



Nombre de la alumna:

Vanessa Ivette Rodas Martínez

Nombre del profesor:

Oscar Fabián González Sánchez

Nombre del trabajo:

“La comunidad”

Materia: Enfermería Comunitaria

Grado: 7° Cuatrimestre

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: “A”

Ocosingo, Chiapas a 23 de septiembre de 2020.

Son numerosas las definiciones que se han hecho sobre el concepto de comunidad. No existe, a juicio de Nogueiras (1), una concepción clara y unívoca del mismo, pues el término comunidad puede aplicarse para designar una amplia gama de realidades, desde el grupo formado por los monjes de un convento hasta colectivos más numerosos con una estructura administrativa más compleja (un barrio, un pueblo, comunidad europea, etc.).

No obstante, existen tres elementos o características definitorias de una comunidad (Rezsohazy) (2):

1. La comunidad se inscribe en el espacio, es un territorio
2. Todas las personas que viven en ese territorio mantienen múltiples interrelaciones y tienen intereses comunes; sin que ello excluya la existencia de intereses divergentes. Por lo tanto, en la comunidad también existen conflictos y discrepancias, y no siempre es una realidad armónica y equilibrada.
3. A los miembros de la comunidad les une un sentimiento de pertenencia a la misma, se identifican con ella.

Comunidad es también un concepto filosófico que indica el propósito de que el profesional, en este caso el de enfermería, contemple al individuo en el contexto en el que vive; es decir, con los componentes físicos, sociales y culturales que lo determinan, y en el que se van a resolver sus problemas.

Para nosotros, el concepto de comunidad es útil en un doble sentido: el equivalente a barrio si se trata del medio urbano o pueblo si se está en el medio rural, en el que viven y comparten intereses comunes familias, vecinos, comerciantes, etc., que confieren una determinada personalidad y nombre al mismo. El segundo concepto es el de colectivo libremente asociado para defender unos intereses o resolver unas necesidades de cuidado de salud. En este segundo grupo se sitúan las asociaciones de autoayuda, autocuidado, etc.

TIPOS DE COMUNIDAD

Existen muchas clasificaciones de comunidad, dependiendo de que los diferentes autores se centren más en unos elementos de la comunidad que en otros. Para Archer, citada por Pujol y Úbeda (3), las comunidades pueden ser emocionales, estructurales o funcionales, sin que ello signifique que en la realidad, los distintos tipos de comunidad aparezcan de una forma tan pura y clara, ni que sean excluyentes entre sí.

Comunidades emocionales. Se caracterizan fundamentalmente por el sentido o sensación de comunidad que tienen sus miembros. Ejemplos de ello pueden ser la comunidad natal, aquella en que uno ha nacido y tiene sus raíces. También aquellas otras en las que sus miembros comparten un interés determinado, que es el nexo de unión y a la vez el elemento diferenciador con otras comunidades (grupos profesionales, clubes deportivos, etc.).

Comunidades estructurales. Son aquellas en las que existen relaciones de tiempo y espacio entre los individuos, precisamente su nexo de unión es, sobre todo, físico: una ciudad, una aldea, un hospital, etc. Un ejemplo de ello pueden ser las asociaciones de vecinos, las asociaciones de padres de alumnos (APA), etc. Aunque su interés sea compartido por otras APA, la educación de sus hijos, lo que las diferencia de otras similares es justo el tratarse de ese colegio en concreto y no de otro.

Comunidades funcionales. Son aquellas que cambian en función de problemas o necesidades puntuales. Por ejemplo, la comunidad formada por un grupo de vecinos organizados para luchar contra la droga en su barrio.

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

Cuando se habla de organización de la comunidad a lo que se está refiriendo es al proceso por el cual una comunidad identifica y prioriza sus necesidades, y utiliza los recursos necesarios para satisfacerlas. Se trata en definitiva de una planificación del trabajo comunitario.

Para Marchioni (4) es fundamental tomar como punto de partida que la comunidad organizada es el primero y principal de los recursos existentes. Desde esta perspectiva, la organización de la comunidad y la participación comunitaria son dos expresiones estrechamente unidas, del mismo modo que van unidos participación, cambio y toma de conciencia. Participa sólo quien es consciente de la necesidad de su participación, quien sabe que si no participa no podrá modificar las cosas. Por lo tanto, la gente participa para cambiar algo (5).

Para que un proceso comunitario sea participativo, deben reconocerse en él las siguientes características de participación (Ruiz-Jiménez) (6):

- Activa. La población interviene en todas las fases de diagnóstico, planificación, ejecución, control y evaluación. Cuanto más capacidad tiene para influir en las decisiones, más eficaz, real y democrática es su participación.
- Consciente. La comunidad conoce y toma conciencia de los problemas existentes y los transforma en necesidades que solucionar.
- Responsable. Se compromete y decide de acuerdo con sus derechos y responsabilidades.
- Deliberada y libre. Las intervenciones son voluntarias y se hacen de forma planificada, manteniendo su autonomía y desarrollando tareas propias.
- Organizada. La población tiene su propia organización, no dependiente de los servicios sanitarios. Las actividades se integran con objetivos comunes hacia el desarrollo comunitario.
- Sostenida. No se trata de acciones puntuales de movimientos asociativos, de respuesta a tensiones coyunturales, sino que responde a problemas de salud y el proceso se mantiene en el tiempo.

Pons Díez y cols. (7) complementan este análisis, y añaden que para que la participación de los ciudadanos sea eficaz y tenga sentido, en el ámbito de las relaciones entre la comunidad y las instituciones, son necesarias entre otras condiciones, las siguientes:

1. Los ciudadanos deben tener una capacidad real de tomar decisiones ante los problemas y de adoptar las soluciones que determinen
2. El flujo de información entre administración y ciudadano debe funcionar de manera eficaz, en caso de que no sea así, debe ser potenciado.
3. Las funciones, estructuras y expectativas de las distintas asociaciones deben definirse de manera explícita y realista, para evitar falsas expectativas y

sentimientos de frustración, al haberse planteado objetivos muy ambiciosos y no llegar a cumplirlos.

4. Las posibles reacciones al cambio que puedan surgir deben manejarse adecuadamente.

PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. Así se expone en la Declaración de Alma Ata (8) y en otros documentos publicados por la OMS en los años siguientes (Programa «Salud para todos en el año 2000», Carta de Otawa, entre otros), en los que se define la participación de la comunidad como el proceso en virtud del cual los individuos asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad.

Este pronunciamiento de la OMS dio pie a numerosos estudios y publicaciones sobre participación comunitaria en salud, que nos sitúan en la actualidad ante una extensa bibliografía sobre el tema, tanto desde el ámbito de la salud, como de otras disciplinas como la sociología, psicología, antropología, pedagogía, etc.

Para Sánchez Moreno y cols. (9, 10), existen cuatro dimensiones básicas de la participación comunitaria en salud:

- Dimensión política. Supone el reconocimiento de un derecho democrático, según el cual los individuos comparten el poder con los profesionales de la salud y la administración sanitaria, participando representativamente en los consejos de salud en sus distintos niveles.
- Dimensión del ciudadano como agente activo de su propia salud. Es una dimensión individual de la participación, que fomenta el autocuidado, y transforma el concepto de paciente pasivo receptor de cuidados.
- Dimensión del ciudadano como agente de salud hacia la comunidad. Participando en organizaciones ciudadanas, de defensa del usuario y sindicales que tienen incidencia en el sector salud, así como en grupos de autoayuda, autocuidado y voluntariado.
- Dimensión que supone la mejora de la relación con los sanitarios y con los servicios de salud. Cumpliendo las recomendaciones terapéuticas, colaborando en programas, utilizando correctamente los servicios de salud, o haciendo reclamaciones contra ellos.

Este planteamiento conlleva, por un lado la definición de participación como la toma de decisiones, esto es, la participación en el poder (2) y, por otro lado, que la participación puede darse en diferentes grados (10), desde la participación individual, informativa y pasiva, que sería el nivel más bajo de participación, hasta el más alto que sería la toma de decisiones compartida.

Irigoyen (11) analiza los diferentes tipos de participación comunitaria señalando que «condensan todas las paradojas y ambivalencias de la reforma sanitaria española». Analiza varios tipos de discursos estableciendo varios tipos de participación.

- Participación-democratización. Consideran la participación como un valor fundamental, independientemente de la sociedad en la que se realice. Es la participación del militante.
- Participación-integración. La idea básica es la integración de las personas en la sociedad. Pasan a ser clientes, animados por profesionales de la animación sociocultural.
- Participación legitimizada desde la administración. Trata de crear un nuevo modelo de relaciones con el exterior del sistema sanitario. No obstante, está cargada de riesgos ya que la participación exige compartir poder y esto genera conflictos diversos.
- Participación del poder de los profesionales. Son las nuevas profesiones que pretenden ejercer el control de las necesidades humanas. Los expertos definen las necesidades y aportan soluciones.

Como puede observarse la participación está llena de complejidad ya que entran en juego diversos intereses, culturas y discursos que la hacen difícilmente factible. Probablemente en las experiencias profesionales hemos combinado varios de los tipos señalados anteriormente. Ahora bien toda persona que se sitúe en un nivel institucional dispuesto a favorecer la participación ciudadana, debe tener claro que esto significa un trabajo lento, continuo y debe compartir poder.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pallares Neila L, García Junquera MJ. Guía práctica para evaluación de la calidad en la atención enfermera. Madrid: Olalla, 1996.
2. Mason EJ. Normas de calidad de enfermería. Métodos de elaboración. Barcelona: Doyma, 1988.
3. Guarga Rojas A, Marquet Palomer R. Protocolización en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Manual de atención primaria, 2.a ed. Barcelona: Doyma, 1989; 268-283.
4. Arquiaga R. Protocolos: hasta dónde especificar las recomendaciones. FMC 1995; 2: 147-151.
5. Hampton J. The end of clinical freedom. Br Med J 1983; 287: 1237-1238.
6. Colomer Rosas A. Los protocolos diagnóstico-terapéuticos y atención primaria [editorial]. Centro de Salud 1994; 11-13.
7. Saura Llamas J, Saturmo Hernández PJ. Evaluación y mejora del diseño de los protocolos clínicos. Aten Primaria 1994; 13: 355-360.
8. Forés García MD, De la Figuera Von Wichmann M, Fernande Ferré ML, Lafuente Navarro C, Travería Solas M. Atención de patologías de alta prevalencia. Hipertensión arterial. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Manual de atención primaria. Barcelona: Doyma, 1989; 287-303.
9. División de enfermería. Hospital Severo Ochoa. Manual de Técnicas y procedimientos de enfermería. Madrid: McGraw-HillInteramericana, 1990.