

A

sincelejo, 15 de Septiembre de 1986

Señores
COMITE DE TESIS
Universidad de Cartagena
Cartagena

Atento Saludo:

Presento al Jurado Evaluador las correcciones que fueron expuestas como requisito para la aprobación del Trabajo de Grado.

Conjuntamente con las autoras, se analizaron todos estos puntos realizándose así mismo la aclaración de unos y la complementación de los otros; con la seguridad de haber cumplido las autoras con lo cometido.

Cordialmente,


AMPARO SALGADO DE VILLADIEGO
Asesora de Tesis.

2

Cartagena, Julio 22 de 1.986

Señores
MIEMBROS COMITE DE TESIS
Facultad de Trabajo Social
Universidad de Cartagena

Apreciados Señores:

Cordialmente nos dirigimos a ustedes, con el objeto de hacer entrega del trabajo de grado titulado "LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD. UNA ALTERNATIVA PARA EL DESARROLLO DE LOS BARRIOS MARGINADOS: LAS AMERICAS, LA BUCARAMANGA Y CERRITO COLORADO EN LA CIUDAD DE SINCELEJO", como requisito para obtener el título de "Licenciadas en Trabajo Social" por intermedio de la Universidad de Cartagena.

Este trabajo ha sido asesorado por AMPARO SALGADO DE VILLADIEGO, Jefe Sección Trabajo Social del Servicio Seccional de Salud Pública de Sucre y presidido por el Sociólogo ALBERTO HERNANDEZ, Director del Centro de Integración Popular -CIP- de Sincelejo.

Atentamente,

Edilisa Arroyo Vitola
EDILISA ARROYO VITOLA

Eunice Guzmán Cogollo
EUNICE GUZMAN COGOLLO

Yadith Castellanos P.
YADITH CASTELLANOS PEREZ.

Sincelejo, Julio 14 de 1.986

Señores
COMITE DE TESIS
Facultad de Trabajo Social
Universidad de Cartagena
Cartagena.

Apreciados Miembros:

Presento a ustedes la Tesis titulada: LA ATENCION PRIMARIA-
DE SALUD. UNA ALTERNATIVA PARA EL DESARROLLO DE LOS BARRIOS
MARGINADOS DE: LAS AMERICAS, LA BUCARAMANGA Y CERRITO COLO-
RADO DE LA CIUDAD DE SINCELEJO.

La Tesis de Grado de este grupo, contiene elementos de Infor-
mación importantes sobre la Estrategia de APS y sobre los --
componentes ligados a la misma; que analizados profundamen-
te vienen a constituir las armas para un trabajo que realmen-
te produzca los efectos que como profesionales comprometidos
en la acción retomen el liderazgo que debe caracterizar la -
Intervención de Trabajo Social al interior del campo de la -
Salud. Constituyéndose además en un instrumento de conoci-
miento activo en la superación de la práctica Profesional.

Agradeciéndole su atención.

Cordialmente,


AMPARO SALGADO DE VILLADIEGO
Asesora Tesis.

Sincelejo, Julio 22 de 1.986

Señores
COMITE DE TESIS
Facultad de Trabajo Social
Universidad de Cartagena
Cartagena.

Apreciados Señores:

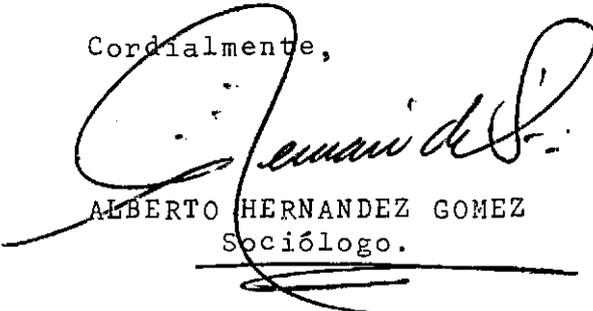
Por medio de la presente me permito presentar a ustedes el -
trabajo de tesis titulado "LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD. -
UNA ALTERNATIVA PARA EL DESARROLLO DE LOS BARRIOS MARGINADOS:
LAS AMERICAS, LA BUCARAMANGA Y CERRITO COLORADO DE LA CIUDAD
DE SINCELEJO". Sus autoras son las Señoritas EDILSA ARROYO-
VITOLA, YADITH CASTELLANOS P. y EUNICE GUZMAN C., a las cua-
les he venido asesorando honrosamente como "Presidente de -
Tesis".

El trabajo escogido tiene una vinculación directa con la pro-
blema de la Salud en las áreas marginadas de Sincelejo.

Con seguridad el análisis, las conclusiones y recomendacio-
nes del estudio realizado serán fuente de permanente consul-
ta dentro del sector oficial, privado y en fin de los estu-
diosos del área de la Salud en las zonas marginales de Since-
lejo - Colombia.

Confío en que la visión con la cual ustedes analicen el con-
tenido de esta exploración científica, se ciña a la concep-
ción real que ellos han querido de una manera muy seria, pre-
sentar a ustedes, para el beneficio de la teoría social.

Cordialmente,


ALBERTO HERNANDEZ GOMEZ
Sociólogo.

LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD. UNA
ALTERNATIVA PARA EL DESARROLLO DE
LOS BARRIOS MARGINADOS: LAS AMERI
CAS, LA BUCARAMANGA Y CERRITO COLO
RADO EN LA CIUDAD DE SINCELEJO

Tesis de Grado

Edilsa Arroyo Vitola

Yadith Castellanos Pérez

Eunice Guzmán Cogollo

Universidad de Cartagena
Facultad de Trabajo Social

6

LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD. UNA
ALTERNATIVA PARA EL DESARROLLO DE
LOS BARRIOS MARGINADOS: LAS AMERI
CAS, LA BUCARAMANGA Y CERRITO COLO
RADO EN LA CIUDAD DE SINCELEJO

Tesis de Grado

Edilsa Arroyo Vitola
Yadith Castellanos Pérez
Eunice Guzmán Cogollo

Trabajo de Grado presentado
como requisito para optar al
título de Trabajadora Social

Universidad de Cartagena
Facultad de Trabajo Social
Cartagena, 1986

CONTENIDO

INTRODUCCION, 1

JUSTIFICACION, 4

1.	DISEÑO DE LA INVESTIGACION, 6
1. 1	Formulación del Problema, 6
1. 2	Objetivos de la Investigación, 9
1. 2. 1	Objetivo General, 9
1. 2. 2	Objetivos Específicos, 9
1. 3	Definición de Términos, 10
1. 4	Pregunta, 11
1. 5	VARIABLES A ESTUDIAR, 12
1. 5. 1	Variable Independiente, 12
1. 5. 2	Variable Dependiente, 13
1. 6	Metodología, 14
2.	LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD -A.P.S.-, 18
2. 1	Conceptualización, 18
2. 2.	Condiciones Socio-Económicas y de Salud que justifican la A.P.S., 28
2. 3	Significado de la Estrategia de Atención Primaria, 29

3.	ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS, 32
3. 1	Concepción Salud - Enfermedad, 32
3. 2	Actitud frente a la Promotora, 49
3. 3	Participación de la Comunidad, 60
3. 4	Percepción de los Funcionarios de Salud y de la Comunidad sobre la Atención de Salud en - la Unidad Primaria de Atención -U.P.A.-, 71
4.	PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA -- A. P. S., 84
4. 1	Area de la Participación de la Comunidad en - Salud, 87
4. 2	La Articulación Intersectorial, 93
4. 3	Formación y Utilización de Recursos Humanos, 93
	CONCLUSIONES, 95
	RECOMENDACIONES, 97
	ANEXOS
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

GRAFICAS

1. Causas de Enfermedad, 38

2. Problemas de Salud en la Comunidad, 44

3. Propuestas a Problemas de la Comunidad, 48

CUADROS

1. Concepto de Persona Sana, 32
2. Concepto de Persona Enferma, 33
3. Como se evitan las Enfermedades, 41
4. Problemas Importantes de la Comunidad, 46
5. Conocimiento funciones y actividades realizados por la Promotora, 50
6. Importancia de las Actividades Realizadas por la Promotora, 52
7. Uso de los servicios que presta la Promotora de - Salud, 54
8. Cobro por los servicios de la Promotora, 55
9. Costo de los Medicamentos, 57
10. Opinión de la Comunidad respecto al papel desempeñado por la Promotora de Salud, 59
11. Concepto de Participación de la Comunidad en Campañas de Salud, 61
12. Participación de los Agentes de Medicina Tradicional en Acciones de Salud, 64
13. Conocimiento de las Funciones y Actividades de Organizaciones existentes en la Comunidad, 66
14. Organizaciones Existentes Resuelven Problemas de - Salud, 68

M

15. Creación de otras Organizaciones con Objetivos de Salud, 70

EQUIPO DE SALUD

16. Servicios utilizados por la Comunidad Período Junio 85 - Junio 86, 73
17. Respuesta de la Comunidad a los servicios prestados por la UPA, 74
18. Actitud de la Comunidad con los programas de la Promotora, 76
19. Principales causas de morbilidad, Período Junio 85 - Junio 86.
20. Acciones preventivas de la UPA contra enfermedades Endémicas, 79
21. Equipo necesario de la UPA para la prestación de los servicios, 81

INTRODUCCION

Hace más de diez años, los gobiernos de las Américas fijaron como meta para el decenio de 1970 la ampliación de la cobertura de atención a la población mediante servicios de sa lud.

Esa declaración resultó profética porque, en 1977 la Asamblea Mundial de la Salud resolvió que la principal meta so cial de sus estados miembros sería el logro por todos los ciu dadanos del mundo, en el año 2.000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente prod uc tiva.

En 1978 se decidió además que la clave para el logro de esta meta, actualmente conocida como "Salud para todos en el año 2.000", sería el acceso a servicios de Atención Primaria de Salud mediante una cobertura total.

A raíz de esas decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró oficialmente que la salud era parte integrante del desarrollo so cial y económico. En la resolución correspondiente se destaca que la "Salud para todos" constituye una meta no solo pa ra el sector de la salud sino para todos los sectores. Su lo gro exige una voluntad política, la adopción de decisiones di fíciles y la participación de cada ciudadano y cada comunidad.

Ello exigirá la revisión de los ordenes de prioridad y una re distribución de los recursos humanos y financieros.

El Gobierno Colombiano a partir de la década del 60 ha - orientado sus políticas en materia de salud hacia la búsqueda de programas tendientes a aumentar la cobertura de servicios, llevando atención básica a todas las poblaciones que carecen - de ella. A partir de ello, los resultados obtenidos en Colom bia, hasta mediados de la década del 70, no pueden considerar se significativos, especialmente en zonas marginadas rurales y urbanas. Para la orientación de sus políticas en Salud, el Go bierno aplica estrategias como la Atención Primaria, la cual - se realiza a través de los Agentes Institucionales existentes en la Unidad Primaria de Atención (UPA), del Centro de Integraci ón Popular (CIP) (Equipo de Salud), como también a través de la experiencia, las necesidades, la ubicación social de las or ganizaciones y la misma comunidad.

Este estudio está delimitado en el área de salud y espe-- cialmente con las actividades que viene proyectando el equipo de Salud de la UPA mencionada, localizada en este CIP (Municipio de Sincelejo) involucrando la estrategia de Atención Primaria de Salud y su componente de Participación de la Comunidad, analizando las siguientes premisas que se desprenden de marcos conceptuales que se han venido planteando a nivel central, regional y local:

- La Comunidad tiene derecho a la salud para elevar su nivel de vida e integrarse al proceso de desarrollo Nacional.

- La Participación de la Comunidad es necesaria para extender los servicios de Salud a la población desprotegida en áreas rural y marginadas.

El espacio Geográfico de la investigación corresponde a la zona de influencia del CIP reducidas a las unidades de cobertura de las Promotoras Rurales de Salud (Las Américas, la Bucaramanga y Cerrito Colorado), estudiando las actividades de este recurso y lo referido al componente de Participación de la Comunidad como aspecto de la Asistencia Primaria de Salud, APS; incluye a la Promotora de Salud por hacer parte del equipo de la UPA, y por ser éste el primer nivel de contacto del Sistema de Salud con la Comunidad, considerando importante centrar el estudio en las Unidades de Cobertura (Las Américas, la Bucaramanga y Cerrito Colorado) asignadas al recurso Promotora y que son a su vez área de influencia del CIP de la ciudad de Sincelejo.

JUSTIFICACION

La importancia que justifica el presente estudio está centrado en la estrategia de Atención Primaria de Salud concibiéndose como un nuevo tipo de desarrollo de la Salud.

La exigencia de que la Salud debe ser asequible a todos es, en esencia la exigencia de un grado básico mínimo de justicia social en un mundo como el nuestro, tan tajantemente dividido. El abismo que separa a los que gozan de Salud y los que carecen de ella no solo parece hacerse cada vez más profundo sino que probablemente es hoy más grande; es por ello que siendo profesionales actuales y que tocamos con el desarrollo de las comunidades, hemos querido conocer de cerca esta estrategia que sin duda alguna constituye un desafío al concepto de desarrollo imperante, más bien que al sistema médico: Ese concepto es que el individuo, grupo y comunidad son receptores pasivos de un "porvenir" que ha sido configurado por ellos para otros. Se trata de su porvenir y a ellos incumbe la tarea de decidir como ha de ser y de hacerlo realidad.

El Centro de Integración Popular, CIP, de la ciudad de Sincelejo desarrolla programas en donde las entidades especializadas del Estado están representadas, siendo una de ellas el Servicio de Sucre, proyectándose con lo relacionado a Unidad Primaria de Atención, UPA, para la prestación de servicios de Consulta Externa, Urgencias, Odontología Preventiva, Control

16

del Niño, Laboratorio Clínico, Enfermería, Prevención de Enfermedades, Educación Sanitaria y Saneamiento Ambiental.

Se espera aportar al sector salud una visión crítica de la problemática tratada, generada por causas estructurales en el fenómeno Salud - Enfermedad y su consiguiente implicación ó en puridad de verdad, su determinación de los programas que se desarrollan, visión que puede servir a los trabajadores de la Salud y a las clases marginadas como elementos que orienten y sirvan para formar una nueva conciencia sanitaria que se refleje en la acción.

CAPITULO 1

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

La Marginalidad tiene un sentido económico que puede sintetizarse como la no integración de personas, grupos y sectores de las comunidades, a los beneficiados del crecimiento económico, a la distribución del ingreso y a las oportunidades de empleo. En un sentido amplio se trata fundamentalmente de un fenómeno de no participación en las decisiones políticas y económicas, en las oportunidades de protección y recuperación de la Salud.

La situación de marginalidad en que se encuentra parte de la población Colombiana urbana llevó al Gobierno a plantear soluciones integrales al problema de la pobreza y a buscar mecanismos que impulsen la vinculación del sector formal con el sector informal de la economía, en el cual se encuentran la mayoría de la población marginada.

Antiguamente se pensaba que el hombre solo debía protegerse del medio ambiente que lo rodeaba (tierra, agua y aire) para evitar las alteraciones de su organismo. Cuando se sentía afectado física ó mentalmente, recurría a alguien que consideraba con poderes sobrenaturales para curar. Pero con el tiempo se ha demostrado que además de los aspectos antes mencionados el hombre es aquejado física y mentalmente por problemas sociales (marginalización), políticos (decisiones), cul-

tural (aceptación), económico (pobreza). Ante el cúmulo de problemas que afectan al ser humano y su incapacidad para solucionarlos, se ve entonces en la necesidad de demandar ayuda.

Las necesidades de protección y atención referentes a la vivienda, educación, trabajo, salud y nutrición, se han denominado necesidades básicas del hombre y la satisfacción de éstas, ante la imposibilidad de hacerlo cada uno, se ha delegado en el Estado. Tiene entonces éste obligación de procurar los medios para que todos los habitantes puedan alcanzar un nivel de vida aceptable, que les permita un desempeño normal durante la vida. Ante la creciente diversidad de demanda de atención del Estado, y dada la incapacidad de éste por cumplir, se han propuesto nuevos sistemas de prestación de servicios tratando siempre de incorporar a las comunidades deseosas con el propósito de satisfacer en forma real sus necesidades; es así como para la solución de los problemas más apremiantes en el área de la Salud, se han diseñado nuevos sistemas de prestación de servicios.

Con el fin de atender las necesidades básicas en el área de la Salud se clasifican en dos grandes grupos: Los aspectos relacionados con el medio ambiente que rodea al hombre y aquellos que se relacionan directamente con el individuo. El análisis de los problemas que afectan al hombre muestra que muchos son previsibles y pueden ser tratados mediante la utilización de técnicas simples y sencillas, aplicadas por un grupo de personas previamente entrenadas. La necesidad que el

conocimiento de estos temas plantea, cobra objetividad al ser ubicados en la dimensión de la práctica cotidiana, a la luz - del conocer, de la experiencia, y cuyo abordaje teórico exige canalizarlos dentro de los marcos en los cuales estos temas - están planteados. Por ello enmarcamos nuestro trabajo en el primer nivel de atención y por consiguiente en la Atención -- Primaria de Salud, APS. Se expresa en términos de la reduc-- ción de la morbi-mortalidad de la población.

Esta investigación se realizará en el Municipio de Sincelejo, en las Comunidades de las Américas, la Bucaramanga y Cerrito Colorado; se han seleccionado éstas tres comunidades - por ser unidades de cobertura de las Promotoras de Salud y -- que constituyen también área de influencia del CIP. En su con junto tiene una población aproximada de 2796 habitantes. Sin embargo el fin que perseguimos con esta investigación es cono cer el grado de autorresponsabilidad de éstas tres comunida-- des para con los programas de Atención Primaria y las inter-- conexiones ó relaciones que tiene la Asistencia Sanitaria en el desarrollo organizativo y productivo que han tenido esas - comunidades.

El período de la investigación está determinado desde el 1ro. de Marzo de 1986 hasta Julio del mismo año.

Las Unidades de estudio centrarán la atención en los si-- guientes aspectos:

- Cuál es la conducta y respuesta que adoptan las comunidades de los programas en Salud.

- La proyección que realiza el equipo de Salud para entender la salud de las comunidades.
- Qué grado de autorresponsabilidad y autodeterminación son decisivos para adquirir la salud integral de la comunidad.

La Atención Primaria de Salud contribuye a la autorresponsabilidad de los problemas que afectan a las comunidades de las Américas, la Bucaramanga y Cerrito Colorado, área de influencia de la Unidad Primaria de Atención (UPA), ubicada en el Centro de Integración Popular (CIP), de la ciudad de Sincelejo,

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.2.1 Objetivo General

Analizar la participación de la comunidad, como componente fundamental de la Atención Primaria de Salud.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Conocer el grado de participación de la comunidad en el Diagnóstico, Programación, Ejecución, Control y Evaluación de los programas que en las comunidades de estudio desarrolla la UPA.

- Analizar el concepto de participación de la comunidad en salud que tengan los pobladores de las Américas, La Bucaramanga y Cerrito Colorado.

- Estudiar las perspectivas de la comunidad frente al proceso salud - enfermedad.

- Analizar la actitud del equipo de la Unidad Primaria de Atención del Centro de Integración Popular en relación con sus comunidades.

1.3 DEFINICION DE TERMINOS

AGENTE DE SALUD: El que actúa como promotor dinámico - de programas de autoasistencia encaminados a fomentar la autoresponsabilidad de la comunidad y, en fín, a mejorar su situación sanitaria.

AUTODETERMINACION: Comportamiento y acción de un individuo, conforme a su incentivo personal, en oposición a lo q' realiza con la presión de otro o del ambiente.

AUTORRESPONSABILIDAD: En materia de salud consiste en que se le devuelva a la gente la confianza en sus propios conocimientos, capacidades y experiencias para que pueda ayudar se así mismo. Acción de las personas que ciudan de su propia salud, y en la aceptación por los profesionales de la actua--ción positiva de la autoasistencia.

ATENCION PRIMARIA DE SALUD: Conjunto de acciones y actividades dirigidas tanto a las personas como al medio ambiente tendientes a satisfacer las necesidades básicas de la comunidad en relación con la promoción de salud, prevención de --

las enfermedades más frecuentes y prestación de servicios mínimos de recuperación y rehabilitación.

ENFERMEDAD: Alteración de la Salud del cuerpo humano. En una sociedad el cuadro de la morbilidad refleja fielmente las principales características de la sociedad.

ESTADO DE SALUD: Es un estado relativo que representa el grado en que una persona puede operar con eficiencia en las -- circunstancias particulares de su medio físico y cultural.

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD: Se entiende como el proceso de autotransformación de individuos que, en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, adquieren un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y al de su comunidad, y la capacidad de actuar consciente y constructivamente -- en el desarrollo.

PROMOTORA DE SALUD: Persona que se esmera por la comunidad, elegida por ella y que ha sido capacitada para prestar -- servicios básicos de salud.

1.4 PREGUNTA

¿ Cómo contribuye la Atención Primaria de Salud a la autorresponsabilidad de las comunidades de las Américas, la Bucaramanga y Cerrito Colorado de la ciudad de Sincelejo en la solución

de los problemas que la afectan ?.

Las comunidades mencionadas son área de influencia de -- las Promotoras que laboran en la UPA, Unidad Primaria de Atención, del Centro de Integración Popular.

1.5 VARIABLES A ESTUDIAR

1.5.1 Variable Independiente

La Atención Primaria en SALud

Indicadores:

- Educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes.
- Promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
- Abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento.
- Asistencia Materno-Infantil, con inclusión de la planificación de la familia.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- Tratamiento apropiado de las enfermedades y los trau-

matismos comunes.

- Suministro de medicamentos esenciales.
- Compromiso político.
- Participación de la comunidad.
- Acción intersectorial.
- Selección de tecnología.

1.5.2 Variable Dependiente:

Autorresponsabilidad de los problemas que afectan a las comunidades de las Américas, la Bucaramanga y Cerrito Colorado.

Indicadores:

- Comunicación entre ambos agentes.
- Actividades de la Promotora de Salud.
- Identificación de la Promotora con la problemática comunal.
- Tipo de solución a los problemas.
- Causalidad y solución a problemas de Salud.
- Conocimientos de las actividades de la Promotora de salud.
- Uso de sus servicios.
- Costo de la prestación de sus servicios.
- Papel asignado a la Promotora.
- Concepción del proceso de Salud - enfermedad.
- Identificación del problema.

- Tipo de solución a prioridades.
- Conceptualización de la participación popular.
- Relaciones con el equipo de la UPA.
- Orientación de la participación de la comunidad.
- Forma de la participación.
- Control de la participación.

1.6 METODOLOGIA

El estudio es Evaluativo. En el plano descriptivo analizaremos los resultados obtenidos por un determinado programa ó curso de acción y, en el plano explicativo las causas que dan cuenta del logro de los mismos.

En este nivel de estudio analizaremos la participación de la comunidad, como componente fundamental de la APS, como también la participación de la comunidad en la elaboración del Diagnóstico, la Programación, la Ejecución, el Control y la Evaluación de los programas en salud que tienen las comunidades de las Américas, la Bucaramanga y Cerrito Colorado. A la vez se analizará la actitud del equipo de la UPA, en relación con esas comunidades.

UNIDADES DE ESTUDIO: Esta unidad está constituida por dos -- Promotoras de Salud en actividad, cuatro agentes del sistema formal de salud de esta UPA, y 466 familias de tres comunida

des, en el Municipio de Sincelejo, áreas de influencia del -- CIP, con una población de 2.796 habitantes, un número de 3 es cuelas y un total de 431 viviendas.

INSTRUMENTOS DE TRABAJO :

- Se diligenciarán dos formularios mediante entrevistas di-- rectas al equipo de salud de la UPA, y con miembros de la comunidad. (Anexos 2 y 3).
- Observación directa de las investigadoras de las activida-- dades que realizan los agentes.

MUESTRA: La población objeto de nuestro estudio es "infinita", la cual tiene 2.796 habitantes, los cuales se encuentran dis-- tribuidos en 466 familias. De estas seleccionaremos la mues-- tra, tomando una proporción del 20% de la población, un error - del 5% y un margen de confianza del 95.5% (2 sigma) dando un - resultado de 256 familias a encuestar, la cual se obtuvo con - la siguiente fórmula:

$$N = \frac{\sqrt{4}^2 \times p \times q}{E^2}$$

N = Muestra

$\sqrt{4}$ = Nivel de confianza

p = Proporción de la población

q= Constante que equivale a 100 - p

E²= Error admitido

Reemplazando:

$$N = \frac{4 \times 20 \times 80}{25} = \frac{6.400}{25} = 256$$

$$N = 256$$

Con el fin de saber que tan representativo estadísticamente puede ser la muestra, hallamos la fracción de muestreo, es decir, el porcentaje de la muestra respecto a la población general ó universo.

$$Fr = \frac{M \times 100}{p}$$

Fr = Fracción de Muestreo

M = Muestra

100= Constante

p = Población general ó Universo

Reemplazando:

$$Fr = \frac{256 \times 100}{466} = 55\%$$

SISTEMA DE SELECCION: Como base se tomó el mapa y como unidad de estudio el Equipo de Salud de la UPA y las Comunidades, se tomó un conglomerado de 431 viviendas, escogidas aleatoriamente

te por área de influencia de cada promotora por lo que se realizarán 256 entrevistas a los jefes de familias ó amas de casa de las respectivas viviendas.

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS DATOS: Luego de la aplicación de las técnicas antes mencionadas, se procederá a la clasificación y tabulación, lo que nos permitirá codificar los datos recogidos en la unidad de estudio; continuaremos con un análisis estadístico de los datos que nos permita la interpretación de los hechos observados y recogidos en la información.

CAPITULO 2

LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

2. 1 CONCEPTUALIZACION

" Se destaca como antecedente importante de esta estrategia la declaración unánime de los 134 países, entre ellos Colombia, que participaron en la conferencia Internacional de Alma - Ata en Septiembre de 1978, organizada por la OMS y UNICEF -- de que la "Prevención y Protección de la Salud del pueblo es indispensable para el desarrollo económico y social sostenido y para contribuir a mejorar la calidad de la vida y alcanzar la paz mundial", y que "es posible, mediante la Atención Primaria en Salud, lograr para toda la población, en el año 2.000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

En Colombia se entiende por Atención Primaria en Salud, la estrategia para ampliar la cobertura de los servicios de Salud, tanto a las personas como al medio ambiente, através de acciones simples que tienden a satisfacer las necesidades elementales de la comunidad en relación con promoción de la salud, prevención de las enfermedades más frecuentes y prestación de servicios mínimos de recuperación y rehabilitación. (1)

(1) OMS y UNICEF, Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma, Ata, URSS 6-12 de Septiembre de 1978.

Estas actividades son realizadas preferentemente por personal auxiliar de salud debidamente capacitado y supervisado, pero se garantiza la atención de problemas de especial complejidad con la utilización de personal de más amplia formación y categoría.

Es importante aclarar que la Atención Primaria establece el contacto del individuo con el resto del sistema de servicios de salud, para facilitar la solución de sus problemas y para dar, consiguientemente, cuando sea necesario, el suministro oportuno de atención con mayores recursos tecnológicos en otros niveles del Sistema Nacional de Salud.

Así mismo se acepta el principio de que no es posible pensar en la Atención Primaria sin la Participación de la Comunidad, en una forma, consciente, activa, deliberante y continua. Como la Comunidad no es un ente pasivo, se le está facilitando el uso de sus derechos en la identificación de sus propios problemas y en el trabajo conjunto con el equipo de salud para la búsqueda y ejecución de las soluciones.

"Este nuevo movimiento de la Atención Primaria habrá de apoyarse en cuatro estrategias principales, a saber: Compromiso político, Participación de la Comunidad, Acción concertada no solo en el sector de la Salud, sino entre los distintos sectores del desarrollo, y Selección de una Tecnología apropiada.

Compromiso Político: El criterio de la Atención Primaria de Salud no es una meta fácil de alcanzar. Una estrategia clave para el éxito del movimiento es la movilización de la volun

tad política en favor de esa meta. Ahora bien, si, por una -- parte, resulta relativamente fácil para cualquier Gobierno a-- doptar como política la Atención Primaria de Salud, puesto que la justicia de ese criterio se echa fácilmente de ver, lo cierto es que para aplicarla hace falta un gran valor político, -- frente a la resistencia que ofrecen los que se benefician del actual estado de cosas.

La adopción del criterio de Atención Primaria de Salud po ne en marcha, pues, un juego de fuerzas sociables favorables y opuestas al mismo. Es de preveer que la oposición surja de -- los que gozan de fácil acceso a las instalaciones de atención sanitaria situadas en las zonas Urbanas y de los que prestan - servicios en esas instalaciones. Ambos grupos se benefician - de la actual modalidad de la asignación de los recursos, los - primeros como usuarios de una atención de alto nivel, y los se gundos como productores de la atención de salud como artículo de consumo. Se ha dicho alguna vez que la actual disparidad - entre las necesidades y la atención, en materia de salud, es - " Irrracional ". Pero no es así. Esa disparidad refleja racio nalmente los intereses de los beneficiarios del sistema actual.

Precisamente por que la forma en que se asignan actualmente los recursos del sector de la Salud responde a unos intere- ses reales, y no imaginarios, la alteración de ese sistema de asignación de los recursos por medios políticos constituye la prueba más clara del compromiso Nacional en favor de la Aten- ción Primaria. Dado que este criterio abarca mucho más que -

los simples servicios de salud, no podemos esperar que esa alteración modifique por sí sola la situación actual. Es preciso atender al mismo tiempo a las facetas de la Atención Primaria -- que corresponden al desarrollo y a la Comunidad. Pero una mayor asignación de recursos al sector es sin duda uno de los requisitos indispensables para el logro de la meta de la Salud - 2.000; y esa mayor asignación solo puede conseguirse mediante una resuelta voluntad política.

Participación de la Comunidad: La Participación de la comunidad, como atributo de la A.P ha conseguido ya aceptación universal. Todo el mundo conviene en que el establecimiento de sistemas más adecuados del fomento de la salud es inconcebible si las poblaciones no desempeñan un papel más principal y autorresponsable tanto en la identificación de los problemas como en la búsqueda de las soluciones para los mismos que sean apropiados y rentables. La participación significa una intervención activa en todos los aspectos de la salud, con inclusión de la planificación y el establecimiento de un orden de prioridad, la financiación, la prestación de servicios y la evaluación, sin olvidar el tradicional papel de beneficiaria que corresponde -- también a la comunidad. Una razón de la importancia para que la Comunidad participe en la acción de desarrollo es de índole Socio-Psicológica. La mitad de la batalla está ganada cuando la Comunidad acepta un programa como cosa propia y se empeña en llevarlo a buen término.

Ejemplos de movilización y organización eficaces de la co-

munidad se encuentran en todo el mundo. En algunos sistemas sociales, la autoridad central estimula directamente a la población Rural para que asuma una mayor responsabilidad en su propio desarrollo. En otros, la iniciativa corre a cargo de grupos locales para tomar parte de las actividades decisorias y de ejecución se forman mecanismos comunitarios tales como - consejos de desarrollo, agrupaciones femeninas, cooperativas rurales y organismos análogos. En muchos países la participación de la población en los esfuerzos en pro del desarrollo ha lla una expresión eficaz en sus agentes de salud de la comunidad. Esos agentes, además de prestar atención de salud básica, se encargan de fomentar una serie de actividades en las que la participación de la comunidad es esencial. Cabe citar como - ejemplos el mejoramiento del medio rural, el establecimiento - de abastecimiento de agua potable y de saneamiento, la creación de huertas escolares como medio de educación y al mismo tiempo para mejorar la dieta local, la lucha contra los portadores de enfermedades (roedores, moscas, mosquitos, etc.) y el mejoramiento de las carreteras y vías de comunicación local.

Acción Intersectorial: El criterio de la Atención Prima ria contempla la Salud en su medio social y en relación con -- problemas mucho más amplios que los que los servicios de salud venían abordando tradicionalmente. La Medicina en sus diver-- sos aspectos de promoción, prevención y tratamiento no puede - atacar de raíz las causas primarias de la enfermedad que se en cuentran en otros sectores, el económico, el social y el polí-

tico. No puede influir en la distribución de los ingresos ó en la propiedad de los medios de producción (inclusive la tierra), en la creación de empleos, en la regulación de los precios y del crédito, ni en el sistema económico que produce -- bienes de consumo causante de enfermedad y muerte. Y, sin embargo, fácilmente se echa de ver la influencia directa que todas esas actividades ejercen en la salud y en el bienestar. - El hecho, sin embargo, pese a ser tan patente, ha quedado disimulado a causa de los tremendos progresos que se han hecho en el conocimiento de los mecanismos de las enfermedades, progresos que han venido a reforzar nuestro tradicional enfoque - sectorial de los problemas de salud.

Hay numerosos ejemplos de la forma en que la colaboración intersectorial activa puede contribuir al mejoramiento de la - salud. El fomento de un medio ambiente sano puede requerir una acción sobre el uso de productos químicos nocivos en agri-cultura, sobre la evacuación de los desechos industriales y sobre la contaminación atmosférica. Los programas de lucha contra enfermedades específicas pueden requerir intervenciones en el desarrollo urbano y de la vivienda, ó medidas de protección para los trabajadores de la industria ó de la agricultura. La necesidad de cooperación entre la veterinaria y el sector agricola en la lucha contra la zoonosis es evidente. La adopción de medidas para la prevención de accidentes ó para la preven--ción y el tratamiento de las tensiones psicosociales que se manifiestan en el alcoholismo ó la farmacodependencia requieran esfuerzos coordinados, por parte de varios sectores. Los con-

flictos entre los intereses económicos y los de salud, como - el caso del tabaco y en algunos aspectos de la producción de alimentos para lactantes y de medicamentos, pueden resolverse de manera óptima mediante el debate y la adopción de decisiones, de común acuerdo entre todos los sectores interesados, - teniendo presente los objetivos económicos y sociales comunes.

Selección de la Tecnología: Una vez reconocida la necesidad de orientar los recursos actuales hacia la cobertura de todos los ciudadanos del mundo con el mínimo indispensable de servicios de salud, es igualmente importante que el tipo de servicio que se vaya a prestar sea apropiado a la situación sanitaria y a los medios disponibles. Aunque la selección de los servicios y de la tecnología variará en las distintas zonas, debe reflejar las prioridades de salud establecidas en el plano local, el medio geográfico y social, los recursos humanos y materiales y la tecnología disponible. Si se requiere realmente alcanzar la "Salud para todos" en los próximos decenios deberá darse prioridad a los programas que hayan de beneficiar a un gran número de personas en ese corto período de tiempo. Para ello habrá que facilitar, inicialmente, una atención sencilla en gran escala. Esta atención inicial servirá de base para la prestación de intervenciones más complejas a medida que se haga sentir su necesidad y que los recursos lo permitan. Quizá sea preciso además limitar el desarrollo de los servicios complejos destinados a atender problemas importantes pero poco comunes en espera de que hayan podido a-

tenderse los importantes problemas comunes pendientes de solución.

La Tecnología apropiada que se eliga puede ser sencilla, muchas veces, pero ello no impide que sea eficaz y sensible, ni que esté bien fundamentado desde el punto de vista científico. El criterio más importante, en lo que atañe al carácter apropiado de una tecnología, es que ofrezca la posibilidad de conseguir, a un costo moderado, un mejoramiento de la salud - que pueda beneficiar a muchos. Para la excavación de pozos a la construcción de locales para servicios de salud, por ejemplo, los conocimientos técnicos locales pueden utilizarse y difundirse con mucha más rapidéz y menos gastos que los métodos de "Alta Tecnología". El uso de remedios tradicionales de eficacia probada para el tratamiento de algunas afecciones fomentará la producción local de medicamentos y permitirá administrar tratamiento a mayor número de enfermos". (2)

La estrategia y la acción propuestas obedecen a la necesidad de modificar el actual sistema. La prueba decisiva del éxito de la estrategia habrá de ser el mejoramiento de la salud de la población mundial. Cada país deberá idear indicadores - de los progresos conseguidos en materia de salud y un sistema de vigilancia adaptado a sus necesidades.

(2) Boletín de la OPS, Salud para todos en el año 2.000, 1981

Sólo la experiencia demostrará con que rapidéz se puede progresar. Pero sin duda alguna puede afirmarse que la aplicación vigorosa de las estrategias y las acciones mencionadas acelerará considerablemente el movimiento hacia la "Salud para todos". Y es precisamente "Es el todos" lo importante de esa frase.

La Atención Primaria en Salud se ha establecido como la estrategia fundamental a través de la cual se organiza el sector a fin de dar cumplimiento a la meta regional para el 2.000. En su conceptualización, la Atención Primaria deberá obedecer a los fundamentos de la meta y se estructurará de manera que permita la realización de las metas pertinentes para analizarlas. La estrategia no puede, ó al menos no debe, a menos que se desvirtúe, actuar en forma separada de los fundamentos y objetivos de la meta, que en si constituye su eje direccional. Para estos efectos, y reconociendo que una gran proporción de la población mundial no tiene acceso a ningún tipo de servicio de salud, puede definirse la salud en términos del objetivo trazado para el 2.000, según los elementos básicos con que debe contar todo ser humano para avanzar hacia su completo bienestar.

Para operacionalizar esta definición de atención primaria dentro del Sistema Nacional de Salud, se diseñó un modelo de prestación de servicios básicos con énfasis en el desarrollo del nivel local que permitirá el menor tiempo posible, entre estos aspectos básicos, disminuye el riesgo a enfermar ó morir

por problemas de salud previsibles con prioridad en el grupo Materno-Infantil considerado como el más vulnerable.

La prestación de los servicios se inicia a nivel de la comunidad con la Promotora de Salud, mediante la realización de visitas periódicas a las familias que les fueron asignadas ubicadas dentro de su área de trabajo ó unidad de cobertura.

La agrupación de varias unidades de cobertura con sede en el Organismo de Salud más cercano y de baja complejidad, (Puestos de Salud, Centros de Salud, u Hospital Local) y la supervisión periódica de la Auxiliar de Enfermería; constituye la UNIDAD PRIMARIA DE ATENCION (UPA). En la UPA mediante la estrategia de Atención Primaria se desarrollan previamente programas de planificación familiar; Control Prenatal; Crecimiento y Desarrollo; Vacunación contra la Difteria, Tos ferina, Tétano, Poliomiélitis y Sarampión; Rehidratación Oral; Control de TBC, Lepra, Malaria y Salud Oral.

Así mismo en el área de atención a las personas se presentan con mayor énfasis los servicios básicos de atención médica delegada, educación nutricional y complementación alimenticia, vacunación y suministro de medicamentos; y en el área de atención al medio ambiente los correspondientes a abastecimiento de agua, disposición de desechos (excretas y basuras) y control de zoonosis.

Además para dar respuesta a los programas y servicios antes mencionados se llevarán a cabo entre otros, las actividades finales de consulta médica, control de enfermería, acción-

preventiva, Odontología, Vacunación, Atención por parte de la Promotora y Zoonosis.

La UPA para su organización y funcionamiento recibe apoyo técnico y administrativo de los niveles superiores del Sistema Nacional de Salud, en los aspectos relacionados con el suministro de normas, capacitación, supervisión, dotación y suministro al personal que presta los servicios.

La Comunidad se constituye en un recurso básico para la implementación de ésta estrategia mediante su participación activa de la identificación de los problemas de salud, búsqueda de las soluciones más adecuadas, canalización de los miembros menos receptivos y evaluación a su nivel de los programas y servicios recibidos.

2. 2 CONDICIONES SOCIO-ECONOMICAS Y DE SALUD QUE JUSTIFICAN LA A.P.S.

" El desarrollo socio-económico de América Latina durante el decenio de 1970 presentó un crecimiento desproporcionado entre el sector económico y el demográfico, caracterizado por un promedio de crecimiento económico alrededor del 6% anual, por debajo de la meta mínima establecida, frente a un crecimiento demográfico del 2.7% por encima de la tasa prevista, lo cual dió lugar a un ingreso percapita del 3.2% inferior al 3.5% previsto para dicho decenio."

Estas situaciones económicas y demográficas dieron lugar a la intensificación de problemas en la balanza de pagos, inflación, desempleo, sub-empleo, tensión social y otros, afectando a grandes grupos sociales. La inflación fué uno de los rasgos más significativos durante el decenio, nunca fué inferior al 40%, frente a esto, los salarios reales bajaron afectando a las clases más desfavorecidas.

El crédito externo se consideró como la alternativa básica para atender el problema.

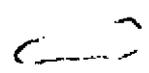
Con relación a las condiciones de salud; las enfermedades diarreicas y las respiratorias continúan siendo las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil, vinculados a los problemas sociales como desnutrición, higiene de alimento y las deficientes condiciones de vivienda y de infraestructura en la comunidad". (3)

2. 3 SIGNIFICADO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA

La Atención Primaria ha sido considerada como la estrate-



(3) OMS "Salud para todos en el año 2000", Estrategias, Documento oficial No. 173, Washungthon 1981.



gia para alcanzar la meta para mejorar las condiciones de salud de la población como meta de los países para el año 2.000, para esto se reconoció la necesidad de desarrollar y reorganizar los sistemas de protección de servicios de salud con el fin de obtener la cobertura de las poblaciones no atendidas ó deficientemente atendidas.

Este objetivo plantea entonces la necesidad de crear, y desarrollar recursos humanos y materiales suficientes y de calidad, que permitan dar una respuesta efectiva a las necesidades sociales implícitas en los problemas de salud de dichos sectores sociales.

La expresión "Atención Primaria" ha sido objeto de diversas interpretaciones llegando a ser considerada como un plan, un tipo especial de medicina ó un programa dentro de un período político determinado. En general la APS consiste básicamente en una estrategia para concretar una política de extensión de cobertura al total de la población. En esta definición es necesario, resaltar los conceptos sobre acciones de baja complejidad, énfasis en la medicina preventiva, promoción de la salud y niveles de complejidad articulados en forma escalonada y referenciada, ya que ellos están señalando la necesidad de integrar la comunidad a las acciones de salud y de desarrollar recursos humanos de mediana y baja calidad y a un menor costo que permitan dar una respuesta inicial a las necesidades de salud de la población. Debe considerarse con un carácter esencialmente dinámico; es una herramienta de análisis y un instrumento de racionaliza-

ción que permite planear, organizar, ejecutar y evaluar las acciones de salud en función de metas. Es decir, establece un modo de administración y operación en función de un objetivo que se desea ó debe alcanzar.

Estructurar los servicios, fortalecer la capacidad operativa, establecer prioridades, definir grupos objetivos, asignar recursos, asegurar financiamiento, formar recursos humanos, etc; constituyen sujetos de la acción de dicha atención, organizándola en función de las metas previstas. En su definición y estructuración deben incluirse dos factores fundamentales. - Por una parte, la identificación de las necesidades (problema) básicos fundamentales, y por otro lado, la identificación de las necesidades (problemas) básicas complementarias.

"La APS forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre individuos, la familia y la comunidad con S.N.S., llevando lo más cerca posible la Atención de Salud al lugar donde reside y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso plenamente de asistencia sanitaria" (4)



(4) OMS Salud para todos en el año 2.000, Estrategias. Documento Oficial No. 173, Washington 1981.

CAPITULO 3

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

3. 1 CONCEPCION SALUD - ENFERMEDAD.

En éstos dos primeros cuadros precisamos el contenido y alcance de los conceptos que manejan las mismas comunidades objeto de nuestro estudio, sus relaciones y sus justificaciones.

Abordamos en primer término, los conceptos de Salud en lo que es una persona sana - una persona enferma, en la perspectiva de las ciencias sociales, proponiendo la definición del concepto como un fenómeno social. Los alcances de esta postura permitirán comprender y ubicar el estado de salud como un atributo propio de la Comunidad sobre el cual ella misma puede incidir de forma autogestionaria.

Cuadro No. 1

Concepto de persona sana:

Concepto	F	%
Está bien física y mentalmente	138	53.48
No padece ninguna enfermedad	104	40.31
Está feliz	11	4.26
Posee buena alimentación	2	0.77
Sin respuesta	3	1.16
TOTAL	258	100.00%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante aplicación de encuestas. Mayo 1986.

Cuadro No. 2

Concepto de persona enferma:

Concepto	F	%
Sufre cualquier enfermedad	93	36.32
No goza de buena salud	89	34.76
Está triste	33	12.88
Presenta deficiencias orgánicas	20	7.81
Agotamiento	9	3.51
No está normal	8	3.12
Posee mala alimentación	4	1.56
TOTAL	256	100.00%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante aplicación -
de encuestas. Mayo 1986.

Observamos en los cuadros anteriormente expuestos que los conceptos que ha venido manejando la Comunidad de persona Sana han sido categorizados así: Está bien física y mentalmente, no padece ninguna enfermedad, está feliz, posee buena alimentación, sin respuesta, representados en los siguientes porcentajes: 53.48%, 40.31%, 4.26%, 0.77, 1.16% respectivamente, cubriendo el 100 %

de la población encuestada. Por otro lado al mirar las respuestas obtenidas en el concepto de persona enferma observamos las siguientes respuestas: No goza de buena salud, sufre cualquier enfermedad, está triste, presenta deficiencias orgánicas, agotamiento, no está normal, posee mala alimentación, con porcentajes de 36.32%, 34.76%, 12.88%, 7.81%, 3.51%, 3.12% y 1.56% respectivamente, cubriendo el 100% de la población encuestada.

"Es común encontrar explicaciones del fenómeno de la Salud como un problema meramente clínico en los cuales el estado de la salud se define como la ausencia absoluta ó relativa de enfermedad". (5)

Si observamos en la primera y segunda respuesta del concepto de persona sana el 53.48% expresó estar bien física y mentalmente, y el 40.31% no padece ninguna enfermedad, son entonces estos conceptos los que la comunidad ha venido manejando y definiéndolo así mismo como salud.

Al mirar las respuestas del concepto de persona enferma - el 34.76% no goza de buena salud y el 36.32% sufre cualquier enfermedad, siendo estos los porcentajes más representativos de las respuestas obtenidas.

(5) Vasco, Alberto y Bersh David. Enfermedad y Sociedad en el Fenómeno de la Salud - ICFES, ASCOFAME. Ed. Andes.

Siguiendo con el análisis el concepto de salud no solamente debe mirarse y entenderse bajo el punto de vista clínico como ha venido internalizándose a nivel de nuestras comunidades, sino que debe ser el producto de múltiples factores y relaciones sociales, ya que el fenómeno de la salud es un atributo propio de la sociedad; esto es, que cuando se establece la relación salud - sociedad se está determinando un objeto de estudio diferente a los que puedan surgir de otras relaciones salud - individuo.

"El fenómeno social de la salud se explica en términos de la capacidad de supervivencia que el conjunto de los miembros de una sociedad dada puede alcanzar". (6)

Las respuestas de la comunidad con respecto a persona Sana y Enferma, nos lleva a reflexionar que solamente están mirando el problema desde un ángulo "el Clínico". Desconociendo los factores de índole político, social y económico que están repercutiendo en su actual situación. Así, el estudio del fenómeno de la salud, bajo unas condiciones sociales dadas, y su correspondiente transformación, debe retomar las leyes y tendencias que explican el desarrollo social, precisando lo que para el problema de la salud resulta específico.



(6) Blum, Meurick, A Working Definition For Planness. Merging Concepts. Citado por Bersh, David. Op, cit.

Dos tipos de fuerza concurren en la explicación de la di námica social. De una parte, el grado y dinámica de las condiciones materiales de vida y de otra parte, el grado y dinámica del desarrollo Ideológico y Cultural.

El fenómeno de la Salud se ve determinado por dos tipos - de efectos que sobre él ejerce el desarrollo material.

Como un efecto directo, los cambios en la producción, tan to por aumento en la cantidad y la calidad de bienes y servi- cios producidos, como por los cambios de los procesos tecnoló- gicos, que abren la posibilidad no solo de que los miembros de la sociedad puedan disponer de mejores condiciones materiales- de existencia, sinó de que la fuerza de trabajo pueda sufrir - un menos desgaste y además apropiarse de un tiempo libre para- su recuperación.

Como efecto indirecto, el desarrollo material está deter- minado y determina a su vez, una profundización, de la diver- sión social del trabajo que abre las posibilidades de la espe- cialización.

Estas dos tendencias explican la presencia, a partir de -- ciertos grados de desarrollo, de una oferta de bienes y servi- cios orientados a satisfacer directamente las necesidades de - supervivencia y la expansión de la capacidad para mejorar es- tas condiciones de existencia.

Así mismo, el desarrollo ideológico a través de los siguien tes efectos: La Irrupción de nuevas condiciones ideológicas - posibilita que el trabajo especializado del área de la salud -

aborde de manera científica el estudio de los procesos vitales y pueda proponer formas de intervención sobre ellos, y en la medida en la cual, las nuevas concepciones son asimilados por la sociedad ésta demandará los nuevos bienes y servicios, producto del avance científico y tecnológico.

Por otro lado, la cultura entendida como, ... "La mayor parte de las reacciones motoras, los hábitos, los técnicos, ideas y valores aprendidos y transmitidos y la conducta que provocan..." (7) Acumula y concentra la experiencia que en cuanto a supervivencia las sociedades han desarrollado.

Toda vez que el desarrollo cultural está ligado al desarrollo material, las normas específicas al problema de la supervivencia evolucionarán buscando adecuarse al conjunto de relaciones sociales.

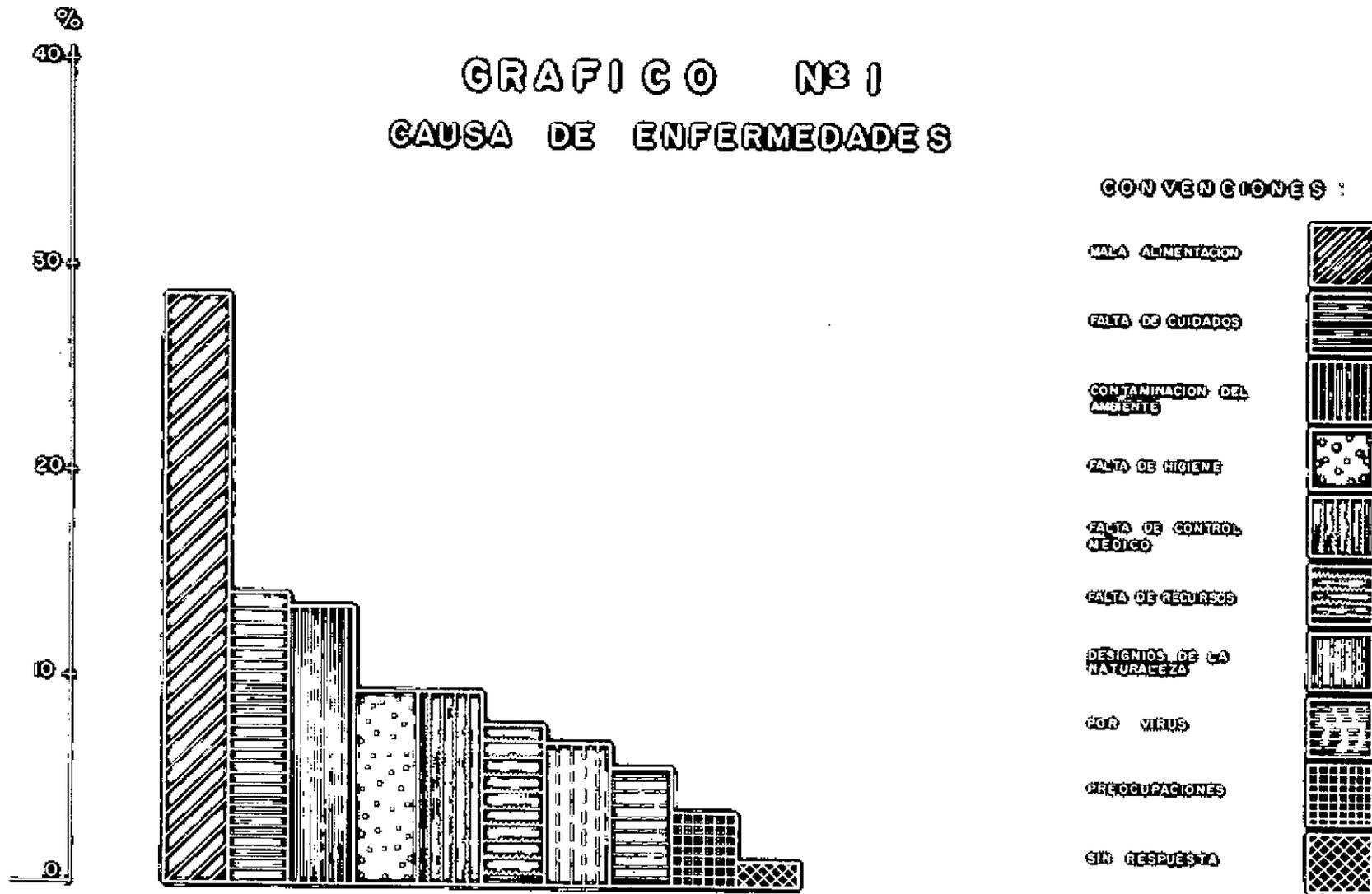
ANALISIS GRAFICA No. 1

El análisis del siguiente gráfico nos está demostrando que del total de personas encuestadas, el 28.74% indicó que la causa principal de enfermedad es la mala alimentación, el 14.07% falta de cuidados, el 13.47% contaminación del ambiente, el 9.28% falta de higiene, el 9.28% falta de control médico, el 7.78% falta de recursos, 6.88 designios de la naturaleza,

(7) Kroeber, A.L. Anthropology. New York. Hart Court And Brace. 1948.

GRAFICO Nº 1

CAUSA DE ENFERMEDADES



el 5.68% por virus, el 3.59% por preocupaciones y el 1.19% sin respuesta dando así un total del 100%.

"La nutrición aparece como el factor ambiental entre todos los que afectan la salud. Está relacionada con la reproducción, el crecimiento, el funcionamiento del organismo, el trabajo, la productividad, lo que demuestra su relación estrecha con el bienestar físico, mental, emocional y social.

Frecuentemente se observa la presencia de deficiencias nutricionales, ya sea por malos hábitos ó porque carecen de los recursos necesarios para tener una buena alimentación representada en una buena nutrición.

La nutrición es pues un elemento fundamental en la salud individual y colectiva. Sin embargo, la situación alimentaria y nutricional de una comunidad no puede atenderse únicamente mediante el desarrollo de acciones aisladas de salud, es necesaria la intervención de diferentes sectores que en forma coordinada y paralela afronten el problema alimentario y nutricional, analizando sus características, causas, consecuencias, ubicándolos como aspectos básicos del desarrollo de todos y cada uno de los miembros de una comunidad." (8)

Tomando los otros porcentajes de causas de morbilidad, los habitantes de las comunidades objeto de nuestro estudio presen

(8) ICBF, Regional Bolívar. Aspectos Prácticos sobre Nutrición y Alimentación que ayudan a proteger la salud de su familia 1984.

tan en segunda instancia la falta de cuidados, como tercera -- causa la contaminación del ambiente y como cuarta la falta de higiene. Destacamos la importancia de la conservación del am biente, ya que muchas familias no tienen muy claro la impor-- tancia de éste; muchos creen que todos éstos factores no tie nen consecuencia para la salud de las personas.

Hacemos especial énfasis de que en el seno de cada fami- lia se transmiten creencias y hábitos, así como también percep- ciones de riesgo para la salud que condicionarán las actitudes y conductas de sus miembros frente a la enfermedad y la utili zación de los servicios de Atención Médica. Aún cuando todo - individuo al crecer y madurar se va integrando a nuevas Insti- tuciones, siempre pertenece a una familia a lo largo de su vi- da, alejándose de una para formar otra. De las concepciones - anteriormente enunciadas se desprende la necesidad de visuali- zar a la familia como unidad de salud y Atención Médica. Esto no solamente por la transmisión de pautas culturales sino por- que el proceso que se inicia con la definición de enfermedad - hasta su curación está pleno de decisiones sociales que toma - el grupo familiar, acuda o nó a las Instituciones de Salud ofi ciales. Algunas de éstas decisiones se relacionan con la per- cepción de una relación de la normalidad como enfermedad, la - validación preliminar del papel del enfermo, los pasos inicia- les para buscar consejos o ayuda, la determinación de cuando - deben darse y a quien hay que acudir, y, por último el cumpli- miento de las indicaciones recibidas.

Cuadro No. 3

Como se evitan las enfermedades:

Concepto	F	%
Asistiendo al Médico	127	40.18
Manteniendo higiene	62	19.62
Vacunación	53	16.76
Buena Alimentación	49	15.50
Tomar Medicinas	17	5.37
Sin Respuesta	8	2.53
TOTAL	316	100.00%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante aplicación de encuestas. Mayo - 1986.-

El análisis de este cuadro nos permite observar la opinión que tienen las diferentes comunidades en estudio respecto a como evitar las enfermedades, dando el primer lugar a la asistencia médica con un 40.18%, en segundo término mantenimiento de higiene con un 19.62%, el tercer término a la buena alimentación con un 15.50%, el cuarto término a vacunación con un 16.76% el quinto término a tomar medicina con un 5.37% y por último un 2.53% no dieron ninguna respuesta, dando un total del 100%.

Cabe anotar que del total de personas encuestadas el 40.18% determinó como prioritaria la asistencia al médico para evitar enfermedades, centrando entonces la problemática solamente a nivel curativo. La higiene y la alimentación constituyen el segundo y tercer lugar y como aspecto fundamental para evitar las enfermedades mencionaron la vacunación, presentándose buena aceptación a nivel de la comunidad.

Este aspecto de la encuesta nos lleva a analizar que es necesario inducir a las familias en la acción preventiva que se establece con la Atención Primaria de Salud.

Si mencionamos el reto que entraña el movimiento "Salud para todos" Atención Primaria en Salud para encontrar un tipo de servicio en el que la misma gente puede desempeñar un papel importante. Las comunidades son perfectamente capaces de asumir la responsabilidad de la Atención de Salud, y es preciso que se las permita hacerlo. El apoyo de los servicios médicos solo es necesario en los casos que requieren una atención especial.

"Las Comunidades son también capaces de atacar en la raíz las causas de enfermedades como la mal nutrición, falta de saneamiento, falta de agua potable, y la vivienda insalubre. He aquí algo que la tecnoestructura médica ha demostrado ser totalmente incapáz de conseguir. Y empeñarse en curar a los pobres sin atacar de raíz las causas de la enfermedad, que con frecuencia se encuentran en otros sectores de la economía, porque los que se curan, simplemente, vuelven a caer enfermos." - (9).

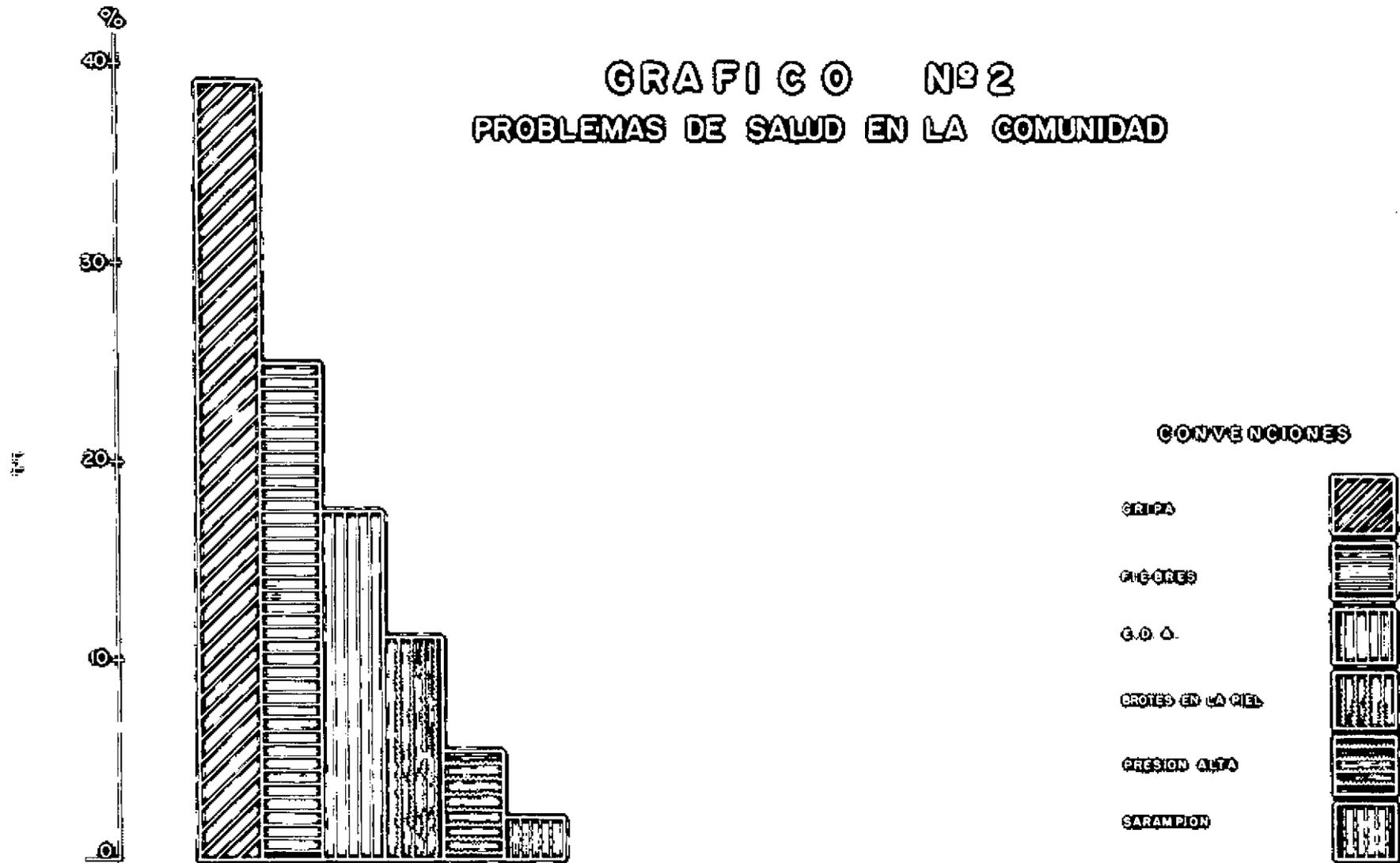
ANALISIS GRAFICA No.2

En esta observamos que de la población residente en las unidades de cobertura (comunidades), el 39.02% dan como problema de salud la gripa, el 24.95% a las fiebres, el 17.44% a EDA (enfermedad diarreica aguda), el 11.06% a brotes en la piel, el 5.44% a presión alta y el 2.06% a sarampión.

El avance de la epidemiología en este siglo ha demostrado que muchas de las enfermedades prevalentes en nuestras comunidades están asociadas con estructuras sociales determinadas y con el comportamiento individual. En términos generales, un problema de salud prioritario se debe entender como una enfermedad ó lesión que representa una alta incidencia ó un riesgo importante de daño ó de muerte en una población seleccionada; también debe tomarse en cuenta la tecnología adecuada para re-

(9) Héctor R. Acuña. Salud para todos en el año 2.000. Oficina Sanitaria Panamericana 1.981.

GRAFICO Nº 2 PROBLEMAS DE SALUD EN LA COMUNIDAD



solverlo. Es decir, aquella que aparte de tener una base científica sólida sea aceptable, psíquica y culturalmente para quienes la emplean y para quienes se benefician de ella.

ANALISIS DEL CUADRO No. 4

Según la opinión de las familias encuestadas se destaca en primer lugar la falta de agua potable con un 58.36% como problema importante de la comunidad, el 20.63% a la contaminación ambiental, el 6.40% a la falta de recursos económicos, el 4.27% a enfermedades infecciosas intestinales, el 3.55% falta de atención médica nocturna, el 3.19% al desempleo y el 3.55% no dieron respuesta.

"Desde hace mucho tiempo la familia no tiene muy claro la importancia de la conservación del ambiente; el defecar en el suelo, el arrojar basuras, el utilizar aguas sucias o la falta de aseo personal se cree no tienen consecuencia para la salud de las personas. Está comprobado que de todas las enfermedades que atacan al hombre, las más comunes y destructivas son aquellas que se originan en el medio ambiente; de allí la importancia de conocer y practicar las medidas a seguir para evitar la contaminación del medio ambiente que nos rodea" (10)

(10) Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana Vol. 98 - No. 2 Febrero 1985.

CUADRO N° 4

PROBLEMAS IMPORTANTES DE LA COMUNIDAD

C A T E G O R I A S	F	%
Falta de Agua Potable	164	58.36
Contaminación Ambiental	63	20.63
Falta de Recursos Económicos	18	6.40
Enfermedades Infecciosas Intestinales	12	4.27
Falta de Atención Médica Nocturna	10	3.55
Desempleo	9	3.19
Sin Respuesta	10	3.55
T O T A L	281	100.00%

FUENTE : Datos obtenidos por los autores mediante aplicación de Encuestas Mayo 1986

Como el principal problema manifestado por estas comunidades fué la falta de agua potable, vemos entonces la necesidad de que se trabaje en forma conjunta por la consecución de este elemento tan indispensable para poder vivir, enfatizando en aquellos componentes que forman parte de la Atención Primaria. "La Educación en Salud", que van a disminuir los riesgos de enfermar y morir de la comunidad.

Por otra parte la falta de recursos económicos constituye un factor que condiciona la salud de la comunidad. Es evidente que el crecimiento económico y la equidad social no deben considerarse por separado y aislado sino que han de ser objetivos que se refuercen mutuamente.

La nueva percepción de las necesidades de salud de la población y la nueva meta de la "Salud para todos en el año -- 2.000" constituirán parte integrante de este proceso de cambio; el objetivo consiste en permitir que todas las personas alcancen un nivel aceptable de salud y lleven una vida social y económicamente productiva.

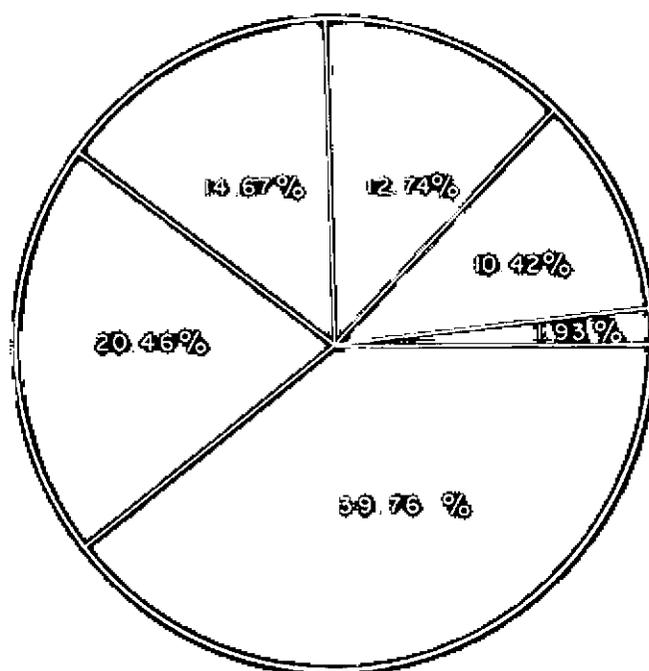
Las respuestas obtenidas en el cuadro anterior son producto de la problemática sentida por los habitantes de estas comunidades objeto de nuestro estudio.

ANALISIS GRAFICA No. 3

La encuesta aplicada a las familias cubiertas por la UPA muestra resultados importantes con relación a las propuestas-

GRAFICA N° 3

PROPUESTAS A PROBLEMAS DE LA COMUNIDAD



Mejorar los Servicios	20.46 %
Organismos Comunitarios para el Bienestar de lo misma.	14.67 %
Soluciones por parte del Gobierno.	12.74 %
Atención Médico Constante	10.42 %
Educar a lo Comunidad.	1.93 %
Sin Respuesta	39.76 %

Fuente : Datos obtenidos por los autores mediante aplicación de Encuestas Mayo 1996

aplicadas por la comunidad, siendo el de mejorar los servicios la propuesta que enunciaron como principal representada en un 20.46%, le siguen en orden organismos comunitarios para el bienestar de la misma con un 14.67%, soluciones por parte del Gobierno con un 12.74%, atención médica constante con un 10.42%, educar a la comunidad con 1.93% y un 39.76% no dió respuesta.- Observando las respuestas analizamos que la mejora de los servicios para ellos estaba en la atención del Estado a ciertas comunidades. Un aspecto que nos llama la atención es la respuesta educar a la comunidad ubicada en el quinto renglón representada en 1.93% notándose el desconocimiento que para ellos tiene la misma educación sanitaria, que como dijimos anteriormente es un componente que llegando efectivamente va a producir modificaciones de comportamiento en los miembros de estas comunidades.

3.2 ACTITUD FRENTE A LA PROMOTORA

ANALISIS CUADRO No.5

A la comunidad se le ofrecen servicios básicos de salud a través de programas de atención a las personas como de antemano al ambiente, la situación en cuanto al ofrecimiento de programas y actividades con relación al total de la UPA es la siguiente: Acciones preventivas 22.99%, divulgación de los programas 10.94%, educación a la comunidad 14.23%, trabaja por el

CUADRO Nº5

CONOCIMIENTO FUNCIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA PROMOTORA

S I			N O		
P O R Q U E					
	F	%		F	%
Acciones Preventivas	63	22.99	Falta de Divulgación	69	25.18
Divulgación de los Programas	30	10.94	No utilizo los Servicios de la U.P.A.	26	9.42
Educación a la Comunidad.	39	14.23	Vive Recientemente en el Barrio	7	2.55
Trabajo por el Bienestar de la Comunidad.	21	7.66			
Sin Respuesta	20	7.29			
TOTAL	173	63.11		101	36.85

bienestar de la comunidad 7.66% y sin respuesta 2.55% constituyéndose entonces el 63.11% del total de la población encuestada que respondió afirmativamente.

Por otro lado existe un 36.85% que respondió NO discriminado en la siguiente forma: Por falta de divulgación 25.18%, no utilizan los servicios de la UPA 9.12% y vive recientemente en el barrio 2.55%.

Este cuestionamiento fué abordado desde las perspectivas de la comunidad con respecto a la Promotora de Salud, siendo de suma importancia el conocimiento de la existencia de ambos aspectos en forma recíproca entrando así mismo a cuestionar la actitud frente al saber y la práctica del Agente Institucional, el tipo de comunicación y el apoyo recibido mutuamente.

ANALISIS CUADRO No. 6

En éste cuadro se observan las respuestas de la comunidad encuestada acerca de la importancia de las actividades realizadas por el recurso Promotora de Salud, resultando que el 73.81% respondió afirmativamente así: Brinda acciones preventivas -- 37.10%, Ayuda al desarrollo de la Comunidad 20.70%, Imparte educación 12.89%, Controla la presión arterial 3.12% y un 26.16% - que no dió ninguna respuesta.

Este aspecto fué estudiado desde el punto de vista de la identificación de las actividades que realizan las Promotoras, en distribución por frecuencias y el tipo de acciones sociales

CUADRO Nº 6

IMPORTANCIA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA PROMOTORA

	S I		N O		SIN RSTA.	
	P O R Q U E					
	F	%		F	%	
Brinda Acciones Preventivas	95	37.10				
Ayuda al Desarrollo de la Comunidad.	53	20.70				
Imparte Educación	33	12.89				
Controla la Presión Arterial	8	3.12		67	26.16	
TOTAL	189	73.81		67	26.16	

F U E N T E : Datos obtenidos por las autoras mediante aplicación de Encuestas Mayo 1986

que ejecutan, destacandose así las cuatro (4) primeras actividades presentadas en el cuadro como de mayor frecuencia dadas por la misma comunidad lo que significa que existe un predominio de las actividades relacionadas con el fomento y la prevencción de Salud, y desde otro punto de vista, pero relacionado con ello, nos damos cuenta que ejecutan actividades que presentan un contenido social, demostrado en el cuadro No. 6 - items 2 que el 20.70% de las respuestas obtenidas se refieren a acciones relacionadas con las organizaciones comunales.

ANALISIS CUADRO No. 7

El cuadro No. 7 indica el uso que la comunidad hace de los servicios que presta la Promotora, desde el punto de vista de la misma comunidad, encontrandose que el 46.87% de la comunidad usa sus servicios, porcentaje considerable, y la justificación importante en este caso, es porque sabe de salud, es decir, hay un reconocimiento explícito al conocimiento de la Promotora, lo que coadyuva a que existe una aceptación hacia la promotora; otra de las respuestas encontradas fueron por necesidad que representa el 31.25% y porque practica visitas en sus casas el 18.75%.

De las 256 encuestadas el 1.17% que dijeron NO arguye que porque asisten a otros centros en donde les prestan salud.

Por ser la Promotora de Salud el primer eslabón de contacto de la comunidad con el sistema de salud y por estar ésta --

CUADRO Nº 7

USO DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA PROMOTORA DE SALUD.

S I			N O			SIN RSTA.
P O R Q U E						
	F	%		F	%	
	Por necesidad	80		31.25	Asiste o otros Centros	
Sabe de Salud.	120	46.87				
Realizo visitas en sus casas	48	18.75				
T O T A L E S	253	96.87		3	1.17	

CUADRO N° 8

COBRO POR LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA PROMOTORA DE SALUD

SI COBRA			NO COBRA			SIN RSTA
POR QUE						
	F	%		F	%	
	Porque se necesitó comprar elementos de Curación	7		2.73	Es un agente de Salud Institucional.	
			Condiciones Socio-Económicas	90	35.15	
TOTALES	7	2.73		249	97.26	

misma capacitada para prestar servicios de atención primaria - y en lo que la practica se considera honorarios es que se pregunta a la comunidad este aspecto, considerándose para nuestro estudio, como un elemento de análisis. Encontrándose en el -- cuadro No. 8, que el 62.10% de las personas encuestadas afirman que ella no cobra porque es un Agente de Salud Institucional, el 35.15% dicen que no cobra por las condiciones socio-económicos de estas comunidades.

Un 2.73% respondieron que SI cobraba porque era un aporte que se necesitaba para comprar elementos de curación.

El sentido de la pregunta fué con el objetivo de saber si los miembros de éstas comunidades en donde la Promotora de Salud se está proyectando consideraban importante que el recurso promotora debía o no cobrar por sus servicios.

ANALISIS CUADRO No. 9

Estudiaremos en éste cuadro el concepto que tenían los habitantes de las comunidades objeto de nuestro estudio acerca de el costo de los medicamentos; las respuestas en el cuadro No. 9, indican que para la mayoría los precios son altos representado en un 40.62% no estando al alcance de la situación económica del núcleo familiar, otros consideran que son más - económicos representado en un 27.34% pero sin dejar de expresar que este porcentaje de población encuestada está reconociendo implícitamente que los medicamentos presentan precios altos

CUADRO N°9

COSTO DE LOS MEDICAMENTOS

S			NO				SIN RSTA.	
P O R Q U E								
	F	%		F	%	F	%	
Son mas Económicos	70	27.34	Los precios son altos	104	40.62			
Existe necesidad de comprarlos	5	1.95	No utilizo los servicios	15	5.85			
			No se encuentran los medicamentos	9	3.51			
			Algunas veces está cerrado	4	1.56			
			Se encuentra a igual distancia que otras Droguerías.	4	1.56			
Sin Respuesta						45	17.57	
T O T A L	75	29.29		136	53.10	45	17.57	

FUENTE: Datos obtenidos por los autores mediante aplicación de Encuestas Mayo 1986

y que de todas formas tienen que obtenerlas pese al sacrificio ya que de ello depende su estado de salud, constatando esto - a través de la encuesta aplicada.

Además de las respuestas presentadas en el cuadro destacamos que a través de estas visitas domiciliarias y en charlas - sostenidas con líderes de la comunidad frente a esta situación consideraron que para ellos esto es un problema cuya solución es competencia de los representantes del gobierno mostrandose una inquietante actitud frente a estos problemas.

ANALISIS CUADRO No. 10

" Los programas y servicios para la ampliación de cobertura con atención primaria, desde el punto de vista de su naturaleza y contenido se caracterizan básicamente por la delegación de funciones en el personal auxiliar, la utilización de tecnología de baja complejidad, la participación de la comunidad; y se orientan a la atención de las personas y del medio ambiente bajo pautas previamente establecidas " (11)

En el cuadro No.10 que hace referencia al papel de la Promotora de Salud y la opinión que tiene la comunidad respecto - al papel desempeñado por la misma nos dá los siguientes resultados: Realizan acciones preventivas las opiniones fueron buenas, representadas en un 37.40%, orienta y capacita la opinión

(11) Convenio Colombo- Holandés de Salud. Experiencias en Atención Primaria. Pag. 53.1981.

CUADRO N° 10

OPINIONES	PAPEL DE LA PROMOTORA										TOTAL
	REALIZA ACCIONES PREVENTIVAS		ORIENTA Y CAPACITA		DIVULGACION DE LOS PROGRAMAS		COLABORADORA		SIN RESPUESTA		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Muy Bueno	9	3.33	14	5.18	1	0.37	3	1.11	2	0.74	29
Bueno	101	37.40	32	11.85	24	8.88	7	2.59	7	2.59	171
Interesante	2	0.74	1	0.37	-	-	-	-	1	0.37	4
Regular	2	0.74	-	-	2	0.74	-	-	2	0.74	6
Sin Respuesta	-	-	-	-	-	-	-	-	60	22.59	60
TOTAL	114	42.21	47	17.4	27	9.99	10	3.7	73	27.03	270

OPINION DE LA COMUNIDAD RESPECTO AL PAPEL DESEMPEÑADO POR LA PROMOTORA DE SALUD.

bueno representa el 11.85%, divulgación de los programas y co-
laboradora la opinión bueno representado en un 8.88% y 2.59%-
respectivamente.

La Atención Primaria de Salud se apoya en la Promotora de
Salud, cuya área de trabajo son las unidades de cobertura que
pertenecen a la Unidad Primaria de Atención; de ahí la impor-
tancia de enfatizar el desarrollo de las acciones por parte de
la Promotora de Salud: Atención Médica delegada, Provisión de
Medicamentos, Educación Nutricional, Complementación Alimenta-
ria, Vacunación y Vigilancia Epidemiológica, (todo esto bajo -
la supervisión de la Auxiliar de Enfermería) y las actividades
de Atención al Medio Ambiente en la colaboración con los Promo-
tores de Saneamiento.

Volviendo a las respuestas, nos damos cuenta que las fami-
lias encuestadas conocen las funciones que realiza la Promoto-
ra de Salud que para ellos representa un recurso muy valioso -
que desarrolla acciones de salud, consideramos además que den-
tro de las actividades de Participación de la Comunidad, el re-
curso Promotora vendría a constituirse como miembro importante
para el desarrollo de acciones de Organización Comunitaria.

3. 3. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

ANALISIS CUADRO No.11

En la estrategia de Atención Primaria la participación ac-
tiva de la comunidad y su estrecha relación con la Promotora -

CUADRO Nº II

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN CAMPA- ÑAS DE SALUD	CONCEPTO DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD							
	COLABORAR		TRABAJO CONJUNTAMENTE		SIN RESPUESTA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Colaborar con el Equipo de Salud.	96	37.36	49	19.06	6	2.33	151	58.74
Trabajar Conjuntamente	17	6.61	31	12.06	3	1.16	51	19.83
Sin Respuesta	16	6.22	8	3.11	31	12.06	55	21.39
TOTAL	129	50.18	88	34.23	40	15.53	257	100.00

CONCEPTO DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN CAMPAÑAS DE SALUD.

de Salud, es condición fundamental para buscar la máxima satisfacción de las necesidades básicas de salud de la población y tomar las medidas pertinentes para prevenir las enfermedades y preservar la salud.

Según la opinión de las familias encuestadas se puede establecer los conceptos que manejan con respecto a la participación de la comunidad, observamos que las familias del área de influencia de la Promotora de Salud responden: El 58.74% expresan que participar es colaborar con el equipo de salud, el 19.83% expresa que participar es trabajar conjuntamente y un 21.39% no dió respuesta. Si bien existe algún grado de conocimiento sobre el concepto de Participación de la Comunidad, aún no se logra el nivel de integración requerido entre la población y el equipo de salud de la UPA, para enfrentar conjuntamente los más importantes problemas que inciden en las condiciones de salud de la comunidad.

ANALISIS CUADRO No.12

La estrategia de la Atención Primaria de Salud ha sido considerada en los últimos años por los diversos sistemas de Atención en Salud como una de las formas más sencillas y apropiadas de brindar servicios de prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, especialmente a aquellos grupos de población cuyas condiciones sanitarias lo ameritan con mayor urgencia.

También se ha considerado que la Atención Primaria en Salud, por su relativa rapidéz y facilidad de implantación, sus bajos costos y su campo de acción dentro de las comunidades, - constituye un mecanismo importante para aumentar la cobertura de los servicios Institucionales y para canalizar y racionalizar la demanda de éstos hacia niveles más complejos del Sistema de Atención en Salud.

Pero cuando el equipo de Salud capacitado (Médicos, Enfermeras, Auxiliares, Promotoras y otro personal) empiezan a trabajar con la población dentro de este modelo de Atención Primaria de Salud, se encuentran con que las comunidades tienen ya algunas formas propias de atender sus problemas de salud más - frecuentes, ya sea mediante práctica de medicina casera ó acudiendo a personas como la Partera, el Curandero, el Sobandero, y otros quienes practican la medicina Tradicional.

Según la opinión de las familias el 26.56% dice que Sí acuden a estos agentes porque tienen buenos conocimientos, 28.51% porque la comunidad los necesita, 12.89% dicen que Sí porque - algunos curan más que los médicos y el 11.32% dicen que ayudan en momentos difíciles. Los que respondieron No porque no creen en ellos representado en un 7.42%, existen médicos especializados 6.64%, utilizan medicamentos inapropiados 3.51%, y otro -- tanto representado en un 3.12% dicen que algunas veces porque curan enfermedades que la medicina especializada desconoce.

La existencia de estas prácticas y de las personas las co-

C U A D R O N º 12

PARTICIPACION DE LOS AGENTES DE MEDICINA TRADICIONAL EN ACCIONES DE SALUD.

S I			N O			ALGUNAS VECES		
P O R Q U E								
	F	%		F	%		F	%
Tienen buenos conocimientos	68	26.56	No cree en ellos	19	7.42	Curan enfermedades que la Medicina Especializada desconoce.	8	3.12
La comunidad los necesita.	73	28.51	Existen Méd. Especializados.	17	6.64			
Algunos curan mas que los Médicos	33	12.89	Utilizan medicamentos inapropiados.	9	3.51			
Ayudan en momentos difíciles.	29	11.32						
Sin Respuesta			Sin Respuesta					
TOTAL	203	79.23		45	17.57		8	3.12

FUENTE : Datos obtenidos por los autores mediante aplicación de Encuestas Mayo 1986

comunidades y que bien vale la pena tener en cuenta cuando se organizan programas de Atención Primaria. Es necesario considerar la importancia de esta situación porque, de la actitud y de las relaciones que los agentes de salud de la Atención Primaria de Salud tengan con los agentes de Salud Tradicionales de la comunidad, dependerá, en buena parte, la aceptación del programa por la población beneficiaria, su participación en él y la estabilidad y el éxito del mismo.

Se trata de establecer un marco conceptual para la Medicina Tradicional y plantear algunos puntos de contacto entre ésta y la Medicina Oficial, con el ánimo de compatibilizar la acción de ambos, en beneficio de las comunidades.

Si el personaje de la Medicina Tradicional encuentra que los miembros del equipo Institucional de Salud se relacionan bien con él, respetándolo y dándole un trato acorde con su status dentro de la comunidad, seguramente él será el primero en colaborar facilitando la respuesta de las gentes hacia la Atención Primaria de Salud.

En consecuencia, es necesario tener en cuenta en cada comunidad, cual es la Medicina Tradicional existente, quienes la ejercen y cuál es su desarrollo, con el fin de planear y organizar la forma de incorporarla a la estrategia de Atención Primaria que se vaya a ejecutar en el área.

ANALISIS CUADRO No. 13

Con respecto a las Organizaciones existentes en las comu-

CUADRO N°13

FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE LAS ORGANIZACIONES	CONOCIMIENTO DE ORGANIZACIONES EXISTENTES EN LA COMUNIDAD					
	SÍ		NO		SIN RESPUESTA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pavimentación de las Calles para Beneficio de la Comunidad.	116	44.60				
Son Inoperantes	25	9.61				
Sin Respuesta.	7	2.69	108	41.53	4	1.53
TOTAL	148	56.90	108	41.53	4	1.53

CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE ORGANIZACIONES EXISTENTES EN LA COMUNIDAD.

nidades estudiadas en relación con las Funciones y Actividades de las mismas se puede observar que un 44.60% respondió que SI conocen la existencia de éstas dentro de la comunidad y su desempeño se enmarca en mayor proporción a la pavimentación de calles para el beneficio de la comunidad, un 9.61% manifiesta tener conocimiento de éstas, considerando que son inoperantes en el desempeño de sus actividades y un 45.75% no dieron respuesta. Demostrando con este análisis que los habitantes de estas comunidades desconocen en parte las organizaciones existentes y las funciones que éstas mismas desempeñan a nivel de sus comunidades.

ANALISIS CUADRO No. 14

Los datos arrojados en este cuadro sobre Organizaciones existentes resuelven problemas de Salud, demuestran que un 32.03% responden que SI porque velan por el bienestar de la comunidad, existiendo otro porcentaje de 28.12% que responde al NO porque no tienen fundamento, y los que respondieron algunas veces porque todos los organismos no tienen la misma función, representado en un 0.37% y Sin respuesta en un 30.46%.

A pesar de obtener la respuesta velan por el bienestar de la comunidad se desconocieron aspectos por las cuales éstas organizaciones no se hacen sentir en su área de influencia y mucho menos en la Unidad Primaria de Atención. Se sigue notando además que las existentes trabajan en forma aislada y que -

CUADRO Nº14

ORGANIZACIONES EXISTENTES RESUELVEN PROBLEMAS DE SALUD

SI		NO		ALGUNAS VECES		SIN RESPUESTA		TOTAL	
POR QUÉ									
Velan por el Bienestar de la Comunidad.		No tienen fundamento.		Todos los Organismos no tienen la misma función.		Nº		%	
						Nº		%	
82		72		24		78		256	
32.03		23.12		9.37		30.46		100.00	

un 30.46% sigue demostrando desinterés y desmotivación.

La inclusión de las organizaciones de la comunidad en el programa, se apoya en razones tales como su representatividad de la vida de esa comunidad y forma de respuesta colectiva ante sus problemas, son el medio que socialmente se ha creado - para afrontarlos. Su desconocimiento puede generar el rechazo ó ²póderse una de las pocas maneras existentes de que el -- componente de la participación de la comunidad en salud subsista cuando se cuestione su funcionamiento.

ANALISIS CUADRO NO.15

En el siguiente cuadro observamos, que del total de personas encuestadas un 41.63% respondió al SI porque aumentaría la cobertura de los servicios, en segundo lugar está el control - de enfermedades representada en un 14.78%, un 11.28% porque -- son necesarios por la noche, un 6.61% porque la UPA NO es suficiente para atender toda la comunidad, un 5.83% porque las existentes no funcionan bien.

Por otro lado y siguiendo con lo que nos demuestra el cuadro un 1.94% responde al No porque los que hay son insuficientes, un 0.38% responde No porque se deben acondicionar los existentes y un 17.48% no dieron respuesta.

Observando las respuestas nos damos cuenta que el sentir de la comunidad es la creación de nuevas organizaciones, pero si analizamos a nivel de la práctica y de ese contacto directo

CUADRO Nº 15

CREACION DE OTRAS ORGANIZACIONES CON OBJETIVOS EN SALUD

S I			N O			SIN RSTA	
P O R Q U E							
	Nº	%		Nº	%	Nº	%
Aumentar la Cobertura de los Servicios	107	41.63	Los que hay son suficientes	5	1.94		
Control de Enfermedades.	38	14.78	Acondicionar los existentes.	1	0.38		
Son necesarios por la noche	29	11.28					
La UPA no es suficiente para atender toda la comunidad.	17	6.61					
Los existentes no funcionan bien.	15	5.83					
T O T A L	206	80.15		6	2.32	46	17.50

que establecemos con ellos es más recomendable la activación - de las existentes y la coordinación de actividades para que no se sigan proliferando organizaciones que lo que hacen es des- - viar recursos.

El equipo de salud de la Unidad Primaria de Atención al - fomentar la participación de los grupos existentes, mediante - la experiencia, trataríamos entonces de determinar cuales de - ellos serían más eficaces y mejor podrían influir en las fami- - lias y los individuos para que estos comiencen a intervenir de - manera decisiva en las actividades y decisiones que atañen a - su salud.

3.4 PERCEPCION DE LOS FUNCIONARIOS DE SALUD Y DE LA COMUNIDAD SOBRE LA ATENCION DE SALUD EN LA UNIDAD PRIMARIA DE ATENCION -UPA-

Los programas y servicios establecidos para la ampliación de cobertura con Atención Primaria, desde el punto de vista de su naturaleza y contenido se caracterizan básicamente por la - delegación de funciones en el personal auxiliar, la utilización de tecnología de baja complejidad, la participación de la comu- - nidad; y se orientan a la atención de las personas y del medio ambiente bajo paútas previamente establecidas. Los anteriores aspectos y la percepción de los funcionarios de salud y de la - comunidad sobre la atención brindada en la UPA (Unidad Primaria de Atención), constituye la esencia del análisis que a continuau

ción se presenta. Destacamos así mismo que el anexo No.3 fué aplicado exclusivamente al equipo de salud de la UPA ubicada en el CIP que está conformado por: Médico, Odontólogo, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar de Odontología, Dos (2) Promotoras de Salud y una funcionaria encargada de la droguería.

En el Cuadro No. 16 la situación en cuanto a la utilización de los programas por parte de la comunidad es la siguiente: Atención Médica 25.39%, Odontológico 23.56%, Vacunación - 45.81% (contra Difteria, Tosferina, TBC, Sarampión, Tétanos, - Poliomielitis) y Materno-Infantil 5.23%.

Analizando el Cuadro No. 17 referente a la respuesta de la Comunidad por los servicios prestados por la UPA tenemos -- que el equipo de salud respondió que SI, dado a que estos servicios son prestados por: Bajos costos en 57.14% accesibilidad 14.28% y Motivación que se les ofrece en un 28.57%.

Estas respuestas nos llevan a analizar que el equipo de salud de la UPA desconoce aspectos de la situación socio-económica de las comunidades objeto de nuestro estudio, ya que la misma comunidad nos dió como respuesta que los servicios no estaban al alcance de su capacidad económica, razón por la cual precisamos la importancia de que todo el equipo de salud conozca realmente su área de influencia porque através del contacto directo que tuvimos al realizar esta investigación nos dimos - cuenta que solo las Promotoras de Salud tienen ese conocimien-

EQUIPO DE SALUD

CUADRO Nº 16

SERVICIOS UTILIZADOS POR LA COMUNIDAD

PERIODO JUNIO 85 - JUNIO 86

SERVICIOS	Nº DE CASOS	%
Médico	1.067	25.39
Odontológico	990	23.56
Vacunación	1.925	45.81
Materno Infantil	220	5.23
TOTAL SERVICIOS	4.202	100.00

FUENTE Datos obtenidos por las enfermeras mediante aplicación de Encuestas Mayo 1986

CUADRO N° 17
RESPUESTA DE LA COMUNIDAD A LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA UPA

SI		NO		SIN RESPUESTA	
P O R Q U E					
	F	%			
BAJOS COSTOS	4	57.14			
ACCESIBILIDAD	1	14.28			
MOTIVACION QUE SE LES OFRECE	2	28.57			
T O T A L :	7	100 %			

FUENTE : Datos obtenidos por las autoras mediante aplicación de Encuestas Mayo 1986.

to del objeto de su trabajo.

Con el Cuadro No. 18 queremos analizar la actitud de la comunidad respecto de los programas llevados por la Promotora. En este sentido encontramos que los siete (7) funcionarios que forman parte del equipo de salud y que fueron entrevistados -- respondieron en un 42.85% que la comunidad si colabora porque los promueve, otras en un 28.57% porque da Educación en Salud y un 28.57% porque ayuda a la comunidad.

Esto nos da pie para corroborar el reconocimiento que tiene la misma comunidad acerca de las funciones de la Promotora y de sus programas.

Según el equipo de Salud la comunidad si colabora con los programas llevados por la Promotora de Salud. El efecto de -- las acciones de salud en la comunidad se refleja en las actitudes y prácticas que asume la misma para prevenir las enfermedades y preservar la salud, factores que en mayor o menor proporción se pueden asociar en los cambios ocurridos en la estructura de la morbi-mortalidad. Al respecto en la encuesta aplicada a las familias cubiertas por la Promotora de Salud, se indaga sobre el comportamiento de la comunidad relacionado con la práctica de hábitos higiénicos adecuados para prevenir todas estas enfermedades. Como puede observarse el efecto de la educación y demás acciones de salud desarrolladas a través de la UPA, logran mayor impacto en el comportamiento de la comunidad frente a las enfermedades; no obstante se considera necesario

CUADRO Nº 18

ACTITUD DE LA COMUNIDAD CON LOS PROGRAMAS DE LA PROMOTORA. —

SI		NO		ALGUNAS VECES	
POR QUE					
	F	%			
PROMOVER	3	42.85			
DA EDUCACION EN SALUD.	2	28.57			
AYUDA A LA COMUNIDAD.	2	28.57			
T O T A L	7	100%			

F U E N T E : Datos obtenidos por las autoras mediante aplicación de Encuestas Mayo 1986.

reforzar en mayor grado los programas y servicios tendientes a cambiar o mejorar las actitudes y prácticas de la población relacionada con los problemas de salud que más la afectan.

La pregunta No. 4 del anexo 3 que hace referencia a la -- frecuencia del programa de inmunización, el equipo de salud -- respondió que esta actividad la realizan diariamente, siendo -- uno de los objetivos primordiales del Plan de Salud la Vacuna--ción de la población infantil menor de 5 años de toda esta área de influencia.

En el Cuadro de las principales causas de morbilidad (No. 19) observamos que el 38.96% corresponde a EDA (Enfermedad Diarreica Aguda), el 27.27% corresponde a la Gripe, el 12.98% a -- la Desnutrición, el 11.68% a Brotes en la Piel y el 9.09% a -- Hipertensión, registrándose un alto porcentaje en la enferme--dad diarreica aguda (EDA).

Las acciones dirigidas a la disminución de la morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles dentro del programa de inmunización (Difteria, Tosferina, Tétanos, Poliomilitis, Sarampión y BCG) en la población menor de 5 años, logran importantes aumentos en la cobertura, como puede observarse en el cuadro, através del programa ampliado de inmunización (PAI) y la implantación progresiva de la estrategia de canalización, apoyada principalmente por la Promotora de Salud.

En el Cuadro No. 20 se expresan las opiniones acerca de -

CUADRO N° 19

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD

PERIODO JUNIO 85 - JUNIO 86

CAUSAS DE LA MORBILIDAD.	Nº DE CASOS	%
Enfermedad Diarreica Aguda . EDA	330	38.96
Gripo	231	27.27
Desnutrición	110	12.98
Brotos en la Piel	99	11.68
Hipertensión	77	9.09
T O T A L	847	100.00

FUENTE : Datos obtenidos por los autores mediante aplicación de Encuestas Mayo 1986

CUADRO Nº 20

ACCIONES PREVENTIVAS DE LA UPA CONTRA ENFERMEDADES ENDEMICAS.-

ACCIONES PREVENTIVAS	F	%
VACUNACION	4	57.14
EDUCACION EN SALUD	2	28.57
SANEAMIENTO AMBIENTAL	1	14.28
T O T A L	7	100 %

FUENTE: Datos obtenidos por las autoras mediante aplicación de Encuestas Mayo 1.986.

las acciones que realiza la UPA sobre prevención y lucha contra enfermedades endémicas, identificando el equipo de salud los siguientes: Vacunación un 57.14%, Educación en Salud un 28.57% y Saneamiento Ambiental un 14.28%. Viéndose entonces que el alto porcentaje está encaminado a la actividad de Vacunación por la promoción misma que se ha venido haciendo a través de la canalización y de las campañas de vacunación que el gobierno ha implementado en los últimos años por ser la población infantil menor de 5 años el grupo de alto riesgo.

La pregunta No. 7 da como resultado la existencia del Programa Materno-Infantil que tiene a su vez los siguientes subprogramas Planificación Familiar y dentro de este la puerpera, Control Prenatal, Crecimiento y Desarrollo y dentro de este -- Prevención y Rehidratación Oral siendo todas estas actividades instituidas por el Sistema de Salud.

(Cuadro No. 21) En relación con el equipo necesario para la prestación de sus servicios en la UPA, los funcionarios encuestados opinaron que en algunos casos se presentan dificultades por la realización de su trabajo, destacándose: Las siguientes opiniones: Escaséz de equipo 42.85%, dificultad en el - transporte 14.28% y escaséz de material de consumo para las personas y el medio ambiente un 42.85%. Presentando porcentajes - iguales la escaséz de material y de equipo, constituyéndose es- to en un factor condicionante para la prestación oportuna y eficiente de los servicios, ya que esta puede ser una de las causa

CUADRO N° 21

EQUIPO NECESARIO DE LA UPA PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS

OPINIONES	F	%
ESCASES DE EQUIPO	3	42.85
DIFICULTAD EN EL TRANSPORTE	1	14.28
ESCASES DE MATERIAL DE CONSUMO PARA LAS PERSONAS Y EL MEDIO AMBIENTE.	3	42.85
TOTAL :	7	100 %

FUENTE : Datos obtenidos por las autoras mediante aplicación de Encuestas 1.986

les para que la comunidad en algunos casos presente desmotivación y solo esté respondiendo a la acción de la Promotora de Salud, que a través de las visitas domiciliarias realiza su acción de salud.

El ítem No.9 del anexo 3 que nos habla acerca de los canales de comunicación entre el equipo de salud y la comunidad da como resultado que el equipo de salud sí se comunica según respuestas del 100% dados por ellos mismos. Pero si analizamos a fondo el tipo de comunicación tenemos que decir que esta se da más que todo en los niveles auxiliares (Auxiliar de Enfermería, Promotora de Salud y Promotor de Saneamiento), quienes a través de las visitas domiciliarias establecen esa comunicación a través del contacto con la comunidad; mientras que con el personal Médico y Odontológico, se da esta comunicación es a través de la consulta, identificada la persona por su respectiva ficha. Situación esta que a nuestro entender y para los motivos del análisis consideramos que es esta un obstáculo para la identificación misma del equipo de salud con la comunidad, dejando a un lado el factor humano que se le debe imprimir a todas estas actividades, rompiendo con los esquemas tradicionales.

Por otro lado el equipo de salud afirmó en un 100% que Sí se le informa a la comunidad acerca de los diferentes programas que se desarrollan en la UPA, ya sea a través de la visita a la UPA, a través de la información que le da la misma Promotora.

El ítem 11 del anexo 3 la respuesta dada por el equipo de

Salud dicen que la comunidad está respondiendo positivamente; en ésta pregunta queremos destacar que en un alto porcentaje esta respuesta de la comunidad se debe más que todo a la influencia del personal auxiliar.

CAPITULO 4

PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD. (APS)

El desarrollo de los componentes de Atención Primaria en Salud, especialmente los correspondientes a extensión de coberturas; Participación de la Comunidad; Formación y Utilización de Recursos y la Coordinación Interinstitucional, determinan la necesidad de integrar disciplinas sociales que permiten el desarrollo de acciones de salud comunitaria a partir de la identificación de las características socio-culturales, necesidades, problemática de salud, los recursos y motivación de la comunidad para el desarrollo de programas.

Es importante que los profesionales de Trabajo Social se capaciten en el campo de la salud comunitaria, manteniendo un vagaje de conocimientos que respondan a los avances en el desarrollo conceptual de la salud y de los modernos pensamientos sociológicos frente a la participación de la comunidad en Programas de salud.

A partir de esta formación profesional el Trabajador Social como miembro de un equipo interdisciplinario en salud realiza sus aportes intelectuales y técnicos en las áreas de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación. Para esto el Trabajador Social debe tener claridad frente a su objeto de trabajo con cada uno de los grupos sociales en que se desarrolla la Atención Primaria.

Dentro de la problemática que genera la prestación de servicios de salud a la población, el tema de la extensión de cobertura, es sin duda alguna, uno de los más relevantes. El análisis del volumen de la población no cubierta, las limitadas posibilidades reales de llegar a ella y el costo social, representado en las causas de la morbilidad y mortalidad de muchas enfermedades que pueden ser prevenibles, ha despertado el interés creciente por encontrar mecanismos susceptibles de ser implementados.

La APS teniendo como uno de sus componentes la participación de la comunidad, se convierte en estrategia fundamental - para obtención de la ampliación de cobertura.

La acción de Trabajo Social estará enfocada a:

- a) Que las acciones de servicios ofrecidos lleguen efectiva-- mente a la Comunidad.
- b) Que los servicios de la salud ofrecidos incorporen en su - Diagnóstico y Tratamiento los factores de orden social que afectan o determinan el logro de la salud; apoyando la organización de la comunidad para su participación activa en los programas y actividades de salud y orientando la demanda social hacia servicios de Atención Primaria en Salud -- con los siguientes elementos:

PROMOCION: Informar, motivar y lograr el compromiso del equi-- po de salud (UPA) y de la comunidad para la participación decisiva en las acciones de salud.

ORGANIZACION: Orientar y canalizar los esfuerzos colectivos -

Considerando entonces la Participación de la Comunidad como una estrategia de desarrollo adoptada no solo a nivel Nacional sino también Mundial, con la cual se abren importantes perspectivas al desempeño profesional de los Trabajadores Sociales haciendo parte de los programas de Desarrollo Social, La Participación Comunitaria y su eficacia está abierta a la crítica - en la medida en que es una nueva posibilidad de trabajo hacia el cambio Social, siendo variado su significado de acuerdo al contexto socio-político donde se aplique.

4.1 AREA DE LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD

Teniendo en cuenta que este es un concepto, que en razón de sus implicaciones y de su formulación, es polémico, hemos considerado necesario darle una base teórica que brinde elementos para ubicarlo con mayor claridad en el contexto sico-social, económico y político donde se aplique. Al revisar los conceptos de Participación Comunitaria, encontramos que se utilizan indistintamente.

A grandes rasgos podemos resumir los planteamientos teóricos sobre la Participación de la Comunidad en Salud, en la realización de acciones de salud y en la participación en las decisiones propias de este campo.

Cuando se refiere al primer aspecto su contenido teórico se fundamenta así: "La Participación de la Comunidad adquiere gran importancia en las etapas iniciales de organización del -

programa a nivel local, no solo en la construcción de Puestos de Salud sino en la divulgación de las ventajas que habrán de conseguir los pobladores por medio de las acciones del programa, la contribución de las comunidades se concretan básicamente en la programación de actividades y en la provisión de materiales y mano de obra, moviliario, combustible, semilla, f_orraje, compra de medicamento, jeringa, lámpara, montura para caballos" (12).

La referencia es muy clara, puede recurrirse a la "utilización" de la población aunque la razón que lo motive puede - aparecer muy necesaria. En cambio cuando enfoca el ámbito de la participación en las decisiones el planteamiento cambia radicalmente: "La Participación de la Comunidad debe orientarse fundamentalmente a crear una conciencia en los individuos y colectividades sobre la real situación en que viven, sobre la relación de este con los otros sectores del diario vivir individual y colectivo, y sobre el desarrollo de su sentido de res--ponsabilidad para mejorar las condiciones de salud y de su vida en general" (13)

(12) Villegas, Hugo. RECURSOS HUMANOS Y PARTICIPACION DE LA -
COMUNIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MEDIO RURAL.
Boletín OPS 84(1); 19, 1978.

(13) Vargas T. Fortunato. EXTENSION DE LA COBERTURA, APS Y LA
PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD: DEFINICIONES Y CONCEPTOS
Boletín OPS. 1977.

La IX Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina se pronuncia así al respecto: "Se considera que La Participación de la Comunidad consiste fundamentalmente en la participación en las decisiones que la afectan, por lo que, a pesar de las dificultades y asperezas que puede traer en sus comienzos, los Servicios de Salud primarios deben inducirla.- Por otra parte, resulta fundamental que ella surja como consecuencia de la participación que en un proceso más amplio e integral de cambio comunitario, antes que de una iniciativa sectorial unilateral" (14)

La OPS en el informe que presentó a la cuarta reunión especial de Ministros de Salud en 1977, fija así su pensamiento: "La comunidad puede participar de muchas maneras en todas las etapas del proceso de extensión de cobertura de Servicios de Salud. El aporte de mano de obra y recursos materiales cuando es lo único que se espera y que se exige de la comunidad, no es testimonio de participación en el sentido que se le dá al término, la comunidad como en su papel de generadora de servicios que le ofrece el sistema Institucional, debería participar en la toma de decisiones, y en la programación, ejecución, control, y evaluación así como la supervisión de los servicios"(15)

(14) IX CONFERENCIA DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA DE AMERICA LATINA. Informe final. Educación Médica y Salud. 11(1) 65, 1977.

(15) EXTENSION DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON LAS ESTRATEGIAS DE A.P Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD. Boletín OPS 83(6): 486, 1977.

El documento sobre la Participación de la Comunidad en -- los programas y actividades del sector Salud (16) producto de las propuestas para el rediseño del Sistema Nacional de Salud, expresa así su concepción acerca de la participación comunitaria: " En términos generales, es un proceso que tiende a que la comunidad conozca de salud, decida, actúe y mejore ella misma su actual situación. Un hombre que llegue a comprender que la salud de él, de su familia y del grupo es parte de una situación social en donde esté incluido la vivienda, la educación su ingreso, sus posibilidades reales, abandonará posturas ingenuas y dentro de su organización presionará para mejores conquistas para el grupo, para la sociedad y sobre todo para las generaciones que vienen. Cuando adquiera una conducta política frente a la salud abandonará la conducta mendicante como fin, frente a los servicios que el estado le proporciona."

(17)



(16) Ramirez, Hernán y Vasco Alberto. REDISEÑO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DEL SECTOR SALUD. Ministerio de Salud Pública 1973.

(17) Colombia, Ministerio de Salud. COMPONENTE DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. - 1979.

102

El componente participación de la comunidad en el Sistema Nacional de Salud, emanado del Ministerio se expresa así - al respecto: "Organizar la comunidad para obtener su participación activa en la definición, ejecución y evaluación de los programas y actividades comprendidas en el Plan Nacional de - Salud". (18)

Se considera para efecto del marco conceptual que plantea este documento, que el diferente ámbito de la participación ó sea la realización de acciones en salud ó la participación en las decisiones, más que una carencia teórica expresa una situación problemática que pretende trasladar de un contexto a otro que se le opone diametralmente, una técnica que en uno - de ellos produce buenos resultados.

Fergusson dice: " Entristece un poco el ánimo hacerse la reflexión elemental de que los actos que tienen implicaciones sociales poseen consecuencias y significados muy distintos se gún el sistema socio-político en que se llevaron a cabo".

Se afirmó antes, la importancia de la relaciones sociales en el análisis y como éstas son propias de una determinada forma de organizar la producción de los bienes materiales, su determinación es inseparable y por lo tanto no se puede trasla--

(18) Hevia, Patricio. LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN --
LOS PROGRAMAS DE SALUD. Educación Médica y Salud, 11 --
(3): 264, 1977.

dar sin la base que la sustenta.

La participación en las decisiones no puede darse en un tipo de organización social que propicie unos pocos con propiedad, frente a una mayoría sin ella, que se traduce en lo que a participación respecta, en una comunidad como mayoría sin propiedad y sin participación, frente a una minoría con propiedad de medios de producción y por lo tanto con participación. Como consecuencia de la idea anterior la participación y la propiedad son requisito la una de la otra.

El problema de la participación de la comunidad en salud así concebido, supera los esquemas técnicos de ser componentes de la Atención Primaria para la extensión de cobertura y se -- convierte en una situación de poder.

La definición política-técnica del campo de la participación de la comunidad en salud precisa puntualizar qué se entiende por él, puesto que la respuesta comunitaria dependerá en el alto grado del papel que se le asigne en el proceso.

Una de las razones que frecuentemente se acuden para ubicar la Participación de la Comunidad en Salud en el campo del actuar, se refiere a la poca competencia de la población para expresarse a cerca del problema de la salud, considerado este como alta complejidad que requiere un alto nivel de especialización y de lenguaje adecuado.

Nuevamente aparece la necesidad de definir y ubicar el concepto y para ello se requiere precisar que entendemos por salud. Si esta significa cuando se ha perdido, o tal vez la

aplicación de sofisticar tecnología propia del avance científico, o el debate técnico, propio de algunos privilegiados, acerca de su ubicación en el proceso de desarrollo, es evidente que escapa al patrimonio de la población.

Si por el contrario se incorporan en la discusión, los resultados de la práctica diaria que señalan como la salud-enfermedad es más bien resultante que factor aislado, que depende de muchos factores entre los cuales puede mencionarse: Un empleo cuya remuneración alcance para la satisfacción de las necesidades familiares, acceso a la educación y disfrute de la cultura como patrimonio humano, adecuada vivienda, ingestión de alimentos de acuerdo a los requerimientos protéicos-calóricos, además de las condiciones que hacen posible el pleno desarrollo individual y colectivo, es decir, se ubica la salud dependiendo de las condiciones de vida de la colectividad.

Otro elemento que aporta elementos de análisis, es la evidencia histórica de las formas de respuesta ante la enfermedad. De alguna manera se enfrenta el hecho mórbido y ante la ausencia, o insuficiente cobertura institucional, la comunidad produce sus propias formas de atención.

Existe un importante caudal de conocimientos populares en salud cuya efectividad probada bajo ciertas circunstancias, empiezan a ser objeto de estudio por la denominada medicina científica o conocimiento oficial.

2.3 LA ARTICULACION INTERSECTORIAL

En el desarrollo de la Atención Primaria, la coordinación intersectorial es el elemento que facilitará el desarrollo integral del individuo, la familia y la comunidad a través de procesos de desarrollo económico y social cuyo objetivo sea elevar el nivel de bienestar de la población.

La coordinación intersectorial en salud es un elemento indispensable para la identificación de necesidades, y el desarrollo y fortalecimiento de valores, intereses y aptitudes a través de la programación de acciones preventivas y de promoción de la comunidad.

4.3 FORMACION Y UTILIZACION DE RECURSOS HUMANOS

Se considera necesario formular estrategias de formación y utilización de recursos humanos, orientados a satisfacer las necesidades de los programas según las condiciones de cada región.

En la formación y utilización de recursos humanos para el desarrollo de acciones de salud en APS, es necesario definir la participación de especialistas profesionales generales y personal auxiliar estableciendo niveles de intervención y objetivos de trabajo en cada uno de estos grupos humanos que permitan una mejor utilización del recurso y una mayor calidad en el desarrollo de las acciones.

Así mismo definir la participación de líderes de la comu
nidad en el ejercicio de acciones preventivas.

CONCLUSIONES

1. La Atención Primaria de Salud (APS), debe recibir el apoyo de los niveles más especializados de asistencia, en cuanto respecta a sus aspectos técnicos, orgánicos y administrativos. La definición de diferentes niveles de asistencia sanitaria, que conlleva el establecimiento de un sistema de Atención Primaria de Salud, es una necesidad absolutamente prioritaria en cualquier país del mundo. La Atención Primaria en Salud no es una "medicina de segunda categoría" ni "una medicina para los pobres de los países insuficientemente desarrollados", sino un sistema racional y efectivo de atención de salud en cualquier tipo de condiciones.

2. Las acciones de salud desarrolladas a través de la estrategia de APS, sin lugar a dudas han contribuido positivamente en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, situación que se puede optimizar en el menor tiempo posible en la medida que se adquiera mayor conciencia sobre la importancia de la misma y el beneficio que representa la integración de la comunidad a quién va dirigida, y se apliquen los correctivos necesarios a los procedimientos administrativos que frenan su desarrollo.

3. La Participación de la Comunidad dentro de la APS es -

un elemento necesario para la planeación y ejecución de acciones que partan de las características culturales de la población, la identificación de necesidades, el análisis conjunto sobre alternativas de solución, la adecuación de recursos existentes y de evaluación de lograr por parte de la misma comunidad.

4. La Participación Comunitaria y dentro de ella el accionar de Trabajo Social, no debe quedarse a simple nivel de ejecución de acciones, como aportes económicos ó de trabajo material, porque se desvirtúa el objetivo promocional que conlleva, a través del cual se busca la habilitación de los grupos humanos para intervenir real y efectivamente en la transformación de la realidad.

5. La Participación Comunitaria será pensada en términos estratégicos, esto es, teniendo en cuenta: Las fracciones de clase con quienes se trabaja, los métodos de promoción, las alianzas, las relaciones con programas estatales, los objetivos que se pretenden etc., trabajando así mismo el profesional de Trabajo Social con los componentes de: Sensibilización, Educación, Integración Social, Motivación hacia el desarrollo y fortalecimiento de intereses, Aptitudes, Valores y Capacidades intelectuales a través del Estudio y la Investigación.

RECOMENDACIONES

1. Para que se constituya condición fundamental de enfrentar conjuntamente la búsqueda de las soluciones más adecuadas a los problemas de salud que más afectan a estas comunidades se hace necesario un nivel más profundo de integración requerido entre la Promotora de Salud y la población, aún cuando se observa una actitud positiva de la misma, con respecto a la participación de la comunidad en las acciones de salud que se desarrollan en la UPA.

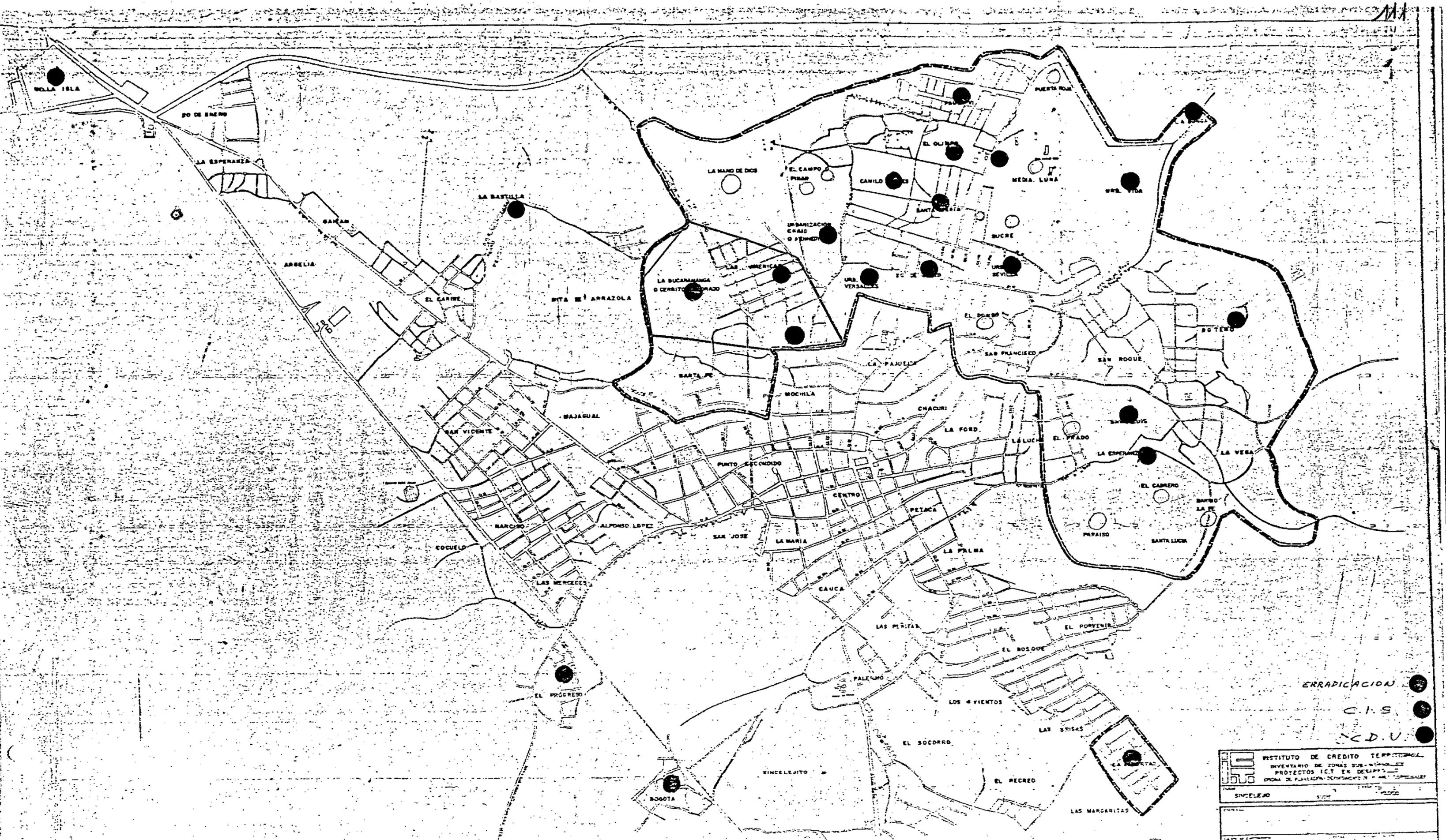
2. Realizar y mantener actualizado el diagnóstico de la situación de salud mediante estudios demográficos, sociales, económicos y culturales que incluyan los parámetros básicos de atención a las personas, atención al medio y participación de la comunidad, en la forma más específica posible para cada una de las características locales. Es conveniente, para ello, contar con todo el equipo de salud y la información que pueda recoger el personal de Auxiliares de Enfermería, Promotoras de Salud y Promotor de Saneamiento, que deben capacitarse con el fin de evaluar en forma periódica el avance e impacto de los proyectos en el futuro.

3. El Equipo de Salud debe estar convencido de que el papel que desempeña el dirigente de la comunidad en las cuestiones de salud reviste una importancia decisiva, y que es preci-

110

so capacitarle para que pueda cumplirlo como es debido viéndose favorecido el proceso de participación de la comunidad si el equipo de salud y todos los funcionarios de la región se mantienen en relación constante con los dirigentes de la comunidad y les informan tanto de los problemas sanitarios locales como de los riesgos que encierran las actitudes paternalistas y autoritarias.

La APS debe implicar la integración de acciones en los diversos niveles de atención, que implique la participación del personal especializado, profesional y auxiliar, la integración de líderes de la comunidad en la medicina tradicional brindando una respuesta oportuna a las necesidades del área geográfica y complejidad de la situación.



ERRADICACION

C.I.S.

C.D.V.

INSTITUTO DE CREDITO TERRITORIAL
 INVENTARIO DE ZONAS SUB-URBANAS
 PROYECTOS I.C.T. EN DESARROLLO
 OPINA DE PLANEACION, DISEÑO Y CONTROL TERRITORIAL

SINCELEJO

EL PROGRESO

LA ESPERANZA

LA VEGA

112

CUESTIONARIO

ANEXO N°2

COMUNIDAD: _____

Vivienda No. _____ Fecha _____

A. Concepción Salud-Enfermedad:

1. ¿Qué es para usted una persona sana? _____

2. ¿Qué es para usted una persona enferma?

3. ¿Por qué cree usted que la gente se enferma?

4. ¿Cómo cree usted que se evitan las enfermedades?

5. ¿Cuáles son los problemas de salud que tiene su comuni-
dad? _____

6. ¿Enumere los problemas que considere más importantes?

7. ¿Qué solución propone a estos problemas? _____

B. Actitud frente a la Promotora: _____

8. ¿Conoce usted las funciones y actividades que realiza -
la Promotora de Salud?

SI _____ NO _____

¿ En qué consisten esas funciones y actividades? _____

Si su respuesta es NO, ¿Por qué? _____

9. ¿Cree usted que las actividades que realiza la Promotora -
son convenientes para su comunidad?

SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

¿Qué propone usted? _____

10. ¿Usa el servicio que presta la Promotora?

SI _____ NO _____

¿ Con qué frecuencia? _____

¿ Por qué ? _____

11. ¿Cuánto le cobra la Promotora por sus servicios? _____

¿Cree usted que esas tarifas están a su alcance?

SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

12. Cree usted que los precios de los medicamentos están al -
alcance de su economía familiar?

SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

¿Qué propone? _____

114

13. ¿Cómo ve usted el papel que desempeña la Promotora de su comunidad? _____

14. ¿Qué papel desempeña la Promotora de su comunidad? _____

C. Participación de la Comunidad:

15. ¿Qué entiende usted por Participación de la Comunidad? _____

16. ¿Qué entiende usted por la Participación de la Comunidad en campañas de Salud? _____

¿Cree usted que debe participar? _____

¿Cómo? _____

¿Por qué? _____

17. ¿Cree usted que los agentes de la medicina tradicional debieran participar en acciones de salud organizadas por la comunidad? _____

¿Por qué? _____

18. ¿Conoce usted las organizaciones existentes en la Comunidad?
dad?

SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

19. ¿Conoce usted las funciones y actividades que realizan -
éstas organizaciones?

SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

¿En qué consisten estas actividades y funciones? _____

20. ¿Cree usted que las organizaciones existentes en su comu-
nidad sirven para resolver los problemas de Salud?

SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

21. ¿Cree usted que se debiera crear otras organizaciones con
objetivos específicos en Salud?

SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

116

CUESTIONARIO

ANEXO N°3.

1. De los servicios que presta la UPA, ¿Cuál es el que más utiliza la comunidad? _____

2. ¿Responde la comunidad a los servicios prestados por la UPA?

SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

3. ¿Colabora la comunidad con los programas llevados por la Promotora de Salud?

SI _____ NO _____

¿En qué forma? _____
¿Por qué? _____

4. ¿Con qué frecuencia se realiza en la UPA, el programa de inmunización? _____

5. ¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes que presentan? _____

MA

6. ¿Realiza la UPA, acciones sobre prevención y lucha contra enfermedades endémicas, (Educación en Salud)? _____

7. ¿Cuenta la UPA, con programas específicos para la asistencia Materno-Infantil?

SI _____ NO _____

Mencione estos programas: _____

8. ¿Cuenta la UPA con el equipo necesario para la prestación de sus servicios? _____

9. ¿Existen canales de comunicación entre el equipo de salud y la comunidad?

SI _____ NO _____

¿Cómo se dá esta? _____

10. ¿Se le informa a la comunidad sobre los diferentes programas que desarrolla la UPA? _____

11. ¿Cómo responde la comunidad a los diferentes programas que lleva la UPA a través de su equipo de trabajo?

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

118

Bustamante Jairo, Avila Alejandro y Jaramillo Martha.
INFORME FINAL DEL PRESTAMO 1558 CO PROGRAMA INTEGRA -
CION DE SERVICIOS Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD. Se
cretaría de Integración Popular. Bogotá 1985.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. ANALI -
SIS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD. -
Vol. 94 No. 3 Marzo 1983.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol 98
No. 1 Enero 1985.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. UN EN -
FOQUE PARA LA ATENCION PRIMARIA. Vol. 98 No. 2 Febre
ro 1985.

Convenio Colombo - Holandés de Salud. EXPERIENCIAS -
EN ATENCION PRIMARIA. Ed. Gente Nueva. Bogotá 1981.

Foro Mundial de la Salud. REVISTA INTERNACIONAL DE -
DESARROLLO SANITARIO. Vol. 1 No. 1 y 2 O.M.S. Gine
bra 1980.

Foro Mundial de la Salud. REVISTA INTERNACIONAL DE -
DESARROLLO SANITARIO. Vol. 2 No. 2 O.M.S. Ginebra
1980.

119

Foro Mundial de la Salud. REVISTA INTERNACIONAL DE DESARROLLO SANITARIO. Vol. 3 No. 4 O.M.S. Ginebra 1982.

Frederick Muller, PARTICIPACION POPULAR EN PROGRAMAS DE ATENCION SANITARIA PRIMARIA EN AMERICA LATINA. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.

Hal Mahler. EL SENTIDO DE LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2.000. Foro Mundial de la Salud. 1981.

Héctor R. Acuña. SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2.000. DIA Mundial de la Salud. Oficina Sanitaria Primaria. 1981.

Héctor R. Acuña. INFORME DEL CUADRIENAL 1974 - 1977, - ANUAL.1977. Oficina Regional de la O.M.S. 1978.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ASPECTOS PRACTICOS SOBRE NUTRICION Y ALIMENTACION QUE AYUDAN A PROTEGER LA SALUD DE SU FAMILIA. 1984.

Jaramillo, Alfonso. DESARROLLO DE UNA POLITICA DE SALUD 1978 - 1981. Colombia 1981.

Ministerio de Salud. ATENCION PRIMARIA. Bogotá 1985.

Ministerio de Salud. PLAN DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD. Bogotá 1985.

120

Revista de Trabajo Social. PROGRESOS Y POLITICAS SOCIALES. Bogotá 1985.

Sistema Nacional de Salud. LA DECISIVA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD 1979 - 1982. Subsistema de Planeación Bogotá 1980.