

SALUD COMUNITARIA

La salud comunitaria es un derecho natural y social, inherente al hombre (que el Estado y la sociedad deben garantizar), trascendiendo 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 geográfico determinado (comunidad) capaces de actuar con autonomía, tomar decisiones, acceder a servicios de salud de buena calidad y ejercer el derecho a participar.

Emparentada con otras corrientes de la medicina, como la “medicina preventiva”, “medicina social”, “salud colectiva”, la Salud Comunitaria se propone como una alternativa a la concepción de la Salud Pública convencional, que tradicionalmente miró a la población como “objeto” a ser intervenido por parte de la norma funcional y la ciencia positiva. La “Salud Comunitaria”, en cambio, busca mirar a la población cómo “sujetos” (individuales y colectivos) generando su salud en el diario vivir y al mismo tiempo construyendo instituciones que apoyen la promoción de la salud, la prevención y la atención de los enfermos.

El trabajo en equipo y la perspectiva interdisciplinaria:

Los problemas de salud de las personas tienen múltiples dimensiones y demandan un abordaje integral. Las intervenciones en salud son más ricas cuando se piensan y se ponen en práctica en equipos. El trabajo en equipo supone, por un lado, el establecimiento de objetivos comunes, de un marco de acuerdos ideológicos y la organización en torno a una tarea compartida, y por el otro, una división del trabajo entre sus miembros, considerando el equipaje que cada uno/a de sus integrantes pone en juego (cultura, conocimientos, habilidades, actitudes, modos de ser particulares) en función de la intervención. Asimismo, toda división del trabajo se realiza según niveles diferenciados de responsabilidad, que no deben ser necesariamente fijos o estáticos, pero sí claramente establecidos y explicitados al interior de una estructura organizativa que contenga al equipo.

Si el equipo se constituye como equipo interdisciplinario se potencia una mirada integral de la salud y la intervención se enriquece. La interdisciplinaria “supone partir de los problemas, cada vez más complejos, y no de las disciplinas dadas” (RIEpS Sede Argerich, Inédito [2013]), y “obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina” (Stolkiner, 2005, De qué hablamos cuando hablamos de interdisciplina, 2), legitimando intercambios, importaciones y referencias múltiples de saberes entre los distintos campos disciplinares (Stolkiner, 2005).

El equipo interdisciplinario demanda una organización que distribuya tareas y responsabilidades en función del problema que convoca a la intervención y no en relación al peso o tradición de cada profesión (Stolkiner, 2005). En el desarrollo mismo de la tarea, los aportes específicos se irán definiendo junto con el lugar de cada uno/a dentro del equipo.

El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo de la construcción técnica, política y social del trabajo en salud, en el contexto de un nuevo modelo de atención, la APS.

La composición de un equipo de salud de atención primaria debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por tanto, no existe un modelo universal válido para todos los lugares y contextos sociales. Por dar un ejemplo, diremos que no será igual el equipo que se necesite en un centro de salud del primer cordón del conurbano bonaerense que aquel que se necesite en un pueblo de la Quebrada de Humahuaca, Jujuy.

El equipo de salud es el pilar fundamental de la organización del trabajo en el centro de salud. Es imprescindible reconocer el papel esencial de todos y cada uno de los actores en el desarrollo de las funciones y tareas propias de la APS, sin perder de vista que cada uno de ellos proviene de diferentes disciplinas.

En este sentido, el profesional más idóneo para desempeñarse en APS, resulta ser el Médico Generalista / de Familia (MGyF), que basa su formación en un enfoque bio-psico-social e interdisciplinario, que le permite articular con los restantes niveles de salud.

El MGyF conoce los objetivos y expectativas del paciente, maneja los problemas de salud prevalentes y orienta el uso de los recursos, privilegiando la creación de servicios de salud más humanizados, participativos y preventivos, ajustándose a las necesidades cambiantes de la comunidad.

Es necesario tener algunos conceptos en cuenta a la hora de hablar de salud en general y de salud comunitaria en particular, a saber:

DEMOGRAFIA:

La demografía es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas, de su dimensión, estructura, evolución y características generales. Estudia estadísticamente la estructura y la dinámica de las poblaciones, así como los procesos concretos que determinan su formación, conservación y desaparición. Tales procesos, en su forma más agregada, son los de fecundidad, mortalidad y migración (emigración e inmigración).

EPIDEMIOLOGIA:

El término “epidemiología” proviene del griego, donde “Epi” significa arriba, “demos” pueblo y “logos” estudio o tratado. La epidemiología es una disciplina científica que estudia los procesos de salud y enfermedad que afectan a la población. Se interesa por conocer las características de los grupos que se ven afectados; cómo se distribuyen geográficamente y en el tiempo los eventos de Salud y enfermedad; con qué frecuencia se manifiestan y cuáles son las causas o factores asociados a su surgimiento. (Ortiz, Esandi, Bortman 2004 “Epidemiología Basica y Vigilancia de la Salud”)

ACCESIBILIDAD:

Se define a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre usuarios/as y servicios de salud, teniendo en cuenta las representaciones, prácticas y discursos de la población conjuntamente con las condiciones, discursos y prácticas de los servicios (Barcala y Stolkiner, 2000).

Existen cuatro dimensiones o barreras que obstaculizan la accesibilidad: la dimensión

geográfica, que se refiere a un accidente geográfico o una barrera construida por el hombre; la administrativa, que tiene que ver con las dificultades producidas por la organización de los servicios (por ejemplo, los turnos o los horarios de atención); la económica, que se vincula con la falta de recursos económicos de la población y, por último, la simbólica, que se refiere al aspecto más relacional, entendiéndola como la posibilidad subjetiva que tiene el/la usuario/a de “obtener el servicio de salud que necesita de manera oportuna, basada principalmente en la construcción de representaciones acerca de sus derechos y la manera que encuentra para ejercerlos” (Comes, 2004, en Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008: 264). Para poder dar cuenta de esta última dimensión, resulta indispensable incluir las prácticas de vida y salud de la población. En este sentido, se considera que la participación social en salud puede ser clave para analizar la misma.

Siempre que buscamos intervenir en lo social interactuamos con otros/as que poseen saberes previos, formas de pensar sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad, y maneras de actuar socialmente determinadas. Estas dimensiones subjetivas deben ser necesariamente tenidas en cuenta si se busca que los sujetos participen activamente en la construcción de conocimiento, se involucren de forma emocional y así pueden establecer vínculos entre conocimientos y actitudes (Elichiry, 2007), percibiendo su capacidad para producir cambios.

Uno de los dispositivos con los que contamos para superar algunas de estas barreras, es la Posta Sanitaria. Consiste en un espacio delimitado, en algunos casos puede ser una institución del barrio (club, biblioteca), al que asiste el equipo de salud para realizar tanto tareas asistenciales, como de promoción o prevención, facilitando así el acceso a aquellos que por diferentes razones no acuden al centro de salud. Para su realización se necesita tanto del equipo de salud, como de referentes de la comunidad.

Atención primaria orientada a la comunidad (APOC)

Se puede definir la atención primaria orientada a la comunidad (APOC) como "la práctica de la atención primaria con responsabilidad poblacional, orientada a la mejora de la salud de una comunidad definida, basada en la identificación de las necesidades de salud y las acciones de atención correspondientes, con la participación de la comunidad y con la coordinación de todos los servicios implicados en la salud o en sus determinantes"². Se trata de un proceso en el que los servicios de atención primaria se responsabilizan de la salud de todos los miembros de la comunidad y no tan sólo de los usuarios de los servicios. Esta característica le atribuye una diferencia fundamental con los servicios tradicionales, orientados básicamente a la curación y tratamiento de síntomas y enfermedades de la población que demanda cuidados en salud, por lo que la APOC representa una alternativa adecuada para la re-orientación de los servicios con el objetivo de mejorar la salud de la población en su conjunto. Las acciones en la APOC, integran las propias de la atención primaria con otras de salud pública a nivel local.

Los elementos necesarios para que un servicio de atención primaria de salud pueda aplicar la metodología APOC son:

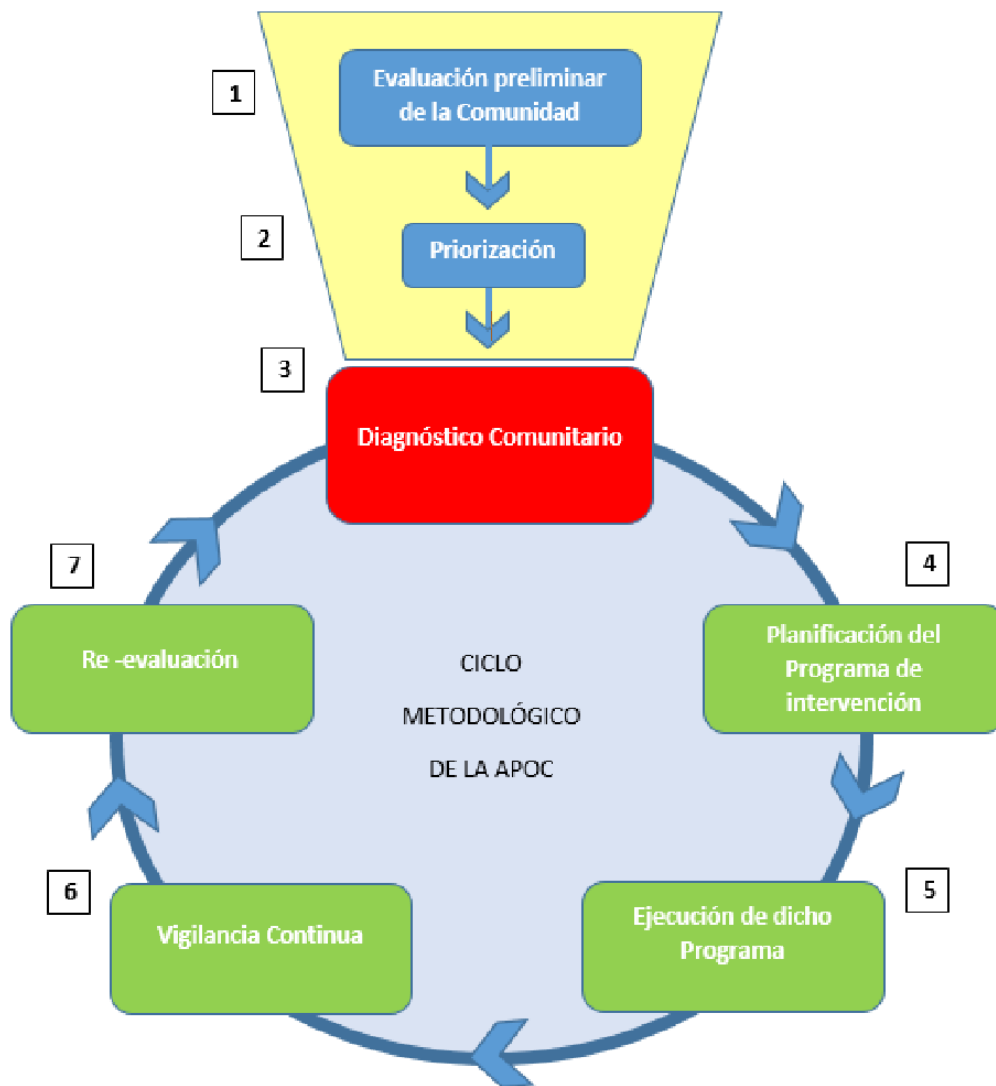
- Una comunidad definida.
- Una práctica de atención primaria integral con responsabilidad longitudinal desde servicios de salud accesibles y cercanos a la comunidad.

- Orientación a la comunidad en su conjunto y no sólo a la demandante de servicios (esto incluye aquellas personas que llegan a la consulta y aquellas que viven en la zona geográfica determinada y representan el área de responsabilidad del centro de salud).
- Participación de la comunidad con el objetivo de alcanzar la toma de responsabilidad en la promoción y el mantenimiento de su propia salud.
- Un equipo de trabajo multidisciplinario con capacidad de movilizarse fuera del centro de salud para reconocer el entorno del individuo y de las familias.

CICLO APOC

Las fases del ciclo APOC siguen la metodología de la planificación por programas de salud con algunas características específicas (Abramson 1990) y que consisten básicamente en:

1. Evaluación preliminar de la comunidad: etapa inicial del ciclo de APOC que consiste en describir y caracterizar a la comunidad atendida, para elaborar un listado con sus principales necesidades y problemas de salud.
2. Priorizar uno o varios de los problemas identificados como más importantes en la población.
3. Diagnóstico comunitario: consiste en un estudio detallado de la distribución y determinantes del o de los problemas priorizados en la comunidad. Este diagnóstico comunitario, nos da la línea de base que permitirá hacer comparaciones y evaluar los cambios producidos por la intervención. El diagnóstico comunitario en APOC tiene como características específicas su carácter selectivo (sobre el problema priorizado), activo (implica la identificación de individuos) y exhaustivo (ya que estudia en profundidad los determinantes del problema en estudio). Esta etapa del ciclo permitirá además tomar la decisión de intervenir, definir qué intervención es la más adecuada; es decir, cómo, cuándo y en qué individuos debe incidirse.
4. Planificación del programa de intervención para tratar el problema de salud priorizado: el programa estará basado en los resultados del diagnóstico previo realizado.
5. Ejecución de dicho programa.
6. Vigilancia (seguimiento) y evaluación del programa para decidir la introducción de modificaciones, seguir o suspender el mismo.
7. Re-reevaluación de la nueva situación de salud de la comunidad y re-iniciar el proceso cíclico.



ASIS:

Los análisis de situación de salud (A.S.I.S.) son procesos analíticos sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis, dirigidos a caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, así como definir necesidades y prioridades en salud y proveer información para el diseño, planificación e implementación de programas para abordarlas.

Los análisis de situación de salud aportan información para la toma de decisiones en salud. Si consideramos que el medioambiente, los factores sociales y culturales, los aspectos biológicos del hombre y las sociedades y las acciones de salud generan diferentes condiciones de vida que se distribuyen de manera diferente (desigual) en la población, los análisis de situación de salud permiten identificar esos diferentes (desiguales) riesgos de enfermar y morir.

El estudio de la situación de salud de la comunidad es una oportunidad para identificar necesidades en la población y adecuar los servicios a las características de su demanda.

Así podemos definir:

*Problema: lo considerado como estado de salud por el individuo, la colectividad, la

comunidad o el equipo de salud

*Necesidad: lo que se requiere para solucionar el problema.

ÁREA PROGRAMÁTICA:

Área Programática es, según la Organización Panamericana de la Salud (1994), “el ámbito geográfico de cobertura asignado a un establecimiento de salud, para ejecutar los programas de atención médica y saneamiento ambiental”. Este concepto tiene creciente importancia como medio para delimitar acciones y responsabilidades administrativas y sanitarias en una determinada área geográfica. Básicamente es un territorio con jurisdicción poblacional y geográfica, accesible desde el centro de salud correspondiente y capaz de proporcionar una atención de salud continuada y permanente a cierta cantidad de población. Es un concepto operativo para gestionar la salud pública por el cual, cada centro de salud, tiene bajo su responsabilidad un área sobre la cual debe prestar asistencia médica y realizar tareas de prevención.

ÁREA DE INFLUENCIA:

Por área de influencia de un establecimiento de salud entendemos al área geográfica cuyos límites son definidos por las consultas realizadas al mismo. Su utilidad reside en identificar el alcance territorial del establecimiento de salud sobre la población. Históricamente su determinación se hizo a través del mapeo manual de una muestra de las consultas (en general se toma un mes del año).

TERRITORIO:

Entendido desde la perspectiva de la complejidad como espacio socializado y culturalizado. Está constituido por múltiples dimensiones interrelacionales entre sí: una dimensión ambiental, una económica, una política, una cultural, una social y una histórica entre otras.

DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD:

Los determinantes sociales de salud son ampliamente reconocidos como las causas de la mayoría de las enfermedades más prevalentes. En vista de la evidencia sobre cómo actúan los determinantes sociales en la salud, se considera imprescindible que los servicios de salud se reorienten en consecuencia.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

- 1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas*
- 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos*
- 3. Medición y análisis del problema*

En Atención Primaria (AP) la reorientación tiene que llevarse a cabo no tan solo en la consulta clínica individual, sino también en la forma en que el equipo de salud presta los servicios y en sus relaciones con la comunidad.

El modelo de atención al individuo que permite la orientación a los determinantes es el basado en el modelo biopsicosocial, traducido en la práctica en una atención centrada en el paciente, contextualizadora y con visión salutogénica.

Los determinantes sociales de salud (Richard Wilkinson y Michael Marmot) son los siguientes:

1. El gradiente social: la esperanza de vida es menor y las enfermedades son más frecuentes, en sociedades socialmente deprimidas. La pobreza económica y social afecta negativamente a la salud. (El doble de riesgo de enfermedades graves y de muerte prematura). La vida contiene una serie de puntos críticos de transición, con cambios emocionales y materiales que pueden afectar a la salud.
2. El estrés. Las circunstancias estresantes producen preocupación, ansiedad e incapacidad de superación, dañan la salud mental y pueden producir una muerte prematura. Frecuentemente hay más preocupación por la seguridad del entorno físico en escuelas y centros de trabajo que por el ambiente social que puede dañar gravemente la salud.
3. La infancia. El cuidado y la educación durante el embarazo y la infancia son fundamentales para la salud en la edad adulta. La nutrición, la educación sanitaria, los cuidados preventivos y los recursos económicos y sociales antes durante y después del embarazo mejoran el crecimiento y el desarrollo de los niños y reducen el riesgo de enfermedades.
4. Exclusión social: la pobreza y la exclusión social tiene un gran impacto negativo sobre la salud. Los ciudadanos deberían estar protegidos con unos ingresos mínimos y un acceso a los servicios. La legislación deberá proteger a las minorías vulnerables frente a la discriminación y la exclusión social.
5. Trabajo: el estrés en el trabajo incrementa el riesgo de Enfermedad. Las personas que tienen mayor control sobre su trabajo tienen mejor salud. Los trabajos con elevadas demandas y bajo control tienen mayor riesgo de enfermedad. Las mejoras de las condiciones de trabajo conducen a una salud mejor.
6. Desempleo: la seguridad en el empleo mejora la salud, el bienestar y la satisfacción laboral. Altas tasas de desempleo están asociadas a enfermedad mental y muerte prematura.
7. Apoyo social: las amistades, las buenas relaciones sociales y una fuerte red de apoyo social mejora la salud en casa, en el trabajo y en la comunidad. Las buenas relaciones sociales pueden reducir el estrés.
8. Adicciones: la dependencia al alcohol, a las drogas o al tabaco se asocia a muertes violentas, accidentes, intoxicaciones y suicidio.
9. Alimentación: una buena dieta y adecuados suplementos alimenticios son fundamentales para el bienestar y la promoción de la salud. La malnutrición la deficiencia o el exceso de alimentación se asocia a enfermedades y muerte.
10. Transporte: el transporte saludable implica menos coches, más bicicleta y caminar acompañado de un buen transporte público. Promueve el ejercicio, reduce los accidentes, incrementa el contacto social y reduce la contaminación.

TÉCNICAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

El término participación proviene de la palabra *parte*, es decir:

- Tomar parte (saber, conocer, opinar, decidir, hacer, asumir responsabilidades)
- Formar parte (pertenecer a un grupo u organización)
- Tener parte (percibir los beneficios obtenidos de acuerdo al trabajo aportado)

La participación en procesos comunitarios fomenta el entrenamiento de habilidades que pueden constituirse en factores protectores tales como la resolución de conflictos, habilidades de relación, negociación, colaboración, definición de problemas, entre otras.

La participación es el motor que le da empuje al desarrollo de la sociedad a través de sus organizaciones e instituciones. Posibilita que las personas sean actores responsables y no espectadores de la construcción de su propia vida.

¿Para qué uso las técnicas participativas?

- Como instrumento
- Partir siempre de la práctica (lo que se siente, sabe, vive) sobre un tema o situación
- “Sistematizar” esa práctica
- Volver a la práctica para transformarla, mejorarla o resolverla
- Así ubico lo cotidiano individual y parcial en lo social, colectivo, histórico
- Desarrollar un proceso colectivo de discusión y reflexión
- Socializar el conocimiento individual, enriquecerlo y potenciar el conocimiento colectivo
- Creación colectiva de conocimientos y prácticas (todos lo elaboramos)
- Herramienta en función de un proceso de formación y organización

Tipos de Técnicas Participativas

- Dinámicas vivenciales
 - De animación
 - De análisis
- Dinámicas de actuación
- Dinámicas auditivas y audiovisuales
- Dinámicas visuales:
 - Escritas
 - Gráficas

Clasificación basada en los sentidos básicos que tenemos para comunicarnos

Las técnicas no son estáticas (generalmente se combinan)

BIBLIOGRAFÍA:

Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Capítulo 1. Amando Martín Zurro y Gloria Jodar Solà.

Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

Martín Zurro A, Ledesma Castelltort A, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud. Balance y perspectivas. Atención Primaria. 2000; 25: 48-58.

Documento para la Renovación de la atención primaria de la salud. Organización Panamericana de la salud. Diciembre 2013. Pág 10-12,23

Medicina familiar y práctica ambulatoria. Adolfo Rubinstein. Ed. Panamericana 2001.pag.29

Programa Médicos Comunitarios. Equipos de Salud en Primer Nivel de Atención. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Módulo 7 Salud y Participación Comunitaria. Ministerio de Salud de la Nación. <http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-socialcomunitaria/7-modulo-pssyc.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, División especial de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS), publicado en Boletín Epidemiológico 3(20):1-4, septiembre 1999
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001027cnt-modulo_2_epidemiologia.pdf (pág. 144)

POR QUÉ HABLAR DE SALUD COLECTIVA?

Prof. Tit. Mónica M. Liborio

Cátedra de Medicina Preventiva y Social

Facultad de Ciencias Médicas – UNR

Guía de Dispositivos de intervención en Educación para la Salud – RIEpS – 2013.

Guía de formación de referentes juveniles en salud comunitaria. Módulo de herramientas para el trabajo comunitario. Programa Nacional de salud integral en adolescencia. Ministerio de salud de la Nación.

Técnicas participativas en Educación popular. Alforja. Programa regional Coordinado de Educación Popular. Costa Rica, 1999.