la búsqueda y derivación de patologías varias?

Es sabido que no todas las personas son conscientes en cuanto a su estado de salud. El Agente sanitario al tomar conocimiento de los síntomas de una enfermedad debe derivar inmediatamente al medico.

¿Por qué promocionar el saneamiento del medio ambiente?

El medio ambiente contaminado por las basuras y las excretas constituye una fuente

importantísima en la Transmisión de numerosas enfermedades, por ejemplo: Parasitosis , Hepatitis, Tifoidea, Diarrea Infantil

Estas provienen en gran parte del agua y alimentos contaminados directa o indirectamente por las heces humanas. Cada familia debe ser instruida en la construcción de **baños y letrinas**, en el enterramiento de la basura y la **potabilización del agua** para la bebida y preparación de alimentos. Cortamos así el ciclo de transmisión de enfermedades en aquellas poblaciones que aun no disponen de servicios sanitarios adecuados como en las ciudades.

El **accionar** del Agente Sanitario es fundamental en **Educación para la Salud**. Al controlar o colocar una vacuna y enseñar que es el tétanos o advertir sobre las complicaciones de sarampión esta haciendo Educación Sanitaria, enseñar a construir una letrina es Educación Sanitaria.

La Educación sanitaria no es una actividad en sí misma. Este presente en todas las visitas domiciliarias y en cada tarea del Agente sanitario y los supervisores.

Para el control y el registro del trabajo realizado en las viviendas, el Agente sanitario, coloca el VISTO: donde se registra la actividad cumplida. El supervisor intermedio y él medico también registran su presencia en dicho formulario y las acciones que cumplen.

Por todo lo anterior se concluye que el Agente Sanitario, es un trabajador polivalente, que esta formado para colaborar con todos los programas sanitarios, Maternidad e Infancia, Lucha AntiTBC, Saneamiento Ambiental, Epidemiología, Odontología, etc. y para las acciones asistenciales propias del Centro de Salud del cual dependa.

El número de viviendas que se pondrá bajo su responsabilidad será el adecuado para que pueda cumplir con las actividades de la Ronda sanitaria, periodo que se extenderá por 2(dos) a 3 (tres) meses aproximadamente. Todo el trabajo será evaluado permanentemente. Evaluar: es cuantificar, poner medida y cantidad a cada una de las tareas.

En un trabajo responsable no basta decir hice tal o cual cosa, debemos decir: “Cuanto hice”, “como hice”, “En que tiempo y donde”. Los supervisores médicos e Intermedios tendrán todos los datos para que el Programa mida su propia eficiencia, ronda por ronda. El Agente Sanitario sabrá al cabo de las primeras rondas:

-  Cuantas familias tienen.
-  Cuantos niños nacen.
-  Quienes están enfermos.
-  Cuantos inmunizo con cada Vacuna.
-  Cuantas embarazadas viven en su Sector.
-  Cuantas llegan al Hospital para Control y Parto.
-  A cuantos TBC tiene que apoyar en el tratamiento.

CONCEPTO DE COMUNIDAD

Se han revisado y definido tres conceptos que hacen referencia a distintos tipos de relación de los servicios de salud y la comunidad, ahora bien ¿qué se entiende por comunidad?

La palabra comunidad hace referencia a un grupo de personas (en este caso el conjunto de población atendida por un centro de salud) que tienen algo en común: comparten un espacio social, cultural y geográfico determinado y una serie de valores e intereses. El concepto, tal y como se ha venido utilizando, supone también que esas personas tienen una determinada articulación social, que va edificándose linealmente mediante una serie de líderes representativos e identificables. Por último, cuando nos referimos a la comunidad, nos imaginamos un lugar

cerrado, donde lo más importante ocurre «dentro» y no hay influencias externas importantes, o al menos no se entran a valorar.

Pues bien, desde el punto de vista sociológico, este concepto de comunidad no es buen modelo de análisis para nuestra realidad social. No sólo existen intereses comunes, valores comunes, culturas comunes, sino que también hay profundas desigualdades y diferencias económicas, sanitarias y sociales. La articulación social no es única y piramidal, sino que es más un entramado de redes personales y sociales.

COMUNIDAD Y PARTICIPACION

Entender la salud como derecho natural, (inherente al hombre, que el Estado y la sociedad deben garantizar) **y social**, es trascender el concepto de cuidado del funcionamiento biológico-individual, para introducirnos en la relación de los individuos entre sí y con el Estado, en su condición de integrantes/residentes de un lugar determinado.

De esta concepción se deriva que las **condiciones básicas para la salud** son:

- **Trabajo,**
- **Educación,**
- **Vivienda,**
- **Alimentación adecuada,**
- **Saneamiento ambiental básico: agua segura, destino final de excretas y basura,**
- **Una vida con condiciones dignas de tiempo para el ocio y la recreación.**
- **Poder actuar con autonomía y libertad para poder tomar decisiones,**
- **Acceder a servicios de salud de buena calidad,**
- **Ejercer el derecho a participar.**

Desde esta perspectiva se construye el concepto de **participación comunitaria** que permita a los equipos de salud avanzar en la transformación de sus prácticas de salud hacia un modelo más equitativo en **Atención Primaria de Salud**.

“**Comunidad**” se refiere a todo lo que se considere en común o compartido; y, “**Participar**” a tomar parte en algo,

Concepto de comunidad

Se han revisado y definido varios conceptos que hacen referencia a distintos tipos de relación de los servicios de salud y la comunidad, ahora bien ¿qué se entiende por comunidad?

La palabra **comunidad** hace referencia a un

“grupo de personas (en este caso el conjunto de población atendida por un centro de salud) que tienen algo en común: comparten un espacio social, cultural y geográfico determinado y una serie de valores e intereses”.

Según M. J. Aguilar Ibáñez, toda **comunidad** tiene los siguientes elementos en común:

- El territorio geográfico,
- La población que en él habita,
- Interacción social y relaciones,
- Sentimientos o conciencia de pertenencia
- Cierta problemática en común y recursos/servicios.

El concepto, tal y como se ha venido utilizando, supone también que esas personas tienen una determinada articulación social, que va edificándose linealmente mediante una serie de líderes representativos e identificables. Esta articulación social no es única y piramidal, sino que es más un entramado de redes personales y sociales.

En salud, cuando nos referimos a la comunidad, no debemos imaginarnos un lugar cerrado, donde lo más importante ocurre «dentro» y no hay influencias externas importantes. Por

el contrario, la salud está totalmente influenciada por las desigualdades económicas, sanitarias y sociales.

Concepto de Participación Comunitaria

Según M. J. Aguilar Ibáñez, la **participación comunitaria**

“es el **proceso social en virtud del cual grupos específicos de población, que comparten alguna necesidad, problema o centro de interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar más necesidades, problemas o centro de interés, toman decisiones y establecen mecanismos para atenderlas**”.

Las reformas de la Atención Primaria han supuesto cambios importantes en la forma de enfrentar la mejora de la salud colectiva desde este nivel del sistema.

En el modelo conceptual que sustenta dichas reformas se considera que tanto la participación de la comunidad como las acciones de orientación comunitaria son un eje fundamental para el trabajo de los profesionales de salud.

Efectivamente, **los servicios sanitarios públicos, y en especial los de Atención Primaria, necesitan estar conectados con su medio social.**

Esta conexión es importante, entre otras, por varias razones:

- a) los servicios públicos necesitan legitimarse socialmente;
- b) la orientación comunitaria forma parte de la estrategia de Atención Primaria;
- c) las intervenciones sanitarias se producen en un medio social concreto;
- d) la participación social en los servicios públicos es un derecho consagrado por las leyes;
- e) los pacientes de los servicios sanitarios tienen opiniones relevantes con respecto a ellos,

y

f) la colaboración con los sectores no sanitarios es crucial para abordar los problemas de salud pública de una manera integral.

Esta lista podría alargarse aún más. Existen, en resumen, serios motivos, unos de carácter social y otros de índole técnica, para desear y articular las relaciones con la comunidad en la que estamos insertos, ya que aumentan la eficacia de las intervenciones sanitarias y contribuyen a alcanzar el fin último de toda organización sanitaria: **eleva los niveles de salud de la población.**

De hecho, los dos documentos que han «apadrinado» las reformas sanitarias, **la Declaración de Alma-Ata y la Carta de Ottawa** (OMS-UNICEF, 1980 y WHO, 1986), han dado a la participación comunitaria un papel crucial. No obstante, hay diferencias entre ambas propuestas en lo que se refiere a la articulación de las relaciones con la comunidad.

➤ En la **Declaración de Alma-Ata** se habla de la estimulación de la participación comunitaria como uno de los tres **pilares básicos** que deben sustentar las estrategias **de Atención Primaria**.

➤ En la **Carta de Ottawa**, documento que sintetiza la visión de promoción de salud y que amplía el modelo de Atención Primaria, se analiza el proceso salud/enfermedad considerando **todos los instrumentos (entre ellos los servicios de salud) de que dispone la sociedad para la mejora de la salud**. Uno de estos instrumentos sería el refuerzo de la acción social en salud. Ésta sería una **categoría más amplia**, que engloba la participación, y que supone el reconocimiento de que fuera de los servicios ya se están produciendo acciones que inciden en la salud (López Fernández y Aranda, 1994).

Siguiendo las recomendaciones de Alma-Ata, las reformas de la Atención Primaria han asignado un papel importante a la participación comunitaria. Es obvio también que se ha producido un esfuerzo por incorporar a la comunidad como objeto de las intervenciones sanitarias.

No obstante, pensamos que aunque se han llevado a cabo experiencias de participación comunitaria, se ha producido a la vez una confusión terminológica al entender la participación comunitaria como la reclamada al grupo de población objeto de un programa de intervención.

Analizaremos con más detalle los tres conceptos siguientes porque tienden a utilizarse a veces como sinónimos o a confundirse: *acción social en salud*, *participación comunitaria* e *intervención comunitaria*.

➤ La **acción social en salud** sería el conjunto de actividades que se producen en la sociedad y que contribuyen a mejorar la salud. Estarían incluidas en esta categoría las acciones llevadas a cabo por **individuos**, las que se realizan en el seno de la **familia**, las que promueven las **asociaciones** o las actuaciones que emprenden otros sectores y que inciden en la salud de los ciudadanos (Nutbean, 1986).

➤ Una parte de esta acción comunitaria se produce en relación con los servicios sanitarios, es lo que se denomina **participación comunitaria**. Ésta sería, por tanto, aquella **parte de la acción social en salud que es regulada por los servicios a partir de los mecanismos que éstos establecen y articulan** (Irigoyen, 1989). Otras definiciones de participación comunitaria apuntan hacia el carácter formal o institucional de los mecanismos y a la importancia de vincularlos a la toma de decisiones de las organizaciones sanitarias.

La participación comunitaria sería, por tanto, un

“conjunto de mecanismos que los servicios de salud ponen en marcha y articulan y que los hacen más o menos permeables a la influencia del medio social.”

➤ Por último, en los servicios de Atención Primaria se ha pasado de sólo atender enfermos de forma individual, a realizar actuaciones sobre grupos de población determinados. Estas acciones es lo que se denomina **intervención comunitaria**. Por tanto, serían **acciones que los servicios emprenden sobre la comunidad**.

Obviamente, los tres conceptos están relacionados y se influyen poderosamente. Si se dispone de unos servicios de salud permeables y sensibles a las necesidades sociales y se articulan mecanismos eficaces de participación comunitaria, se estará en óptimas condiciones para adecuar mejor las intervenciones comunitarias y obtener la colaboración de determinados grupos. Las acciones que se planeen tendrán, con toda probabilidad, una mayor pertinencia y serán más eficaces. Por otro lado, conocer las acciones que se están llevando a cabo por parte de otros grupos o sectores, permitirá rentabilizar recursos y obtener apoyos.

Niveles de Participación Comunitaria

Pueden distinguirse seis niveles en las que puede instrumentarse esta participación, de menor a mayor intensidad:

1. La participación como **oferta/invitación**: las personas toman parte de decisiones ya tomadas.

2. La participación como **consulta**: los responsables consultan (cuando quieren) solicitando sugerencias o para conocer opiniones.

3. La participación como **delegación**: de responsabilidades determinadas mediante la elección o nombramiento de representantes.

4. La participación como **influencia o recomendación**: que la comunidad presenta o presiona, mediante propuestas de lo que conviene hacer.

5. La participación como **co-gestión**: participación institucionalizada en la co decisión.

6. La participación como **autogestión**: control operacional de todo lo que se realiza.

Encuadre conceptual de la participación comunitaria

Finalmente lo que se logra con la participación comunitaria es el **fortalecimiento**, definido como el

*“proceso mediante el cual los miembros de una comunidad desarrollan **conjuntamente capacidades y recursos** para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la **transformación de su entorno** según sus necesidades y aspiraciones, **transformándose al mismo tiempo a sí mismos**”*

Los valores del fortalecimiento son la **autodeterminación**, la **justicia distributiva** y la **participación democrática y colaboradora** y su función es proveer un **fundamento ético que guíe** tanto el proceso de fortalecimiento como a los individuos o grupos invitados a participar en él.

Para los actores que lo protagonizan, se fortalecen tanto en lo individual como en lo grupal.

En la participación comunitaria, el compromiso y la conciencia logran **desarrollo de identidad social** expresada en el sentido de pertenencia y de apego a la comunidad, **genera cultura**, entendida ésta como la “forma de ser, sentir, pensar y actuar de una comunidad, y que es construida a lo largo de la historia” (J.L.Borges).

Es el camino para lograr influir en el proceso salud-enfermedad y **lograr desarrollo**.