

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Maestría en Gestión de Servicios de Salud

Tesis de Maestría en Gestión de Servicios de Salud

2000

Participación en atención primaria de salud

Bund, Susana Eva María

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/392>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

1989

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Y SERVICIO SOCIAL

TESIS

Participación en atención primaria
de la salud

SUSANA E.M. BUNO

2000

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DE PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PROPUESTA DE TESIS:

PARTICIPACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

AUTORA:

❖ **SUSANA EVA MARÍA BUND**

MEDICA

ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS:

❖ **Dra. MARTA VACCHINO**

AÑO 2000

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
1989	
Vil	gen. ult.
Universidad Nacional de Mar del Plata	

Trabajo de tesis para optar al título de
Magister en Gestión de Servicios de Salud

Tesista:

❖ SUSANA EVA MARÍA BUND

Médica

Especialista en Obstetricia

TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

**MAGISTER EN GESTIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD**

MAR DEL PLATA PROVINCIA DE BUENOS AIRES- 2000

DIRECTOR DE TESIS:

❖ DR. MARTA VACCHINO

BIOQUIMICA

DRA. EN CIENCIAS QUIMICAS

MASTER IN SCIENCE, EN EPIDEMIOLOGIA

Agradecimientos

Agradecimientos especiales por su colaboración y aporte permanente:

Dr. Gregorio Osvaldo Izús,
Licenciada Fernanda Zubeldia Bund.
Florencia Zubeldia Bund.

Por su asesoramiento académico permanente:

Dra. Martha Vacchino.
Magíster Elena Cristina Schaumeyer.

Por asesoramiento en Informática:
Licenciada Fernanda Zubeldia Bund
Ingeniero Osvaldo Martínez.

Agradecimiento a los Actores Sociales y al Personal del Subcentro de Salud el Martillo por el apoyo brindado durante mi gestión en el Área.

Reconocimiento especial a la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social por las múltiples gestiones realizadas para poder concluir con la Maestría.

INDICE

Resumen	6
Introducción	8
Fundamentación	11
Objetivos	18
Marco teórico	19
<i>Atención Primaria de la Salud</i>	19
<i>Salud y Enfermedad</i>	32
<i>Participación Comunitaria</i>	46
Diseño Metodológico	51
Resultados	61
<i>I. Descripción de Poblaciones</i>	61
<i>II. Opiniones comparadas</i>	66
<i>III. Relación de las respuestas entre líderes y personal de salud</i>	84
<i>IV. Patrón de diferencia entre ambas subpoblaciones a través del análisis multivariado</i>	92
Discusión	95
Conclusión	100
Anexos	104
<i>Encuesta destinada a personas que desarrollan tareas comunitarias y en Organizaciones No Gubernamentales</i>	104
<i>Encuesta al Personal de Salud</i>	109
Bibliografía	113

RESUMEN

El presente es un estudio sobre la participación social en las actividades de Atención Primaria de la Salud en el área programática del Subcentro de Salud El Martillo, Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires.

Se solicitó la opinión de los Actores Sociales y el Personal del equipo de salud de la Institución mencionada sobre los siguientes aspectos: relación entre las organizaciones formales e informales de la comunidad, voluntad de participación en actividades concernientes a la Atención Primaria de la Salud, tales como la problemática sanitaria, planificación en gestión de recursos, cobro de prácticas a obras sociales, y prepagas que utilizan los servicios; la descentralización y la creación de un espacio de discusión como un Foro Comunitario y la Figura del Defensor de la Salud.

El instrumento utilizado fue una encuesta, el tipo de estudio: exploratorio, descriptivo, correlacional y transversal. Se obtuvo una muestra voluntaria de actores sociales y al total del personal de salud. Se procedió a conformar la opinión de los líderes comunitarios y la del personal de salud. Para el análisis estadístico se utilizaron los paquetes estadísticos Stata v5 y SPSS v9. Se realizó un análisis descriptivo univariado de las variables involucradas, asociaciones entre variables en cada una de las poblaciones, y entre las poblaciones mediante una prueba paramétrica χ^2 , un análisis discriminante sep-wise (multivariado) entre ambas poblaciones, para detectar las variables principales que permitieran caracterizar el patrón de diferencias entre las poblaciones en estudio.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: entre los grupos existió una buena relación, estos mayoritariamente tienen intención de aportar conocimientos y participar en actividades conjuntas.

Ambos sectores consideraron que deberían aportar su conocimiento sobre los problemas de salud e intervenir en la planificación de las actividades.

Por otro lado, la mayoría de los encuestados opinaron que debería haber un arancel para los afiliados a las obras sociales, mutuales y prepagas, que utilizan los servicios del sistema público. Los actores sociales optaron por la descentralización y el personal por una administración combinada. Tanto la creación de un foro comunitario como la figura del Defensor de la Salud recibió aprobación mayoritaria.

Finalmente se propone poner en conocimiento de las autoridades Municipales y de los grupos intervinientes, el resultado de la investigación a fin de que se inicie conjuntamente la búsqueda de un espacio o ámbito tripartito para tratar temas de salud individual y comunitaria.

PARTICIPACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene que ver en primer lugar con la realidad, con todo aquello que forma parte de lo cotidiano de la vida de los miembros de la comunidad.

Reconoce como origen las vivencias y experiencias adquiridas a lo largo de 32 años de ejercicio de la medicina y 15 años a cargo de la Atención Primaria de la Salud (APS), en un sector geográfico de la ciudad de Mar del Plata, perteneciente al Partido de General Pueyrredón de la provincia de Buenos Aires, cuya población es equivalente a una ciudad mediana, con toda la problemática socio – económica – cultural propia de tal caudal de población y con una composición muy heterogénea.

A las puertas del siglo XXI es la oportunidad para pensar en el futuro y en la vida, más que en la enfermedad y la muerte, para desarrollar el binomio “salud – sociedad”, y darle voz a otras voces de la sociedad, superando el tradicional monólogo medico asistencial, porque ellas tienen mucho que decir sobre los temas que enlazan al diario vivir de los individuos y las comunidades con las preocupaciones y requerimientos, para que la salud integre una forma más feliz y justa de vivir para todos y no para unos pocos.

Pensar en el futuro a partir del presente. Frente a la visión contemporánea tradicional y cientificista, cuyo fracaso está asociado con el del paradigma “salud para todos en el año 2000”, se torna evidente la necesidad de un abordaje del problema desde otra perspectiva.

Ello implica la necesidad de disponer de adecuadas herramientas conceptuales para entender y actuar mejor en el campo de la atención primaria de la salud, conciliando su visión desde la perspectiva del ciudadano común y

corriente para quien la salud no es una meta utópica, sino una necesidad, un derecho y un deber elementales, con la propuesta abarcativa y contenedora de los expertos, en un enfoque orientado a la búsqueda de consenso y de su aceptación por parte del estamento que determina las políticas de salud.

La pretensión es dotar a la propuesta de un marco académico que exceda la exposición de conceptos, o la de una mera construcción intelectual, y sea el fundamento y punto de partida para la elaboración de una propuesta actualizada e integral para la APS del futuro próximo. Que sirva para poner en marcha un proceso de aprendizaje que incorpore la sustancia de los temas que trata, que exceda a la mera absorción de conocimientos, que permita su internalización y utilización en el análisis de la realidad circundante, en pro del bien común en el campo de la APS, y para quienes por su profesión y función están a cargo de la misma, puedan llegar a convertir en realidad tal propuesta.

No constituye un desafío ni es una proposición novedosa. Reconoce su origen en una problemática universal que los distintos países han debido y deben afrontar en el tiempo y con posibilidades diferentes.

No escaparon a ello, los países hoy llamados del “primer mundo”, tales como EEUU y Canadá, entre otros, en razón de que allí la gente se sintió defraudada por las instituciones y ante la falta de soluciones verticales efectivas, cayeron en cuenta que solo podían confiar en sí mismos y a partir de ese convencimiento buscaron soluciones por distintos caminos.

A fines de la década de los '70, la OMS universalizó la problemática y la búsqueda de soluciones (Alma Ata 1978), incorporando al “tercer mundo” constituido por los denominados países subdesarrollados o en vías de desarrollo, proponiendo y recomendando a los países miembros, la APS, como herramienta apta para el cumplimiento del objetivo, fechando su meta (salud para todos) en el año 2000.

Cumplida la fecha, en general e internacionalmente, la situación sanitaria no ha variado y si bien hay algunas excepciones, en otras comunidades se ha agravado notablemente. Entre las causas del fracaso, quizás el tema del presente estudio y su falta de concreción constituya una de ellas.

La comunidad de El Martillo no ha escapado a la sensación de desaliento, de necesidades no satisfechas, de expectativas defraudadas y de falta de interlocutores válidos.

Esta afirmación es la resultante de diálogos informales, a lo largo de 15 años en el Subcentro de Salud El Martillo, dependiente de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón, ciudad de Mar del Plata, con los usuarios de los servicios, vecinos, líderes comunitarios, educadores, vecinalistas, religiosos, personal del equipo de salud, las autoridades técnicas y políticas; y muy especialmente con los miembros de la comunidad que como directivos, colaboradores, socios y participantes de una asociación civil denominada Fundsalud. A.C, 1990. Esta entidad sin fines de lucro, durante una década actuó como cooperadora y patrocinadora de programas especiales, planificados, instrumentados y ejecutados por y en la institución, actividades que fueron discontinuadas por falta de apoyo político.

Podría argumentarse con rigurosidad crítica, que sólo se trata de intuiciones o sospechas no fundadas ni comprobables. Sin embargo una revisión de la literatura ad hoc (Dever, 1991) señala que esta sensación es compartida por las comunidades "desde Alaska hasta Tierra del Fuego" en mayor o menor grado y en función de las situaciones socio - económicas - culturales propias de cada una de ellas.

Una extensa bibliografía elaborada en los últimos 30 años (Dever) da cuenta del interés con que ha sido abordada esta problemática por los expertos, de los hallazgos de sus investigaciones y estudios, de las propuestas de solución elaboradas, de las dificultades afrontadas, de la experiencia adquirida y los

resultados obtenidos con su puesta en práctica, lo que permite concluir en la existencia de un cuerpo de doctrina general referido al tema en investigación.

El presente trabajo se elabora como un aporte a la Atención Primaria de la Salud, que surge del análisis de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud, en 1978, aceptada por la mayoría de los países miembros

Consciente de lo mucho que se ha elaborado referente a esta estrategia de atención, cabe agregar que ha sido enriquecida por el nuevo concepto de campo de la salud. (Dever, 1991). Se enfatizó en la necesidad de ejecutar acciones sobre el binomio salud - enfermedad, con acento sobre las acciones de salud principalmente basadas en la promoción y en la prevención.

Al compartir esta filosofía cabe considerar que uno de los elementos más importantes para producir cambios, fue y es, el hecho de que “despertar el interés en la participación es esencial para disponer de un mecanismo para la participación continua grupal (no solo de individuos), preferentemente por medio de una organización creada por la propia comunidad”. (Roux y Petersen, 1990)

2. FUNDAMENTACIÓN

Antecedentes de participación comunitaria en el servicio de salud.

En el Subcentro se implementaron algunas actividades de APS logrando establecer relaciones con la comunidad a través de actividades principalmente educativas, las cuales permitieron mejorar indicadores de salud materna tales como las tasas de aborto y embarazos no planificados. Por otro lado se incursionó en actividades productivas familiares como implementación de huertas y conservación de alimentos.

Sin embargo surgen inquietudes: si realmente los representantes comunitarios y el personal de salud se han sentido en alguna medida interactuando unos con otros, generando una relación estrecha enmarcada en la comunicación y el diálogo. Por otro lado, si han estado conformes respecto al espacio que las autoridades municipales otorgaron a su participación en las decisiones y actividades de salud comunitaria.

Dado que parece avecinarse cambios radicales en la organización e implementación de los servicios de salud, cabe preguntarse acerca de la posición de representantes de la comunidad y personal de salud ante temas actuales como cobro y descentralización de servicios, y creación de foros comunitarios y defensorías de salud.

Comunidad, técnicos y políticos forman tres grupos que deberían intervenir en el proceso de planificación ya que cada uno de ellos desde su posición tiene una visión diferente de necesidades referidas a l proceso de salud y enfermedad.

En la práctica ello no ha ocurrido, salvo escasas y muy limitadas experiencias, por lo que la participación comunitaria en la Atención Primaria de la Salud ha constituido hasta ahora más una expresión de deseos que una realidad concreta.

El presente estudio trata de aportar la visión que tiene el personal asistencial y los representantes de la comunidad con respecto a cuestiones de participación en salud y las posibilidades de realizar acciones conjuntas con el apoyo de las autoridades sanitarias.

Los resultados que se obtengan permitirán saber si los actores sociales y el personal de salud acepta la participación comunitaria y en que medida, y por otra parte contribuirá a mejorar la relación entre ambos sectores, favoreciendo la calidad de las intervenciones, así como programar actividades que podrían elevar el nivel de salud de la población y optimizar los recursos disponibles.

Tendría además, relevancia socio política, ya que justificaría la conveniencia de aceptar e incorporar las sugerencias, opiniones e informaciones aportadas por los miembros de la comunidad de manera de mejorar las acciones de prevención, promoción, educación para la salud, aporte de recursos, etc. Beneficiaría también, al conjunto de la comunidad por los aportes positivos que pudieran resultar.

Si bien en un comienzo la participación involucraría solo a un segmento de la comunidad como lo son los representantes comunitarios (líderes) o algunos actores sociales relevantes, de a poco deberían irse incorporando un mayor número de voluntarios, con lo que todo el sistema se vería beneficiado con la aplicación de esta estrategia.

Ayudará a ejecutar las acciones de educación para la salud tendientes al cambio de estilo de vida, fortalecer los vínculos familiares, favorecer la creación de ámbitos de discusión de problemas comunitarios (foros) etc. A través de estas acciones también se contribuirá a mejorar la salud comunitaria mediante el tratamiento preventivo de los factores de riesgos sanitarios, ambientales y sociales.

En síntesis, la finalidad del estudio consiste en realizar un aporte que permita construir las bases de un área de demostración de funcionamiento de un sistema de atención primaria de la salud con posibilidades de extensión a todos los centros periféricos dependientes de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón, a través de una racional planificación de acciones en los barrios de acuerdo a reales necesidades de la población contando con la intervención de la propia comunidad en beneficio de su salud tanto en la comunicación de sus necesidades básicas de salud como motivar el uso de su ingenio y capacidad para la generación de nuevos recursos fuera del sector oficial.

Por otra parte mantener una sólida vinculación con los restantes componentes del sistema de salud trabajando mancomunada e integralmente con ellos a fin de descongestionar los grandes hospitales mediante la atención de baja

complejidad en los centros asistenciales, así como un adecuado sistema de referencia de usuarios entre niveles.

Preguntas de investigación:

1. ¿Existe en alguna medida relación, entendiéndose esta como comunicación y diálogo respecto a problemas de salud entre los organismos comunitarios y el centro de salud en el área programática de Atención Primaria Salud (APS) del Subcentro de Salud El Martillo, dependiente de la Municipalidad de General Pueyrredón, Ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina?
2. ¿Es opinión de la comunidad y el equipo de salud que la autoridad municipal propicia o convoca a la participación comunitaria en el Subcentro de salud El Martillo?
3. ¿Desean los organismos comunitarios y el personal de salud ser consultados en temas de salud comunitaria?
4. ¿Están la comunidad y el equipo de Salud dispuestos a realizar actividades en conjunto?
5. ¿De qué manera la comunidad y el equipo de Salud sugieren podrían colaborar en las actividades de salud participativas?
6. ¿Quiénes a juicio de los representantes de organizaciones comunitarias y personal de salud deberían involucrarse en las actividades participativas?
7. ¿Qué opiniones tienen los actores sociales y el personal de salud respecto a innovaciones como cobro de prestaciones y descentralización de la administración del centro de salud?

8. ¿Qué opiniones tienen los actores sociales y el personal de salud respecto a propuestas de organización comunitaria como creación de un foro comunitario y la creación de la figura de un representante de la comunidad que actúe como defensor de la Salud?
9. ¿Qué conjunto de variables permiten caracterizar las diferencias que muestran ambas poblaciones respecto a las cuestiones estudiadas?

CONTEXTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

El área programática del Subcentro de Salud El Martillo está delimitado por las calles: Talcahuano, Avenida Juan B. Justo, Camusso, Vertiz, Polonia y los límites con el Partido de General Alvarado, que es el ámbito de ejecución de programas y planes en atención primaria.

Esta conformado por el microambiente: que incluye todos los grupos con un interés real o potencial en la institución o que tienen influencia sobre la misma. Sucintamente, cuatro categorías constituyen el microambiente de una institución, el externo – el interno – de usuarios y de los competidores. (Dever, 1991.)

Estas categorías incluyen:

a) Medio ambiente externo: que comprende la población en general:

1. Descripción del área: tiene una conformación edilicia heterogénea resultante de las características socioeconómicas y culturales de la población asentada en sectores residenciales, de viviendas obreras, asentamientos marginales y sectores comerciales e industriales, con sectores urbanos, suburbanos y rurales. Los barrios que comprenden: Martillo, Fortunato de la Plaza, General Pueyrredón, Florencio Sánchez, El Progreso, Las Canteras, Santa Celina, Peralta Ramos Oeste, Areas rurales como Escuela 37, Cementerio Parque, Escuela 44 etc.

2. Población: fue estimada oficialmente en 35.000 habitantes en el año 1991. La demanda de la zona de influencia que integra el área programática no se tuvo en cuenta en ese relevamiento, de sumarse las áreas periféricas y rurales, esta prácticamente se duplica. Si bien se estimó que el 50 % de la población posee algún tipo de cobertura social y concurre al sector privado se consideró que ese número de pacientes constituye la demanda potencial del Subcentro.

3. Tipo de vivienda: 4 complejos habitacionales: SOIP con 32 monobloques de 2 pisos y 16 departamentos cada uno; el complejo Pampa de menor envergadura: 4 monobloques, de 8 departamentos cada uno, el de los viajeros de igual magnitud. También hay varios centros comerciales: el del barrio Martillo, del Estadio Mundialista José María Minela, de Talcahuano, de Fortunato de la Plaza, Hay algunos establecimientos fabriles chicos, talleres de carpintería metálica y de madera y de reparación de automotores, gomerías y comercio en general. Barrios con casa residenciales; casas de material, casas precarias y villas de emergencia: villa Cariño, villa Evita, villa de Fortunato de la Plaza, villa Pueyrredón, Triángulo, villa de la escuela 35, villa de las Canteras. Las calles son asfaltadas, en el barrio el Martillo, Florencio Sanchez, Peralta Ramos Oeste, solamente engranzadas en Santa Celina, las Canteras y Gral. Pueyrredón y parte asfaltada y engranzada en el resto de los barrios. También se encuentra el Polideportivo De los Juegos Panamericanos, varios hoteles y clubes deportivos Mitre, Colo Colo, Los Marplatense, canchas de tenis, Auto Club Mar del Plata, Asociación Marplatense de Tejo, centros recreativos y deportivos sindicales y escolares. Escuelas estatales: Provinciales Nº 26, 35, 36, 37, 44, 45, 50, 65, 68 y 70. Escuelas Municipales: Nº 1, Escuelas Privadas: Jesús Obrero, Escuelas Secundaria: 19, Jesús Obrero, Jardines de infantes: 511 y Privadas: Jesús Obrero, y William Morris, Municipales: Bichito de Luz, Hogar de día: Paula Albarracin, y William Morris, además hay varios templos de diferentes cultos: culto católico; Parroquia Cristo Resucitado, Capilla: Virgen de los Dolores, Virgen de los Milagros, Iglesia Evangélica, Luterana, Metodista, Testigos de Jehová. Se encuentra también en el área el predio de disposición final de residuos y los cementerios: Parque, Colina de Paz e Israelita.

4. Los habitantes son de clase media, clase media baja y baja, dedicados a actividades actualmente en crisis: pescado, construcción, cuentapropistas, empleados y obreros de otras actividades. La desocupación afecta al 22 % de la población activa buena parte de la cual se dedica al cirujeo, limpiar vidrios y cuidar automóviles en la vía pública. La población es mayoritariamente argentina, con minorías chilena, boliviana, uruguaya y paraguaya.
5. Los medios de comunicación: transporte colectivo de pasajeros, con varias líneas que pasan por el Subcentro de salud que se dirigen al centro de la ciudad, al puerto y línea al Hospital Interzonal de Agudos.
 - b) El medio ambiente interno: constituido por el equipo de salud y sus autoridades jerárquicas, empleados, personal de planta, Autoridades provinciales de programas, Sindicato de Trabajadores Municipales, Asociación de Profesionales, Zona Sanitaria 8º Hospitales Interzonales de Agudos y Materno Infantil, Instituto Nacional de Epidemiología, Instituto Nacional de Rehabilitación del Sur y otras dependencias municipales.
 - c) El medio ambiente de usuarios (pacientes), en el están incluidos los trabajadores de servicios contratados de limpieza, vigilancia, reparaciones y proveedores.
 - d) De los competidores: obras sociales, mutuales y prepagas, cuyos afiliados se atienden gratuitamente en el Subcentro (competencia negativa y también farmacias que medican (mala praxis).

En el macroambiente influye indirectamente sobre la organización a través del microambiente. Constituido por fuerzas fundamentales, incontrolables en gran escala y que pueden constituir oportunidades o amenazas para la organización y que influyen sobre la institución, tales como factores demográficos (migraciones internas), económicos (desocupación, trabajo informal, explotación de inmigrantes ilegales), tecnológicos, políticos, jurídicos y culturales (curanderos, analfabetismo y analfabetos funcionales). (Dever, 1991).

3. OBJETIVOS

3. 1. - *Objetivo general:*

Conocer aspectos referidos a la participación de representantes de la comunidad (líderes) y personal del Subcentro El Martillo en actividades de salud conjuntas, su relación con las autoridades de salud municipales, así como sus opiniones respecto a posibles innovaciones en la administración del servicio.

3. 2. - *Objetivos específicos*

1. Conocer si existe en alguna medida participación de actores comunitarios en actividades de atención primaria de la salud en el Subcentro de Salud El Martillo y si esta es propiciada por las autoridades de salud municipales.
2. Conocer si existe deseo por parte de los representantes comunitarios y del personal del Subcentro de Salud El Martillo de ser consultados por sus autoridades de salud, así como de participar en actividades conjuntas de Atención Primaria de la Salud.
3. Conocer la opinión de los actores sociales y el personal de salud sobre como y quienes podrían colaborar para mejorar el trabajo conjunto.
4. Conocer las opiniones de los representantes comunitarios y del personal de salud respecto a innovaciones como cobro de prestaciones y descentralización de la administración del Subcentro de salud así como sobre la creación de foros comunitarios y de la figura de un defensor de la Salud
- 5.- Conocer si hay concordancia entre las respuestas y opiniones de los actores sociales con las del personal del Subcentro de Salud.
- 6.- Determinar a través de análisis multivariado las variables que permitan caracterizar las diferencias entre ambas poblaciones.

4. MARCO TEÓRICO

4. 1. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

“Es una estrategia para satisfacer las necesidades básicas de salud de las comunidades” y “que es una asistencia sanitaria, basada en métodos y tecnologías científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en cada una de las fases de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. (OMS / UNICEF, 1978).

Se entiende a la Atención Primaria de la Salud, como primer contacto y la puerta de entrada de las personas y su familia al Sistema Nacional de Salud, mediante el ingreso de ellas a los centros de salud cercanos a su domicilio, pero lo más importante de esta consideración es la relación individual que se establece con el personal del equipo de salud. La intencionalidad de la declaración de la OMS, cuando enfatizó la asistencia a las familias y la incorporación de la comunidad fue destacar la importancia de la interrelación del personal de salud con cada paciente, el conocimiento del estado de salud, previo al de enfermedad, primer elemento de atención sanitaria, la importancia de las actividades preventivas y como condición: la interacción entre el equipo y la comunidad.

Otros aspectos fundamentales son: la aceptabilidad social, el costo sostenible por la comunidad y además, una atención esencialmente práctica y con base científica.

Barbara Starfield, 1994, define a la Atención Primaria de la Salud como la atención de primer contacto, continua, integral y coordinada, prestada a la población sin distinción de sexo, clase social, enfermedad de órgano o sistema.

Agrega la autora que esta atención está orientada a necesidades comunes de la población y que su objetivo son los miembros de la comunidad, a diferencia de la atención especializada que se dedica a las necesidades de salud de los pacientes. Considera también que, los problemas sanitarios que competen a la A.P.S. son múltiples y mal definidos, sus ámbitos de actuación son las consultas por demanda espontánea, programada y actualmente telefónica, en las unidades sanitarias y también en el domicilio, asistiendo las urgencias, interviniendo en la comunidad, en sus instituciones, grupos y asociaciones, en los medios de comunicación y otras organizaciones sociales.

Los factores que determinan la composición del equipo de salud en A.P.S. son la situación política, económica y la infraestructura sanitaria, las necesidades de salud, la disponibilidad de profesionales, la estructura poblacional, los objetivos y organización del sistema sanitario y las funciones atribuidas a los profesionales del equipo de salud.

4.1.1- CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN A.P.S.

La Dra. Roser Marquet Palomer (Seminario Internacional de Calidad en A.P.S.), Buenos Aires, año 2000 presentó en los siguientes términos una visión estratégica, de ella.

- 1) "El saber convencional, poco fundamentado en la investigación de cómo se presentan los problemas en las consultas, se manifiestan y evolucionan las enfermedades en este nivel de atención, proceso particular, del que se ignora cuál puede ser el resultado."
- 2) "Contenido de las prácticas: alta incidencia de patologías agudas y / o autolimitadas, alta prevalencia de enfermedades crónicas o recurrentes ya diagnosticadas, de componentes psicosociales, presentación temprana de patologías graves y de personas sanas."
- 3) "Dilema de sobreestimación / subestimación en la atención del paciente, e importancia de la detección de los signos de alarma sobre el ruido. Dificultad para medir el resultado."

- 4) "Importancia de la relación interpersonal y el acceso al profesional."
- 5) "Las fuentes de atención están dispersas en espacio y en tiempo, intervención de personas ubicadas en distintos lugares y de organismos no sanitarios (escuelas, clubes, organizaciones sociales y otros)".
- 6) "Realidades culturales y organizativas distintas, coordinación y comunicación muy vulnerables, carencia de registros comunes, duplicidades, aislamiento profesional (en zonas rurales)."
- 7) "Papel de los profesionales: Primer contacto, relación longitudinal en el tiempo, integración, coordinación y continuidad en las acciones. Las funciones: diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, prevención primaria, secundaria y terciaria, psicoterapia y atención psicosocial, educación para la salud, gestor sanitario docente, e investigador."
- 8) "Papel del integrante de la comunidad, que requiere atención sanitaria (Paciente): activo, decide si sigue las recomendaciones o no, (dieta, medicación, exploraciones.), importancia de la confianza en el profesional (no en la institución), importancia del acceso al mismo."
- 9) "Gestión en A.P.S. sistemas escasamente desarrollados, clasificación de los problemas de salud compleja, personal de apoyo poco profesionalizado. Registros breves, incompletos, poco organizados e ilegibles. Alta burocratización de la consulta y no hay base de datos mínima."

4.1.3. CONTEXTO SOCIO – ECONÓMICO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

El objetivo de la Atención Primaria es ejecutar acciones de tal carácter previamente planificadas y programadas.

Estos planes y programas se encuentran fuertemente condicionados por el grado de desarrollo socioeconómico del ámbito de su ejecución.

Es usual clasificar a los países en desarrollados y en vías de desarrollo o en subdesarrollados, entendiendo *desarrollo* como el pasaje de un estado a otro estimado como deseable, respecto del actual. *Subdesarrollo* es el estado para el

que es un futuro eventual, lo que para los países desarrollados (centrales) es el presente. Es ir detrás de, es ignorar lo que otros ya saben y tener que aprenderlo; es carecer de lo que otros ya tienen; y que solo se podrá obtener más tarde si se realiza el esfuerzo para conseguirlo.

Los *motores* que permiten u obligan a pasar de un estado a otro son:

El *progreso* hacia un nuevo estado deseable, o la *recesión* hacia un estado anterior no deseado.

El desarrollo es un proceso dinámico en el que algunos países, por sus condiciones socio - culturales - económicas, han tomado la delantera y otros se han quedado atrás. Es decir a mejor situación económica hay más y mejores servicios y acciones de salud y por el contrario con menores recursos éstas se resienten.

En materia de salud, como en los demás órdenes, existe una brecha. Para medirla existen indicadores internacionalmente aceptados y de aplicación corriente, para determinar las posiciones absolutas y relativas, tanto en el orden mundial, como en áreas, subáreas, países, localidades y sectores. Algunos de ellos: población total, tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida en años, porcentaje de abastecimiento de agua potable, porcentaje adecuado de eliminación de excretas, porcentaje con necesidades básicas insatisfechas, porcentaje de alfabetización de adultos, porcentaje de deserción escolar, ingreso bruto per cápita, gasto total en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno, gasto público en salud como porcentaje del presupuesto, número de habitantes por médico, número de habitantes por enfermera, número de habitantes por trabajador de salud, etc.

Su conocimiento y manejo es importante para la planificación y programación en Atención Primaria de la Salud porque sus planes y programas están fuertemente condicionados por el estado de desarrollo socio – económico – cultural de su ámbito de ejecución. (Kroeger y Luna, 1992.)

Se conoce la realidad existente; el desafío es lograr superar la brecha y llegar a resultados sanitarios, tales como en los países desarrollados. Los escasos recursos disponibles: financieros, materiales, infraestructura, así como el equipo profesional y técnico, con relación a un área programática determinada, dificultan la aplicación de este sistema de atención de la salud. Por ello, mediante la convocatoria a la participación comunitaria, con vocación solidaria y de servicio, de los integrantes de todos los sectores, se pueda suplir las falencias y llegar a mejorar los resultados.

4.1.4. ÁREA PROGRAMÁTICA

El ámbito de ejecución de programas y planes en atención primaria se denomina área programática, conceptuado como el espacio geográfico, con límites precisos, sobre cuya población sus instituciones y su medio físico, se practican acciones programadas, continuas y evaluables, previo diagnóstico de su situación de salud, de sus características históricas, ecológicas, socio – culturales y económicas. El área programática no es otra cosa que el ámbito de cobertura dentro del cual, utilizando la batería de indicadores, se privilegia las acciones de acuerdo a criterios de vulnerabilidad y riesgos, para determinar los grados de prioridad y urgencia, que justifiquen la propuesta y permitan la correcta adecuación cuantitativa y cualitativa de los recursos necesarios para su implementación.

4.1.5. PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

Se señaló que el desarrollo es el proceso de pasaje del estado actual a otro deseable, cuyo motor es el progreso. El objeto y finalidad de un programa de esta naturaleza es estrechar la brecha y en lo posible cerrarla con respecto a las comunidades que llevan la delantera en la materia, en el mundo. Frente a trabajos internacionales de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, con amplia disposición de fondos, equipos profesionales calificados y sofisticados, con apoyo de ordenadores y complejos programas de

software, en nuestro medio, el punto de partida es muy modesto, pero lo fundamental es que contemple los puntos claves del programa, lo que en principio, no permite hacer ciencia de alta escuela, pero proporciona los datos para hacer salud.

Las ventajas de una población sana sobre otra que no lo es, son indiscutibles. Una población sana y con sus necesidades básicas satisfechas, es más apta para el trabajo, para la producción, para los logros culturales la superación física y espiritual.

Tratar de medirlas mediante un análisis de tipo costo - beneficio es difícil y el resultado improbable, por los contenidos intangibles. Pero cualitativamente hay mayor capacidad laboral, menor pérdida de ingresos por enfermedad, mayor número de individuos aptos para la productividad, mayor consumo interno, en fin mayor bienestar para todos. (Sonis,1991)

Quienes analicen el tema con criterio exclusivamente económico podrían concluir que el costo puede llegar a ser superior a los beneficios que se obtengan, pero todo depende del precio que se le adjudique a la salud. (Sonis, 1991.)

Ni siquiera en los países desarrollados, con altos ingresos per cápita, en los que la salud es otro de los servicios librados a las reglas y juego de la libre competencia tal criterio tiene validez absoluta, porque quedarían desprotegidas las áreas de promoción, prevención y la franja de los carenciados y de los marginados. El más claro ejemplo es Estados Unidos con su franja de "homeless" (sin hogar), "unemployed" (desocupados) y "black workers" (trabajadores en negro sin seguridad social), "helpless children" (niños desvalidos), que señalan dramáticamente el final de la vigésima centuria.

En nuestro país, siguiendo la carta de las Naciones Unidas, el derecho a la salud está incorporado al panel de derechos humanos fundamentales.

Existe consenso político en que la atención de la salud es responsabilidad primordial del estado democrático. En consecuencia el Estado tiene la atribución y el deber indelegable de que la población cuente con asistencia fácilmente accesible y los servicios ofrecidos y disponibles sean independientes de la condición social y económica de quién los utiliza.

Acorde con la declaración de la Organización Mundial de la Salud, la concepción política que enfatiza la salud, no se restringe a la atención de los enfermos, ya que se preocupa por la acción educativa y preventiva, por el diagnóstico precoz, por la rehabilitación y por las condiciones del medio físico y social que afectan a la salud de la comunidad.

Un buen programa de atención primaria de la salud debe atender y resolver satisfactoriamente esta problemática a excepción de un pequeño porcentaje de casos especiales que requieren mayor complejidad.

En Atención Primaria de la Salud existe un criterio consolidado en cuanto a la identificación de áreas críticas:

- Desarrollo de programas dirigidos a poblaciones especiales: madre, hijo, trabajador, anciano incapacitado.
- Programas de salud general: de complementación alimentaria para las familias con niños sometidos a mayor riesgo de enfermar o morir por desnutrición, de la salud mental, salud bucal, la atención médico social del anciano, discapacitados, grupos de enfermos crónicos y de riesgo de enfermar o morir, el alcoholismo y la drogadependencia.
- Prioridad de acciones de protección, preventivas – curativas destinadas al lactante, a la embarazada, y las orientadas a enfermedades infecciosas y endémicas.

En "Salud para todos en el año 2000" establecieron metas "mínimas": (Kroeger y Luna, 1992.)

- Esperanza de vida: mayor de 70 años.
- Mortalidad infantil: menor de 30 por mil.
- Mortalidad de niños de 1 a 4 años: menor de 2,4 por mil.
- Servicios de vacunación: 100% a menores de 1 año y 100% a las embarazadas.
- Agua potable y disposición de excretas: 100%.
- Cobertura de servicios de salud: 100%.

4.1.6. COBERTURA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

Para la OMS la cobertura en salud está constituida por un sistema integrado de actividades y acciones de salud (basado en principio de equidad) destinado a toda la población.

Debido a la necesidad de establecer prioridades, por la falta de recursos, el sistema ha sido orientado a los sectores más pobres o excluidos, aunque en rigor no debe limitarse a ellos.

Hay dos interpretaciones de cobertura:

1. *La cobertura de actividades y programas*, estableciéndose un porcentaje de quienes están beneficiados y la población que debería estar. Como por ejemplo las vacunas. Quienes están vacunados y todos la población por edades que deberían estar vacunados.
2. *La cobertura geográfica o poblacional de los servicios de salud*. Comprendida como la accesibilidad total de la población a los servicios de salud, en la

práctica solamente es la utilización real de los servicios y no la existencia de un servicio de salud.

La ampliación de la cobertura para llegar a todos los habitantes del área, requiere los siguientes aspectos:

- Accesibilidad.
- Utilización de los servicios.
- Disponibilidad de recursos.
- Poner en funcionamiento un sistema técnico administrativo que responda a las necesidades de la población.

El acceso depende de tres factores: (Kroeger y Luna, 1992)

- La existencia de una oferta sostenida y regular de servicios prestados con una combinación geográfica, económica, temporal, y que estén al alcance de la comunidad.
- El ajuste cuantitativo, cualitativo y estructural de los servicios para expresar numéricamente composición de la población y las necesidades o los problemas de las comunidades en materia de salud.
- La aceptación de los servicios por parte de la comunidad, expresado en la utilización y en la participación de su diseño y de sus prestaciones.

4.1.7. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

- Deben garantizar el acceso.
- En los contenidos enfatizar las acciones de promoción y prevención, combinándolas con las otras actividades.

- Universalidad (para toda la población).
- Equidad (igualdad de oportunidades).
- Continuidad en los servicios, (no esporádicos).
- Debido a la habitual falencia en los recursos se debe dar prioridad a algunas actividades, como la salud materno infantil, inmunización, prevención de la diarrea, de enfermedades de transmisión sexual, enfermedades cardiovasculares y otras como nutrición, abastecimiento de agua potable y tratamiento de excretas y servicios de saneamiento con la participación intersectorial y de la comunidad.
- Desarrollo de distintos programas de manera que las atenciones prioritarias logren la armonización y el refuerzo mutuo de los servicios, la utilización de la tecnología, evitando la competencia por los escasos recursos.
- Cuando no se dispone de recursos suficientes, la OMS propone actividades de Atención Primaria de la Salud como metas mínimas o intermedias estas son: a) Programa ampliado de inmunizaciones, b) enfermedades endémicas, c) educación para la salud, d) cuidados nutricionales. Este último reduce el concepto de la APS a una suma de actividades pragmáticas de programas verticales, seleccionados por mayor riesgo y vulnerabilidad de los grupos y al mejor resultado a corto plazo.
(Kroeger y Luna, 1992)

4.1.8. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

“Es parte fundamental de la estrategia de la APS y cobra especial significado cuando se analizan las relaciones entre la comunidad y la institución prestadora de servicios” (Kroeger y Luna, 1992)

La parte de la estrategia de la APS es motivar a la comunidad para que deje de ser objeto o espectador para convertirse en participante, involucrado y protagonista. Este aspecto que es motivo de la investigación se desarrollará más adelante.

4.1.9. DESCENTRALIZACIÓN Y COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

“Los grupos e Instituciones deben *coordinar* sus actividades dentro de un sistema orgánico y funcional (Kroeger y Luna, 1992).

Esta coordinación debe efectuarse en dos sentidos: uno horizontal en el que participan todas las instituciones existentes en el área, desde escuelas de todos los niveles hasta clubes, organizaciones no gubernamentales de fomento, etc., y otro vertical con las autoridades locales, provinciales, nacionales.

La *descentralización* de servicios de salud como mecanismo administrativo, es una buena alternativa para la identificación de los grupos humanos y sus requerimientos sanitarios y de las prioridades, para la planificación y la asignación de recursos.

Aun cuando siempre será necesario contar con criterios y orientaciones emanadas a nivel nacional, corresponde al nivel regional y más aún al nivel local la interpretación de las orientaciones generales en función de las realidades de las comunidades dentro de su área de responsabilidad” (Paganini y Capote citado por Axel Kroeger y Ronaldo Luna, “Atención Primaria de la Salud”, OPS, 1992.)

Si se recordara con más frecuencia los conceptos de diferentes autores sobre la administración (Koontz, 1994) “que es consistente y entendida como: planificación, organización, dirección, control y evaluación de las actividades de una institución o empresa”, criterio que incluye las de servicios y entre ellas las de salud. También que es el proceso mediante el cual se supervisa la producción de los servicios, en este caso la salud y la participación en la toma de decisiones, que implica la descentralización en el nivel local. (Dever,1991) Además, según

Mombray, 1971, la prestación de atención médica a las poblaciones exige algún tipo de acción organizada que requiere la coordinación de las partes interrelacionadas de una organización para lograr los objetivos comprendidos en la prestación del servicio. Las administraciones están en un proceso de negociación constante con aquellos elementos que ejercen influencia interna y externa sobre la organización. (Mintzberg H, 1979).

4.1.10. AUMENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA DEL SISTEMA Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Según la OMS, se estima que, en general, para mejorar los servicios nacionales de salud se requiere una reforma de la gestión administrativa de los mismos. Entre las reformulaciones debe establecerse la categorización de la atención de la salud relacionado con los niveles de complejidad y la tendencia a examinar los métodos de gestión. Un método de gestión es el enfoque sistemático de la investigación operativa; otros, los sistemas de información sobre gestión, las técnicas de aplicación de criterios orgánicos, la selección de personal, la formación, la motivación, la adaptación al cambio, el concepto de trabajo en equipo, la planificación estratégica y otros.

Existen muchos problemas en la organización y prestación de los servicios de atención de la salud y para superarlos es necesario resolver algunos de ellos de carácter estructural:

- a) - Mejorar la relación entre eficacia y eficiencia, siendo eficacia la capacidad de resolver un problema y eficiencia es el máximo rendimiento de los recursos con el menor gasto.
- b) - Definición de niveles de atención: si se grafica el sistema de servicios de atención de salud como una pirámide cuya base es el primer nivel: puestos de salud o unidades sanitarias, luego el segundo nivel: corresponde a los Subcentros de salud, el tercer nivel al Centro de

Salud, tanto periférico como del Hospital, cuarto nivel: hospital base (hospital de los centros urbanos), el quinto nivel o vértice: los hospitales especializados. Los niveles se clasifican por la tecnología y por las instancias de resolución de problemas.

- c) - Fortalecimiento de las unidades periféricas (unidades sanitarias) de la red de servicios. En la estrategia de la atención primaria de la salud participan en el programa integral de salud, todo tipo de personal, así como la comunidad, y entre todos ellos permiten el funcionamiento y el logro de los objetivos.

- d) Es importante para ello: la definición del ámbito de la responsabilidad de las instituciones con respecto a la resolución de los problemas; la integración del sistema de información; la armonización de normas y recursos y procedimientos entre distintos programas y áreas prioritarias; la implantación de los procesos educativos permanentes para solucionar los problemas de las áreas prioritarias; incorporar a la investigación como función integrante de los servicios de salud. (Kroeger y Luna, 1992) .

4.1.11. SELECCIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA.

“Los métodos y las tecnologías deben ser prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables”.

Por tecnología se entiende un conjunto de métodos, técnicas y equipos, que puestos en manos de quienes los utilizan, ofrecen un aporte para la solución de los problemas de salud. Esto implica, según propone la OMS, efectuar el análisis de las necesidades en materia de salud, las tecnologías existentes establecer si son apropiadas o inapropiadas y proponer las tecnologías adecuadas y modernas. Cuando se trata de selección de la tecnología y la aparatología es conveniente la participación intersectorial y también de la

comunidad para determinar la idoneidad de la misma. A veces es necesaria la cooperación internacional, como colaboración técnica entre países. (Kroeger y Luna, 1992) .

La APS sugiere organizar el uso racional de la tecnología de tal manera que lleguen a todos los habitantes, no solamente a los con fácil acceso. (Kroeger y Luna, 1992).

Por último para la aplicación de la estrategia de la APS son fundamentales los llamados "servicios administrativos de apoyo", directamente relacionados con los servicios básicos de atención de la salud como los suministros de materiales y drogas, transporte, comunicaciones, información, infraestructura y mantenimiento de la misma. Además estos servicios deben garantizar una eficiencia mínima de los servicios de APS. (Kroeger y Luna, 1992).

4. 2. SALUD - ENFERMEDAD

Se analiza el concepto, el proceso y la transformación del binomio salud – enfermedad, para comprender el ámbito, incumbencia e importancia de la participación de la comunidad en la atención primaria de la salud.

4.2.1. Concepto

La definición de la Organización Mundial de la Salud, considera a la *salud* como " el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad o accidente", contiene dos componentes básicos: *bienestar* y *ausencia de enfermedad*. Al analizar el concepto de bienestar en sus tres aspectos: físico (sensación subjetiva de no padecer déficit funcional u orgánico); psíquico (equilibrio interior intelectual y afectivo); social (integración al medio social activa y útil que se refleja en las relaciones personales e institucionales.

A su vez la ausencia de enfermedad obliga agregar a su definición "La enfermedad es un estado o proceso, permanente o transitorio, dentro de la historia natural de la salud, que implica la desviación, orgánica o funcional, con relación a los parámetros aceptados como normales." (OMS).

Historia natural de la salud - enfermedad en el hombre son las etapas o periodos por las cuales transcurrirá necesariamente toda enfermedad que evoluciona espontáneamente en el hombre. Estas son:

1.-salud- 2.- período prepatogénico- 3. - período patogénico- 4. - período de solución.

La salud y la enfermedad son procesos extremos, los cuales admiten estados intermedios. La salud es una relación ecológica normal o favorable, dentro de un proceso permanente de adaptación y desadaptación del hombre a su ambiente. El paso del estado de salud al de enfermedad comienza con un estado silencioso, asintomático, período prepatogénico.

A estas situaciones apunta la organización de los servicios de salud y para poder lograrlo es que necesita de la participación de todos los sectores de la comunidad para las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento de la enfermedad mediante la consulta precoz y rehabilitación en los distintos niveles para volver al estado previo al proceso de enfermedad y / o adaptarlo a las secuelas. Contempla también la posibilidad de la muerte.

A partir del concepto de la historia natural de la enfermedad, su desarrollo como proceso, Leavell y Clark (1965), proponen un concepto operativo denominado "*niveles de prevención*", cuyo objetivo es mantener al individuo en salud o cercana a ella, evitando la patología y rehabilitando en el caso de una enfermedad invalidante. Son tres los niveles propuestos correspondiendo:

I) Primer Nivel o prevención primaria al período prepatogénico (ausencia de enfermedad), siendo sus objetivos:

a. **Promoción de la salud:** lograr mejorar, desarrollar y mantener la salud, física, psicológica, social y ambiental, cuyos objetivos generales consisten en elevar los niveles de salud del individuo y la comunidad y las actividades: Nutrición, Educación, Vivienda, Trabajo, Saneamiento, Ambiental, Recreación, Desarrollo de la personalidad, Higiene personal, Hábitos de la vida Eugenesia Relaciones político sociales e internacionales de solidaridad para la vida, la paz, y respeto de la dignidad humana.

b. **Fomento de la salud:** tiene por objetivos, lograr que un mayor número de personas desarrolle al máximo sus potencialidades para lograr una vida más eficiente, más feliz y solidaria, dirigidos al individuo o a la población sana. Las acciones de promoción de la salud son: a) Educación para la Salud: proceso de enseñanza aprendizaje multidisciplinario. b) nutrición, c) desarrollo de la personalidad, d) condiciones de vida. e) herencia, f) vigilancia de la salud. Las diferencias entre ambas actividades y las aplicaciones de las medidas de prevención destinadas para evitar la enfermedad.

c. **Prevención:** Sus objetivos son mantener los niveles de salud y evitar la enfermedad mediante *Protección de la Salud*, entre cuyos objetivos figuran: mantener los niveles de Salud alcanzados, mejorar las condiciones del huésped, proteger al huésped de la acción de los agentes y sus actividades son: inmunizaciones específicas, identificación y control de los factores de riesgo, riesgos ocupacionales, accidentes, enfermedades infecciosas y parasitarias.

Consiste en:

La *protección inespecífica:* que comprende las acciones sobre las condiciones generales del individuo o del ambiente que amenazan su salud y predisponen para adquirir la enfermedad.

Las medidas de *protección específica* son: evitar los riesgos bien definidos que amenazan la salud, que la alteran produciendo enfermedades o accidentes. Las acciones están dirigidas al individuo sano y a la población sana que corre riesgos definidos de enfermar por tener menos defensas, o por la agresividad del agente y el medio ambiente. Las acciones son: a) inmunizaciones, b) higiene, c) suplemento alimenticio con nutrientes específicos. d) protección contra cancerígenos. e) protección contra accidentes.

II) Segundo nivel o prevención secundaria: el fracaso del primer nivel, lleva a la enfermedad, comprende este nivel el diagnóstico precoz y el tratamiento precoz. Para un diagnóstico precoz se debe realizar la detección temprana de la enfermedad mediante búsqueda de casos a través de:

- exámenes periódicos de salud y control de salud individual o de la población;
- vigilancia epidemiológica para enfermedades transmisibles con repercusión individual y social.
- exámenes selectivos y búsqueda de patologías específicas: de la hipertensión arterial, la detección precoz del cáncer, la detección de enfermedades venéreas,
- encuestas y estudios para la selección de enfermedades de alto riesgo: osteoporosis, de enfermedades reumáticas, prevención de enfermedades invalidantes, evitar la discapacidad y prevenir las secuelas.

III) Tercer nivel o prevención terciaria: corresponde al período patogénico y sus objetivos son:

- recuperación de la salud, mediante la atención profesional,
- limitación del daño, evitando las secuelas y la discapacidad total, una vez que se han estabilizado las modificaciones anatómicas y fisiológicas. Esto puede lograrse en tres niveles:

- a) Autoatención o atención familiar.
- b) Atención por agentes específicos de salud con conocimientos empíricos o científicos, no profesionales.

- c) Nivel de acciones para recuperación de la salud que requieren cierta complejidad y que se concentran en establecimientos especializados, con atención médica en las cuatro especialidades básicas y hasta la alta complejidad.

Se entiende como acción de salud a toda actividad que mejora la calidad de vida del individuo y de la sociedad, a la atención médica o atención de las personas y a las acciones sobre el ambiente (físico, biológico, químico, psicológico o sociocultural). La rehabilitación es el último peldaño del período patogénico de la historia natural de la enfermedad, donde hay secuelas y su objetivo es lograr un nuevo estado de salud y la reinserción del discapacitado en la comunidad como una persona útil, es decir que debe ser rehabilitación tanto física como psíquica y social.

La propuesta operativa de los tres niveles de prevención de Leavell y Clark, encuadrada en el *concepto teórico de campo de la salud*, es decir, actuando sobre el estilo de vida, sobre el medio ambiente, sobre la biología y sobre el sistema de prestación de la salud, dieron lugar a las propuestas del gobierno de los EEUU, en su "Prevention Profile" y a la propuesta de Dever A., sobre la posibilidad de prevenir la mortalidad según las edades, la que incluye un análisis biopsicosocial y ambiental además de la disponibilidad de los servicios de salud, lo que permite planificar según riesgo, etnia, grupo étnico, estado de salud de una comunidad de manera de elaborar medidas preventivas que permitan mantener la salud y evitar la enfermedad.

La salud del individuo (su historia natural de salud), debería estar acompañado desde su concepción hasta la muerte, por un continuo de prevención sanitaria, para prevenir el desarrollo del proceso de enfermedad, de manera que de producirse un episodio, se minimice sus efectos. Este continuo de prevención, está constituido por *paquetes de salud*, propios a la edad y circunstancias de cada persona. (Dever, 1991).

En el continuo de prevención y los paquetes para cada etapa de la vida, las estrategias deben estar dirigidas al estilo de vida, al medio ambiente, a la biología y al sistema de prestación. A través de la epidemiología de cada núcleo poblacional, los profesionales pueden determinar en que patologías deben centrar los esfuerzos para mantener la salud, prevenir la enfermedad y disminuir sus secuelas.

4.2.2. Proceso de la salud.

Ha habido un cambio progresivo y definitivo en la evolución del concepto de salud – enfermedad, en su comprensión, partiendo de la teoría de la enfermedad según germen (o agente)- causa simple - efecto simple, al modelo multifactorial que concibe a la salud como el resultado de un proceso influido por cuatro campos: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de salud. (Alan Dever, Op. cit. pag 399.) Uno de los modelos en que ha evolucionado este concepto que se detalla.

Modelo de campo de la salud (Lamframboise, 1973) "...la salud - o su ausencia- está determinada por una variedad de factores que agrupa en cuatro divisiones primarias: estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud y biología humana. "

Estilo de vida, riesgos autogenerados, se divide en tres elementos: riesgos inherentes al ocio, modelo de consumos y modelos ocupacionales.

Medio ambiente: hechos externos al cuerpo sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control. se subdivide en físicos, psíquicos y sociales.

La biología humana se concentra muy especialmente en la biología básica del ser humano y su constitución como individuo.

Sistema Organizado de Atención Médica, se subdivide en tres tipos de actividades: curativo, restaurados y preventivo. Incluye disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrarla.

Una modificación del modelo anterior es el de **“ambiente de salud o campo causal y paradigmas de bienestar de salud.”** (Blum H.L, 1978) Los cuatro factores se relacionan y se modifican entre sí con distinto potencial de relativa importancia en el campo de la salud. Critica el concepto de Lamframboise y expresa que la amplitud de los cuatro factores determinantes demuestran la relativa importancia de los mismos. En este modelo, los cuatro factores se relacionan y se modifican entre sí mediante un círculo envolvente formado por *los sistemas culturales, las satisfacciones humanas, el equilibrio ecológico y los recursos naturales*. La matriz de este modelo tiene en su centro la salud (bienestar) y sus tres componentes interactuantes: somático, psíquicos y social. Lo rodean, facetándolo: promedio de vida, satisfacción interna, satisfacción externa, reserva, comportamiento interpersonal, conducta social, participación en la atención de la salud, discapacidad, malestar, enfermedad. Adjudica al factor medio ambiente (fetal, físico), la natural acción del hombre, sociocultural (economía, educación, trabajo, etc.) y al factor servicios de atención medica (prevención - cura - cuidado - rehabilitación) mayor potencial de importancia relativa en el campo de la salud que el factor población (tamaño- distribución - tasa de crecimiento- acervo genético), herencia y el factor estilo de vida (actitudes y conductas).

- **Modelo epidemiológico para el análisis de una política sanitaria** (Dever, 1991) Los cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que los mismos estén en equilibrio. Discrepa con el modelo de Blum y sostiene que los cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que los mismos estén en equilibrio. Esquemáticamente conceptúa los cuatro factores:
 - Biología Humana (herencia - genética- factores internos complejos- maduración-envejecimiento).

- Medio ambiente. (social - físico- psicológico).
- Estilo de vida:(Riesgos ocupacionales, participación laboral, riesgos de actividades recreativas y patrones de consumo).
- Sistemas de Organización de la Salud (preventiva- curativa- restauradora).

La cuestión importante es resolver como operan estos cuatro factores en el caso de las enfermedades específicas o alternativamente como funcionan en ausencia de enfermedad (estado de salud). El propio Dever concluye que el análisis de los factores de riesgo para las categorías de enfermedades en el marco de este modelo arroja resultados similares a los que resultan del modelo de Blum.

El análisis exhaustivo de los resultados obtenidos a partir de una organización sanitaria que tiene en cuenta los factores señalados por Dever es en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidas sobre todo a las poblaciones de bajo riesgo pero también en sus tres niveles: prevención primaria, inhibición del desarrollo de la enfermedad antes de que ocurra; prevención secundaria, detección temprana y tratamiento de la enfermedad; prevención terciaria o rehabilitación o recuperación del funcionamiento adecuado.

El campo de la Salud tiene tres aplicaciones principales: el etiológico, el clínico y el administrativo.

El **etiológico**: el concepto clásico, buscar causas de la salud y de la enfermedad: bioquímica, microbiana y patológica, hereditaria: contribuye a la comprensión de la historia natural y sus factores determinantes o bloqueantes. Permite determinar riesgos individuales y la posibilidad de desarrollar estado de salud o enfermedad.

El **clínico**: de la investigación epidemiológica tiene implicancia para el diagnóstico y manejo de los pacientes individualmente o de sus familias.

La **administración de los Servicios de Salud** es un medio para controlar la salud de la población y confeccionar tablas comparativas de los cambios ocurridos en determinado lugar y tiempo, cuales son las enfermedades de mayor importancia para determinada población. Pueden determinar un individuo en situación de riesgo, provee los elementos necesarios para la administración y planificación de los servicios de salud y para su evaluación.

Su organización puede ser abordada desde:

a. Enfoque funcional: que implica las siguientes etapas:

Planificación, Organización, dirección, coordinación y control.

b. Enfoque de proceso: como forma más pragmática de abordaje. Identifica tres tipos de procesos: el técnico, el administrativo y el político.

El proceso técnico determina las acciones que se pueden en práctica; el administrativo posibilita la realización de dichas acciones y se ocupa de los métodos para lograrlo; el político se ocupa de hacer lo necesario para lograr los objetivos de la organización, movilizandoo el apoyo que esas acciones requieren. (Dever,1991).

Cualquiera que sea el enfoque, refleja dinámicamente la naturaleza política de la administración y es coherente con el análisis de todos los niveles de atención integral y sistémico de una acción determinada para administrar y planificar luego de tomar las decisiones.

El proceso de planificación: en tres niveles:

1)político- objetivos propuestas - 2) dinámica total del sistema- 3) diseño del sector ejecutivo- creación de institutos.

La planificación puede ser estratégica u operativa, pero siempre teniendo en cuenta el marco social (epidemiología social) y el paradigma de la salud, con la

identificación previa de las necesidades, falencias y problemas, sobre la base del estudio de la población, descripción de los problemas de la salud (epidemiología descriptiva), análisis de la etiología (epidemiología analítica) identificación de los recursos de la comunidad. (Dever, 1991)

4.2.3. Modificaciones en la atención de salud.

Los conceptos de salud, los criterios de atención y objetivos perseguidos para su logro, han variado substancialmente con relación a los generalmente aceptados y vigentes antes de la década de los 70.

En la concepción teórica de la atención de la enfermedad, el énfasis pasa a la atención de la salud: de la salud individual a la colectiva; de la ausencia de enfermedad a la existencia del completo bienestar físico, psíquico, social, espiritual y ambiental; de la familia y del individuo; de la atención y tratamiento de la enfermedad a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y educación para la salud; (O.M.S. Alma Ata 1978) de los efectores de atención médica a los centros holísticos de salud. “Diagnóstico preciso y tratamiento eficaz no pueden ser los únicos objetivos de la ciencia que quiere atender al hombre en su integridad” (Abed L., 1993). El surgimiento de los centros holísticos, basado en “la salud protegida por el modo de vida” en contraposición a “la salud restaurada mediante el tratamiento de la enfermedad”.

Simultáneamente, se produce una transferencia del panorama de las patologías: de las tradicionales enfermedades infecciosas a las enfermedades cardiovasculares, las nerviosas, cáncer, accidentes y muertes violentas, afecciones degenerativas y patologías del estilo de vida y la conducta, y porque no, la enorme importancia de los defectos y determinismos genéticos. (Abed L., 1993).

4.2.4. Perspectiva de la atención de la salud.

Si se proyecta una mirada a la atención de la salud en los Estados Unidos, se puede observar que hay dos tendencias que son:

1. Las específicas de la atención sanitaria.
2. Globales: que afectan a la totalidad de la sociedad norteamericana

Ambos casos tendrán gran influencia en la atención de la salud en los próximos años, por lo que en la actualidad, debe dársele importancia. (Dever, 1991).

Se debe a cambios de los patrones de enfermedad. A comienzos del siglo XX las enfermedades infecciosas eran una de las mayores causas de muerte y el efecto del sistema de salud se hizo sentir en las condiciones sanitarias (agua, redes cloacales, etc.), se efectuaron inmunizaciones, se mejoró la vivienda y la alimentación, hubo mejoras socioeconómicas en general.

Más tarde, las enfermedades crónicas (fundamentalmente las cardiovasculares, cerebrovasculares y cáncer) pasaron a ser el mayor problema. El sistema de salud se realineó hacia el diagnóstico, el cuidado y la atención de esas enfermedades y las intervenciones se basaron, en la mayor parte, en la tecnología de la cual dependían. En general lograron disminuir las tasas de defunción aunque hubo variaciones, en mayor y menor grado, según sexos, razas y áreas geográficas.

Una primera conclusión: el requerimiento de una alta flexibilidad en la asignación de recursos. Las asignaciones fueron implementadas localmente en los lugares donde existieron los problemas sanitarios. (Dever, 1991)

Una segunda conclusión: ha sido un diferente requerimiento de los recursos destinados a Salud Pública, que todavía se planifica sobre la base de programas amplios, en los ministerios, que no tienen en cuenta las variaciones

locales de los patrones de enfermedad, lo cual conduce indefectiblemente a programas irrelevantes e inefectivos. (Dever, 1991).

Otras proyecciones de los patrones de enfermedad a partir de: la cantidad de habitantes de mayor edad crece rápidamente. Si continúan las tendencias de disminución en las tasas de defunción, habrá una población de individuos mayores ancianos, con múltiples problemas crónicos de salud y de deterioro de funcionamiento. (Dever 1991). Así el énfasis se traslada a mejorar la calidad de vida más que a agregar años de vida. Ello supone entrenar más personal en geriatría y gerontología, proveer camas para enfermos crónicos y desarrollar servicios de apoyo. (hospitales diurnos, servicios de comidas a domicilio y de acompañantes). (Dever, 1991)

J.R. Evans, (1991), agregó la necesidad de ocuparse de la identificación y tratamiento de los casos de patología ambiental y social porque ya se está desarrollando una tercera etapa en la evolución de los patrones de enfermedad: la exposición ambiental y los cambios en las condiciones sociales (familia, comunidad, lugar de trabajo), que pueden representar los mayores riesgos de salud en el futuro.

Otra tendencia importante es la creciente amplitud del concepto de salud y sus determinantes, pasando de una teoría de la enfermedad según gérmenes (o agentes) causa simple – efecto simple a un modelo multifactorial que concibe la salud como el resultado de la influencia de cuatro campos: la biología humana, el estilo de vida, el medio ambiente y la organización de los servicios de salud.

Se hace evidente la necesidad de prestar mayor atención a los determinantes sociales y del medio ambiente de la salud, incluyendo los factores ocupacionales.

El “estilo de vida” ha pasado a ser uno de las principales preocupaciones o tendencias de la sociedad con consecuente interés por la dieta alimenticia, el estado físico y la noción de bienestar expandiéndose entre toda la población.

4.2.5. Cambios en la administración: la descentralización.

Los cambios en la atención de la salud, en el siglo XX, transitaron desde la ayuda asistencial para solucionar los problemas relacionados con la salud, pasando por la autoayuda, la necesidad de la gente de participar en las instituciones y ser protagonista para obtener logros que beneficien la prestación de servicios hasta la descentralización como circunstancia administrativa para la optimización de los recursos.

Naisbith en su libro dedicado a las diez “megatendencias” que están transformando a la sociedad norteamericana, señala que se nota una clara propensión de los individuos a confiar más en sí mismos para todo, ya sea en cuestiones referentes a la alimentación y la vivienda como en cuestiones referentes a la educación y la atención de la salud.

Expresa que después de la gran depresión de los años 30, la gente comenzó a confiar cada vez más en las instituciones para que le resolvieran sus necesidades básicas.

En los años 60, al sentirse defraudados por las instituciones, se dieron cuenta que solo podían confiar en sí mismos.

Durante la década de los 70, la gente se hizo más autosuficiente a la vez comenzaron a ayudarse unos a otros.

Esta actitud se convirtió en un movimiento que penetró en las diversas instituciones, disciplinas, áreas geográficas e ideologías políticas.

La autoayuda incluyó la formación de grupos comunitarios que vienen actuando para prevenir el crimen, cuidar el vecindario, proveer comida a los ancianos, reconstruir hogares, sin o con poca asistencia gubernamental.

En cuestiones referentes a la medicina, la autoayuda implica respetar hábitos sanitarios, el medio ambiente y el estilo de vida. Exigir que la persona sea tratada de una manera holística, es decir que los profesionales traten a la persona como un ser integral compuesto por cuerpo, mente y emociones.

En la práctica se trata de gente que:

- Reclama de los establecimientos médicos el derecho de la persona a controlar o decidir por sí mismos sobre los misterios de la vida y la muerte.
- Promueve hospicios para carenciados.
- Están a favor de los partos naturales y el alumbramiento en el hogar o en centros de maternidad que permitan la participación de la familia en la experiencia del parto en un entorno de baja tecnología.
- La creación de hogares para la atención de enfermos terminales.

Esta tendencia también ha llevado a desarrollar un creciente número de grupos comunitarios de autoayuda para asistir a individuos con problemas por situaciones de retiro o jubilación, viudez, alcoholismo o drogadicción, control de peso, enfermos mentales, mujeres y niños golpeados, divorcios, etc.

Como conclusión ello parece indicar que las redes de trabajo social están positivamente asociadas con el concepto de estado de salud y que estos grupos de autoayuda pueden llenar el vacío producido por la disgregación del núcleo familiar.

4.3. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

4.3.1. Antecedentes.

En los años '60 el Consejo Interamericano Económico Social, (C.I.E.S) propuso la participación comunitaria dando una descripción del desarrollo de la comunidad en cuanto técnica de promoción del hombre integrada a los planes nacionales de desarrollo, atendiendo especialmente al proceso educativo: "El desarrollo de la comunidad constituye una técnica social de promoción del hombre y movilización de recursos humanos de un país con miras a lograr la mejor utilización de los otros recursos para todos los miembros de la colectividad.

A su vez la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U) ha definido al desarrollo comunitario como:... "los procesos a través de los cuales se unen los esfuerzos de las poblaciones y las autoridades gubernamentales, para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, para integrarlas en la vida de la nación y capacitarlas para contribuir plenamente al progreso nacional".

En la reunión de Alma Ata, ex URSS, en 1978, se define a la Participación de la Comunidad como "el proceso por el cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad, y mejoran la capacidad para contribuir a su propio desarrollo económico y al de sus comunidades". Han de comprender que no tienen que aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la aptitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cual puede ser su propia aportación. Así como la comunidad ha de estar dispuesto a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las actividades propuestas y de sus costos relativos."

La Oficina Panamericana de la Salud, ha fundamentado y promocionado en sus países miembros la adopción de la estrategia de la Atención Primaria de la

Salud, motivado por la desigualdad de la distribución de los recursos, para poner a disposición de los sectores más pobres una estructura básica de atención de la salud, que sea además una puerta de entrada a los servicios más complejos. Esta estrategia utiliza la participación comunitaria como una herramienta para la accesibilidad a la atención de la salud, fomentando el sentido de responsabilidad individual y comunitaria para conservar y mejorar la salud. (OPS, 1984)

4.3.2. Definiciones y concepto.

De acuerdo con los autores de la Publicación Científica N° 473, de 1984 de la O.P.S. "Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas" definieron a la "*comunidad*", como un grupo de personas que viven en la misma zona geográfica y que tienen ciertos intereses comunes" y a la "*participación de la comunidad*" como un proceso por el cual los miembros de ella intervienen y trabajan activamente en programas o actividades que se llevan a cabo en interés de esa comunidad."

Para Maritza Montero (Universidad Central de Venezuela) luego de un análisis semántico, *participar* es ejecutar o estar involucrado en algún acto de carácter social en la cual hay otras personas presentes de la misma manera, comunicación o trato, compartir con otras personas determinados hechos o circunstancias, y otras definiciones. Concluye: que la participación es una relación de mutua transformación: el participante construye y modifica el objeto o hecho en el cual participa y a su vez también es transformado.

Para Carmona R. (1988), la participación es un derecho a través del cual se puede lograr la autorrealización; es una condición para la libertad, permite decidir y es un cambio en la relación de equilibrio entre las fuerzas sociales y el poder.

El comportamiento participativo es clave para la autogestión de la solución de los problemas y satisfacción de necesidades (Arango y Varela, 1988)

Quienes realizan trabajos en la comunidad y escriben sobre ello concuerdan en señalar el carácter fundamental de la participación, para que las acciones realizadas en grupos o comunidad pueden llevar el calificativo de comunitarias. (Martín González, 1988). Según Maritza Montero la participación en la comunidad supone los siguientes aspectos:

- Actuación conjunta de un grupo que comparte, los mismos objetivo e intereses.
- Proceso que reúne aprendizaje y enseñanza (todos aportan y todos reciben).
- Es a la vez acción conscientizadora y socializante.
- Acompañada de colaboración (Co-labor: trabajo compartido).
- Co-relación compartida: ideas, recursos materiales y espirituales, utensilios, herramientas, dinero, apoyo moral, felicitación, consuelo, ánimo.
- Organización, dirección, ejecución , toma de decisiones compartidas o aceptadas por el grupo involucrado en la acción participativa. Las actividades destinadas a lograr metas comunes están desarrolladas a partir de esta organización. (Montero, Maritza, 1993).
- Capacidad y acción para analizar conjuntamente el trabajo ejecutado, las decisiones tomadas, las necesidades sentidas, los papeles desempeñados por cada uno. Reflexionar sobre las actitudes de cada uno.
- Solidaridad, intercambio de servicios.
- Surgimiento y aceptación de reglas que regirán esas formas de trabajo.
- Diversos grados de participación.

- Ser parte, tener parte, tomar parte.
- Carácter centripeto y centrífugo de la participación, se obtiene ventajas pero también se aporta algo al cooperar.

4.3.3. Niveles de participación.

Señala en esos trabajos que hay varios niveles de participación que evidentemente tienen relación con el grado de maduración de la participación de las comunidades:

Primer nivel de participación: es en realidad la utilización de los servicios e instalaciones propuestos por los integrantes del equipo de salud. Este nivel en realidad no es una participación pero es una condición previa, es el primer paso.

Segundo nivel de participación: es la cooperación con las iniciativas planificadas por un organismo externo, en esta propuesta, un servicio de Atención Primaria de la Salud. Incluye aporte de trabajo, fondos y materiales junto con la ayuda para llevar a cabo proyectos y actividades.

Tercer nivel de participación: es la participación en las actividades de la planificación y administración. Esto implica un alto grado de participación y cierto grado de compromiso de los integrantes de la comunidad. Necesita además iniciativa y responsabilidad para identificar los problemas y concretar la resolución del problema, generalmente con ayuda externa.

El desafío de estas comunidades es que logren una toma de conciencia en la importancia de esta participación.

El punto de partida consiste en abandonar el papel pasivo de espectadores y convertirse en protagonistas.

En segundo lugar es tener presente que se tiene dos categorías de objetivos: tangibles e intangibles.

Los tangibles, entendidos como medios para alcanzar la satisfacción de las necesidades, requerimiento y expectativas de la población en materia de salud, educación, fuentes de trabajo, vivienda, saneamiento ambiental, etc. Los intangibles, verdaderos objetivos de la promoción y participación comunitaria: el cambio de actitudes, capacitación, la construcción de un sentimiento comunitario a partir del ejercicio de la solidaridad.

Ello requiere poner en marcha un proceso educativo y de organización, tendiente a promover en las esferas individuales y colectivas, las capacidades, cualidades de los grupos básicos: comunidad o pueblo y la de sus componentes, a fin de lograr el desarrollo.

Esta necesidad busca un cauce de expresión que bien puede ser una gestión compartida entre el estado, el equipo de salud y la comunidad, que agrupe el conjunto de voluntades expresadas en un mismo sentido.

Los resultados esperables de la estrategia estarían relacionados con los grados de participación posibles en las organizaciones (siguiendo a Forni, citado por García Delgado, 1985) desde el máximo: total decisión por parte de los actores, co-decisión mediante representantes; posibilidad de vetar una programación o una política, una acción; participación en el control de un plan; participación de carácter consultivo (no obliga al decisor); participación informativa; elevación de sugerencias (participación mínima).

Una propuesta de gestión compartida pretende organizar a la población en una unidad de carácter participante y funcional en todos los niveles, incluido el de decisión, estableciendo estructuras de coordinación por sobre los aspectos personales, y poner en funcionamiento un procedimiento movilizador para lograr los objetivos comunes, concretados en programas.

5.- DISEÑO METODOLÓGICO

5. 1. Tipo de estudio:

Es un estudio exploratorio, descriptivo, correlacional.

Es importante conocer lo que perciben (opinan) los actores sociales que conforman la muestra y el personal del Subcentro de Salud El Martillo, sobre los aspectos de la participación. Se lo considera exploratorio porque su objeto de estudio no ha sido abordado anteriormente, ni se ha encontrado antecedentes de este tipo de estudio en la Ciudad de Mar del Plata.

Es un estudio transversal por su dimensión temporal. (Los datos se recogen en un punto en el tiempo). Las variables y sus relaciones se estudian en un momento dado.

5.2. Definición de las poblaciones a estudiar.

5.2.1. Población de actores sociales:

Se denomina población de actores sociales o representantes comunitarios a aquella compuesta por personas que ocupan posiciones desde las cuales ejercen algún tipo de influencias sobre la comunidad. Estas personas pueden pertenecer o no a organizaciones no gubernamentales, ya sean estas religiosas, educativas, recreativas, políticas, etc. que tienen en común el poder de convocatoria y que trabajan activamente en pro del bien y del interés de la comunidad, por lo que obtienen el reconocimiento de la misma por su trabajo y esfuerzo.

Con relación a la población de actores sociales la muestra obtenida es no aleatoria, de conveniencia, ya que se administró con carácter voluntario.

Se consideró muestra de actores sociales a un subgrupo de la población de actores sociales del área programática del Subcentro de Salud, que estuvo integrada por los representantes o líderes comunitarios, los cuales desarrollan una actividad relevante en dicha área, perteneciendo o no a Organizaciones No

Gubernamentales (ONG), cuya actividad es considerada por sus convecinos como relevante.

La muestra se obtuvo solicitando la participación a los miembros de las comisiones directivas de las entidades de Fomento, cooperadoras escolares, clubes y otras instituciones de importancia. Se les explicó que el estudio podría redundar en beneficio de la salud de la comunidad y que el mismo no implicaría ningún perjuicio, ya que la encuesta era anónima. Lo mismo se les explicó a los actores sociales relevantes que no pertenecen a las ONG, pero que son conocidos en las comunidades por su actividad, se los invitó a contestar la encuesta en forma directa, aclarándoles los términos y como ya dijimos se enfatizó en que la respuesta a la misma no conllevaba ningún perjuicio personal.

Se entregaran 10 cuestionarios a funcionarios de Asociaciones de Fomento, 10 a actores comunitarios de cada uno de los seis barrios que forman parte del área, 5 en cada establecimiento educacional y otras instituciones de la zona.

La población sobre la que se pretendió generalizar los resultados obtenidos es sobre los actores sociales que se desempeñan en el área programática del Subcentro de Salud El Martillo, cuyos límites se encuentran entre las calles Talcahuano, J. B. Justo, Camusso, Vertiz, Polonia y los límites del Partido Gral. Pueyrredón con Gral. Alvarado, de la ciudad de Mar del Plata.

CANTIDAD DE ENCUESTAS ENTREGADAS PARA SU CUMPLIMENTACIÓN
SEGÚN LUGARES SELECCIONADOS
MAR DEL PLATA. 2000

Actores sociales	Nº
Comisión de Fomento El Martillo	10
Otros líderes del barrio El Martillo	10
Comisión de Fomento F. Sánchez	10
Otros líderes del barrio F. Sánchez	10
Comisión de Fomento Gral. Pueyrredón	10
Comisión Fortunato de la Plaza	10
Comisión de "El Progreso".	10
Otros Actores de P. Ramos Oeste	10
Comisión de Las Canteras	10
Otros Actores de El Progreso.	10
Otros Actores de P. Ramos Oeste	10
Parroquia Jesús Obrero	5
Parroquia Cristo Resucitado	5
Capilla Nuestra Señora de los Milagros	5
Directivos y / o Cooperadora de Jardín de Infantes 906	5
Directivos y / o Cooperadora de Escuela 36	5
Directivos y / o Cooperadora de la Escuela 45	5
Directivos y / o Cooperadora de la Escuela Municipal 1	5
Directivos y / o Cooperadora de la Escuela N 37	5
Directivos y / o Cooperadora de la Escuela 51	5
Directivos y / o Cooperadora Instituto Jesús Obrero	5
Directivos y / o Cooperadora de Jardín de Infantes Jesús Obrero	5
Cub Los Marplatenses	5
Cub Colo Colo	5
Total	175

DISTRIBUCIÓN DE LAS ENCUESTAS SEGÚN TIPO DE
ASOCIACIÓN O ESTABLECIMIENTO
MAR DEL PLATA. 2000

TIPO DE INSTITUCIÓN	ONG O GRUPOS INFORMALES	ENCUESTAS
Asociaciones Vecinales de Fomento	6	60
Establecimientos Educativos	8	40
Congregaciones e Instituciones Religiosas	3	15
Instituciones Culturales o Deportivas	2	10
Otros A.C. de los barrios que no pertenecen a ONG	5	50
TOTALES		175

5.2.2 Población del centro de Salud:

Con el fin de completar la investigación y obtener conclusiones significativas que muestren consensos y disensos se hizo necesario confrontar la opinión de los líderes comunitarios y la del personal de salud. En este caso se encuestó toda la población de personal de salud.

Se les solicitó colaboración en forma anónima (como garantía para la libertad de opinión), para que, en base a su capacidad profesional y experiencia, expresen su criterio sobre los mismos temas propuestos a los líderes comunitarios.

Personal de salud: es todo agente en relación de dependencia municipal que se desempeña en el Subcentro de Salud El Martillo y comprende a la planta profesional y técnica de todas las disciplinas y servicios, enfermería y administración. Se incluyó el equipo de agentes del Centro de Estimulación y Aprendizaje Temprano (CEAT N°1) dependientes del Ministerio de Educación de la Pcia. De la Buenos Aires, porque desarrollan tareas en el mismo edificio y en estrecha relación con el equipo de salud, siendo sus actividades la prevención, tratamiento y rehabilitación de los lactantes y niños de primera infancia que presentes riesgo familiar y signos de retraso madurativo.

PLANTA DE PERSONAL
DEL SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO
MAR DEL PLATA. 2000

DISCIPLINA	CANTIDAD
Clínica Médica:	2
Tocoginecología	3
Pediatría:	4
Odontología	4
Psicólogas:	2
Fonoaudiólogo:	1
Psicopedagoga	1
Supervisora de Enfermería	1
Médicos de guardia	8
Enfermeras de guardia:	3
Administrativas:	2
Asistentes Sociales	2
Maestras Estimuladoras CEAT N°1	3
Fonoaudióloga CEAT N°1	1
Asistente social CEAT N°1	1
Terapia ocupacional CEAT N°1	1
Enfermeras	6
Total de personas	45

El personal de maestranza (2 personas) y de vigilancia (3 personas) por ser contratados se los excluyó de la encuesta.

5. 3. Definición y Operacionalización de las variables referidas a la encuesta a actores sociales.

Variables a considerar para responder a las preguntas de esta investigación son:

1-PARTICIPACION ENTRE LOS REPRESENTANTES DE ONG Y EL AREA DE APS.

Se considera que la participación es una relación de mutua transformación: el participante construye y modifica el objeto o hecho en el cual participa y a su vez también es transformado. (Maritza Montero, Universidad Central de Venezuela).

Se considera que participar es ejecutar o estar involucrado en algún acto de carácter social en la cual hay otras personas presentes de la misma manera, comunicación o trato, compartiendo con estas personas determinados hechos o circunstancias. (Maritza Montero, Universidad Central de Venezuela)

Además se considera a la participación comunitaria como un proceso por el cual los miembros de ella intervienen y trabajan activamente en programas o acciones que se llevan a cabo en interés de esa comunidad.

Definición operacional:

Participación de los actores sociales: se considera a la existencia de una relación entre éstos y el personal de salud del Subcentro de Salud El Martillo, susceptible de ser medida.

Categorías:

Excelente, Adecuada, Aceptable, Insuficiente, Inexistente o desconocida

Categorías mutuamente excluyentes.

2.-PARTICIPACION DE LOS INTEGRANTES DE LA ONG EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA.

2.1 Existencia de voluntad política para convocar a la comunidad, por parte de las autoridades municipales y promover la participación comunitaria.

Categorías: Siempre, casi siempre, a menudo, pocas veces, nunca.

2.2 Deseos de ser consultado en temas que tienen que ver con la salud.

Categorías: Siempre, casi siempre, a menudo, pocas veces, nunca.

2.3 Disposición a realizar acciones de salud conjuntamente, los actores comunitarios con el personal de salud.

Categorías: Siempre, casi siempre, a menudo, pocas veces, nunca.

Categorías mutuamente excluyentes.

3.- MECANISMO SUGERIDO DE PARTICIPACIÓN.

Con las siguientes opciones: aportando información sobre necesidades y problemas de la comunidad, interviniendo en la programación de acciones de salud comunitaria, en la gestión de recursos a través de la ONG, todos los aspectos, ninguno. Categorías no mutuamente excluyentes.

4.- OPINIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO EN LA PROBLEMÁTICA DE SALUD Opciones: El personal profesional y técnico de Salud, los vecinos del barrio, los políticos, todos los sectores, no sabe o no tiene opinión formada.

Categorías no mutuamente excluyentes.

5.- OPINIÓN SOBRE QUIENES DEBEN ELABORAR LAS ESTRATEGIAS DE SALUD.

Opciones: El personal profesional y técnico de Salud, los vecinos del barrio, los políticos, todos los sectores, no sabe o no tiene opinión formada.

Categorías no mutuamente excluyentes.

6.- OPINIÓN SOBRE EL ARANCELAMIENTO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS A BENEFICIARIOS DE OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS.

Opciones:

A todas las prácticas, A la mayoría de ellas, Algunas prácticas, Ninguna práctica.

Categorías mutuamente excluyentes.

7.- OPINIÓN SOBRE CAMBIOS EN EL TIPO DE ADMINISTRACIÓN:

Opciones: Descentralización en el mismo Subcentro, Centralización municipal, Administración combinada de ambas modalidades, Privatización del servicio, No tiene opinión.

Categorías mutuamente excluyentes.

8.- OPINIÓN SOBRE PROPUESTAS SANITARIAS INNOVATIVAS:

8.1 *Acuerdo con la creación de un foro comunitario permanente que trate temas relacionados con los problemas de salud del área.*

Categorías: si y no.

8.2 *Interés en la creación de la figura Defensor de Salud.*

Categorías: si y no.

Categorías mutuamente excluyentes.

9.- DATOS PERSONALES DEL ENCUESTADO:

9.1 Sexo

9.2 Grupo de edad

Intervalos de clase: menos de 20 años, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 y más años.

9.3.- Identificación de la ONG para el cual trabaja el actor social u otras.

Categorías: Asociación de fomento, Cooperadora escolar, Entidades deportivas, Organizaciones religiosas, Otras.

9.4.- Escolaridad

Categorías: Universitario, Terciario, Secundario, Primario, Primaria Incompleta.

5.4 Operacionalización de las variables referidas al personal de salud.

La encuesta cubrió los mismos aspectos que los referidos a los representantes comunitarios, salvo la variable que corresponde a la pregunta 1.2:

A que institución pertenecen los líderes que Ud. conoce.

Categorías: Comisión de Fomento, Cooperadoras escolares, Iglesias, Entidades deportivas, Otros.

Categorías no mutuamente excluyentes.

Se omitió por otro lado la pregunta respecto a la organización comunitaria de pertenencia.

5.5 Análisis Estadístico:

Utilizando paquetes estadísticos Stata v5 y SPSS v9.

Se realizó un análisis descriptivo univariado de las variables involucradas, posteriormente se analizaron asociaciones entre variables en cada uno de las

poblaciones y entre poblaciones mediante prueba no paramétrica χ^2 . Finalmente se efectuó análisis discriminante step-wise (multivariado) entre ambas poblaciones, para detectar las variables principales que permitan caracterizar el patrón de diferencias entre las poblaciones en estudio.

Se realizaron dos modelos: el primero incluyó a todas las variables que presentaron categorías mutuamente excluyentes:

- *Participación entre los representantes de ONG y el área de APS.*
- *Existencia de voluntad política para convocar a la comunidad, por parte de las autoridades municipales y promover la participación comunitaria.*
- *Deseos de ser consultado por en temas que tienen que ver con la salud.*
- *Disposición a realizar acciones de salud conjuntamente de los actores comunitarios con el personal de salud.*
- *Opinión sobre el arancelamiento de los servicios prestados a beneficiarios de obras sociales y prepagas.*
- *Opinión sobre cambios en el tipo de administración.*
- *Acuerdo con la creación de un foro comunitario permanente que trate temas relacionados con los problemas de salud del área.*
- *Interés en la creación de la figura Defensor de Salud.*
- *Sexo.*
- *Grupo de edad.*
- *Escolaridad.*

En el segundo modelo se excluyó la variable escolaridad.

El criterio para la entrada de las variables en ambos modelos fue tener una $F=3,84$ y para salir una $F=2,71$. El número máximo de pasos fue 20 (el doble de las variables independientes del modelo). Las variables fueron entrando al modelo por su mayor F y menor test de Wilks, las variables que no cumplan los criterios de inclusión, quedaron fuera del modelo.

6. Resultados

I.- Descripción de las poblaciones.

Se estudió dos grupos: el primero los actores sociales, personas pertenecientes a organizaciones no gubernamentales formales o informales

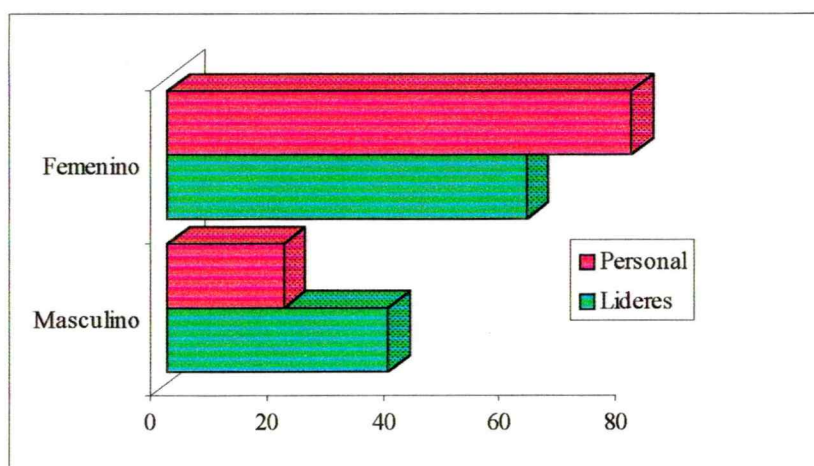
a) Distribución según sexo. Se agrupó a las personas de los dos grupos estudiados líderes y equipo de salud de acuerdo a las edades que se exponen en la siguiente tabla.

CUADRO N°1
COMPARACIÓN DE ACUERDO AL SEXO DE LOS LIDERES Y PERSONAL
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000

Población		Masculino	Femenino	Total
Líderes	Nº	41	67	108
	%	38	62	100
Personal	Nº	9	36	45
	%	20	80	100

Pearson chi2 (81)=4.6588 Pr 0.031

CUADRO DE COMPARACIÓN N°1
DE ACUERDO AL SEXO DE LOS LIDERES Y PERSONAL SUBCENTRO DE
SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000%



La composición de la población de líderes y del personal de salud de acuerdo al sexo fue mayoritariamente femenino 62 % y 80% respectivamente.

b) Edad.- Se agrupó a las personas de los dos grupos estudiados, líderes y el equipo de salud de acuerdo a las edades que se exponen en la siguiente tabla.

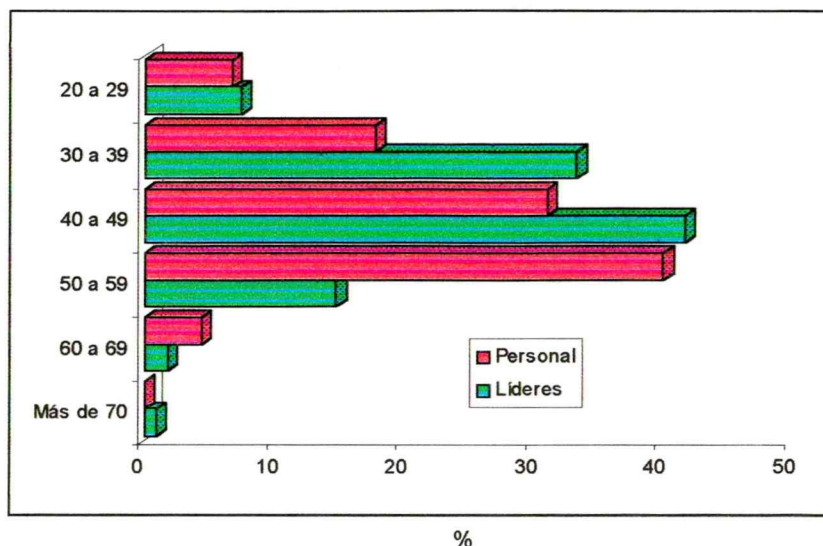
**CUADRO DE COMPARACIÓN N°2
DE LAS POBLACIONES ESTUDIADAS POR LA EDAD
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000**

Población	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	60 a 69 años	70 y más años	Total
Líderes	8	36	45	16	2	1	108
	7.4	33.3	41.7	14.8	1.8	0.9	100
Personal	3	8	14	18	2	0	45
	6.7	17.8	31.1	40	4.4	0	100

Pearson chi (5)= 13.9148 Pr=0.016

De la comparación surge que los actores comunitarios, que colaboraron emitiendo su opinión, la mayoría se encontraba comprendida entre los 40 y 49 años (41.7%), en cambio en el personal, la mayoría se encontró entre 50 a 59 años (40%). El grupo de edades que le siguieron en frecuencia: los líderes se encuentra entre los 30 a 39 años(33.3%), el personal también siguió esa tendencia, bajando la edad: 40 a 49 años (31.1%). Se advierte que el grupo de los líderes que con mayor frecuencia contestó la encuesta fue entre 30 y 49 años (81 personas) mientras que el personal la mayoría se encontró entre 40 y 59 años de edad (32 personas). Los más jóvenes de 20 a 29 años entre los actores comunitarios fueron 8 personas (7.4%), y en el personal solamente 3 (6.7%).

GRAFICO DE COMPARACIÓN N°2:
DE LAS POBLACIONES ESTUDIADAS DE ACUERDO A LA EDAD
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000



c). Escolaridad.

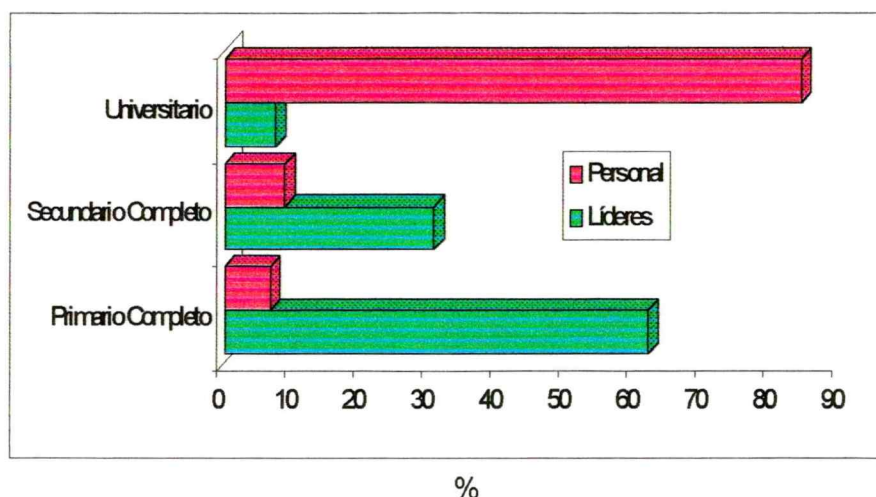
- En cuanto a la instrucción de los representantes de la comunidad se pudo establecer que el 62% completó la instrucción primaria, 33% la secundaria y 8 de ellos instrucción terciaria o universitaria.
- El personal del equipo de salud se pudo confirmar que mayoritariamente es universitario (84.4%), mientras que 3 (6.7%) tiene nivel primario, 2 (4.4%) secundario incompleto y 2 (4.4%) secundario completo.

CUADRO DE COMPARACIÓN N°3 :
DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN
DE LOS LIDERES Y DEL PERSONAL DE SALUD
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000

Poblaciones		Primario completo	Secundario completo	Terciario y/o Universitario	Total
Lideres	Nº	67	33	8	108
	%	62.0	30.6	7.4	100
Personal	Nº	3	4	38	45
	%	6.7	8.8	84.4	100

Pearson chi2==98.2545 Pr<0.0001

GRÁFICO DE COMPARACION N°3 :
DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN ENTRE LAS POBLACIONES
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000



d) Las organizaciones a las que pertenecían los representantes revistieron el siguiente carácter: 42.6% a las Asociaciones de Fomento, 25.9 % a las Cooperadoras Escolares, 15.8% a Iglesias, 7.4% a Entidades Deportivas, 8.3% a grupos misceláneos.

CUADRO N°4
PERTENENCIA DE LOS LIDERES
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000

Composición De los líderes	Nº	%
Asociación de Fomento	46	42.6
Cooperadora Escolar.	28	25.9
Entidades Deportivas	8	7.4
Religiosas	17	15.8
Otros	9	8.3
Total	108	100

CUADRO N°5
PERTENENCIA DE LOS ACTORES SOCIALES
QUE CONOCE EL PERSONAL DE SALUD
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA 2000.

Actores sociales	Nº	%
Asociaciones de Fomento	20	44.4%
Establecimientos Escolares	9	20.0%
Iglesias	4	8.8%
Organizaciones Deportivas	2	4.4%
Otras	20	44.4%
No conoce	8	17.8%

Cerca de la mitad del personal conoce a representantes de Asociaciones de Fomento y Organizaciones deportivas.

El 82.1% del personal reconoció algún tipo de relación con actores sociales pertenecientes diferentes organizaciones. El 26.7% manifestó conocer a representantes de un solo tipo de entidades, 14 (31.1%) señaló conocer a representantes de 2 o más entidades y grupos barriales informales.

II. Opiniones comparadas de líderes y personal de salud.

- 1) Existencia de una relación entre los actores sociales y los trabajadores del centro de salud.

Esta pregunta se efectuó para valorar si los encuestados reconocen la existencia de algún tipo de relación con el Subcentro de Salud y como ellos sienten la comunicación y colaboración entre ambas partes. Por los resultados se observó que el 93.5% de los líderes reconoce algún grado de relación con el Subcentro de Salud.

Con respecto a la calidad de la relación expresada por los líderes, el 75 % de los actores sociales consideró que es excelente o adecuada la interacción entre las instituciones por ellas integrada y el Subcentro de Salud, mientras que fue aceptable para 10.2%, es decir que el 85.2 % de las personas manifestó conocer y estar conforme con el desarrollo de esa relación.

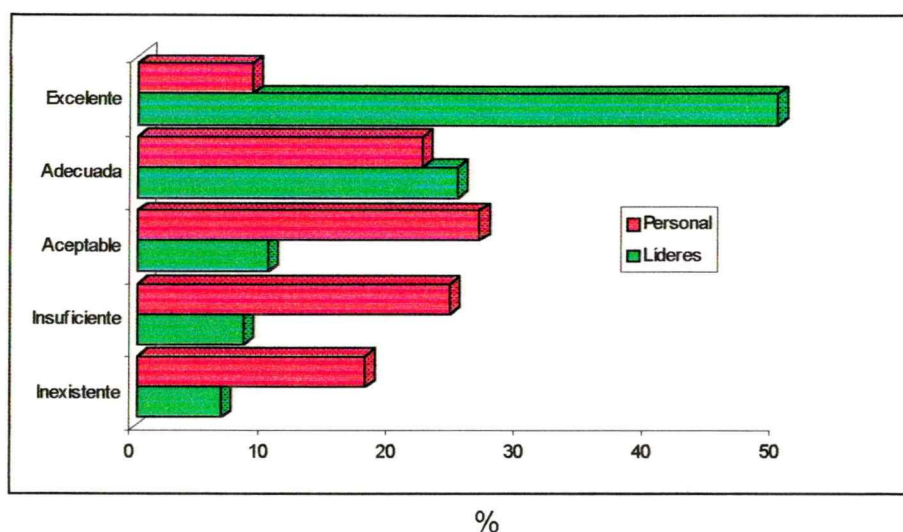
En cuanto al personal de Salud, con referencia a la calidad de la relación con la comunidad, el 31.1 % consideró que es buena (suma de las categorías: excelente, adecuada), mientras que el 24,4% la consideró insuficiente. El 17.8% no conoce esa relación o cree que es inexistente.

CUADRO DE COMPARACIÓN N°6.
CALIDAD DE LA RELACIÓN ENTRE LÍDERES Y PERSONAL
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000

Población		Excelente	Adecuada	Aceptable	Insuficiente	Inexistente	Total
Líderes	Nº	54	27	11	9	7	108
	%	50	25	10.2	8.3	6.5	100.0
Personal	Nº	4	10	12	11	8	45
	%	8.9	22.2	26.7	24.4	17.8	100.0

$\chi^2=30.4452$ $P<0.0001$

GRÁFICO DE COMPARACIÓN N°4
LA CALIDAD DE RELACIÓN ENTRE LÍDERES Y PERSONAL
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000



Se puede observar que la tendencia de la opinión de los actores comunitarios sobre la relación con el personal es muy buena mientras que el personal no lo percibió de igual manera y su opinión estuvo entre adecuada, aceptable e insuficiente.

2) A la cuestión relacionada con la convocatoria de las Autoridades Municipales Centrales expresada como Invitación para promover la participación y entendida como la "existencia de voluntad política para convocar a la comunidad" y promover la participación comunitaria en actividades relacionadas con la salud, la mayoría de las personas contestó que "nunca" (89.8 %), mientras que 10.2 % de ellos responde que "pocas veces".

Similar tendencia se observó en las respuestas del personal del Subcentro, el 4,5% fue convocado casi siempre, en cambio el 6.8 % reconoció que fue consultado a menudo, el 22.8 % respondió que fue pocas veces invitado, mientras que el 65.9% manifestó que nunca ha recibido solicitud alguna de asesoramiento.

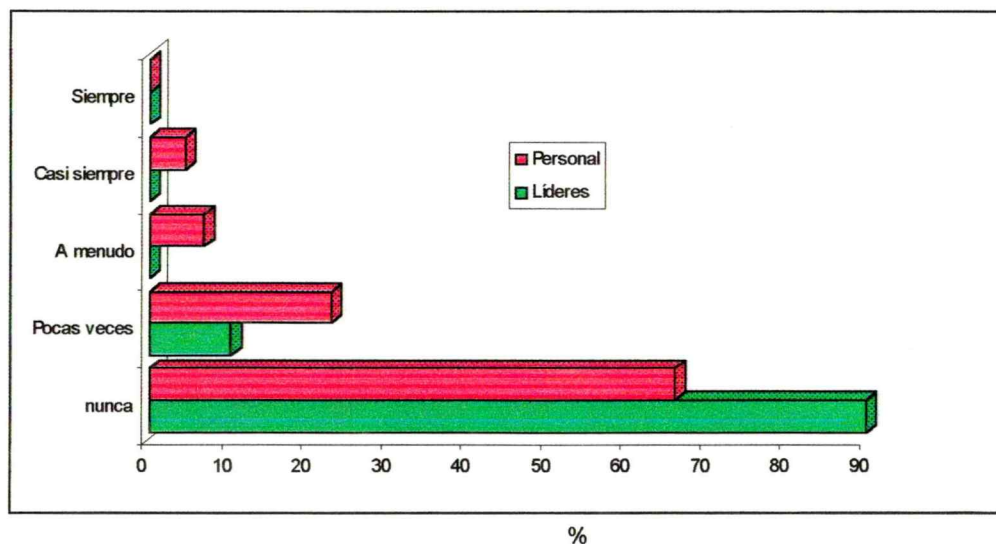
El cuadro comparativo N°7 de las respuestas de ambos grupos, líderes y personal, mostró la misma tendencia: poca (10.2%) y nula (89.8%) las consultas directas por parte de las autoridades centrales sobre las cuestiones relacionadas con la salud.

CUADRO DE COMPARACIÓN N°7
 CONVOCATORIA A PARTICIPACIÓN
 POR LA AUTORIDAD MUNICIPAL CENTRAL
 A LOS LÍDERES Y PERSONAL
 SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000

Población		Casi Siempre	A menudo	Pocas veces	Nunca	Total
Líderes	Nº	0	0	11	97	108
	%	0	0	10.2	89.8	100
Personal	Nº	2	3	10	29	44
	%	4.5	6.8	22.8	65.9	100

$\chi^2=17.9876$ $P<0.0001$

GRÁFICO DE COMPARACIÓN N°5 -
 OPINIÓN DE LÍDERES Y PERSONAL DE LA CONVOCATORIA
 A PARTICIPACIÓN POR LA AUTORIDAD MUNICIPAL CENTRAL
 SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000



3) Con las opiniones resultantes de deseo de los líderes comunitarios a ser consultados por la autoridad municipal central, se procedió a valorar la magnitud del deseo de los líderes a ser consultados por la autoridad municipal central en los temas que tienen que ver con la salud comunitaria y se observó que la

mayoría (75%) contestó que siempre le gustaría y casi siempre el 14.8 %. Esto significa que 97 personas de 108 estarían deseosas de emitir opinión si se los consultara.

En cuanto a la opinión del personal de salud con respecto a la magnitud del deseo de ser consultado el 88.8 % respondió afirmativamente lo que mostró el interés de ofrecer a la autoridad su conocimiento y experiencia.

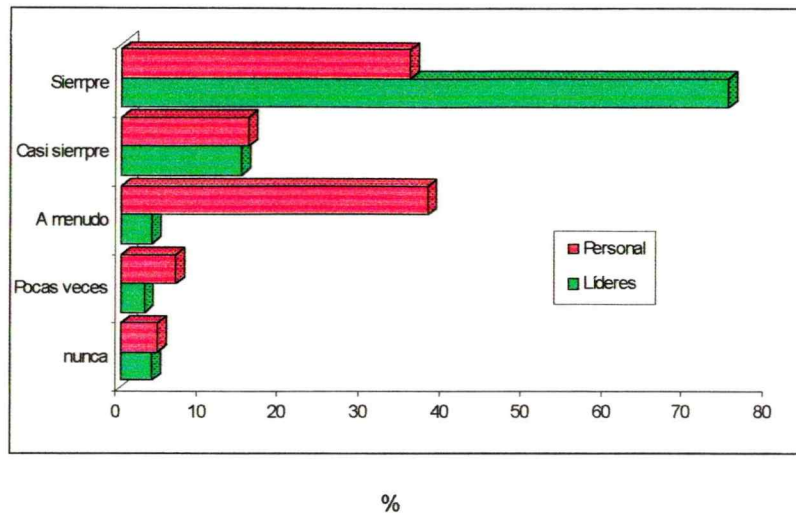
CUADRO DE COMPARACIÓN N°8 :
DESEO DE LOS LÍDERES Y DEL PERSONAL DE SER
CONSULTADOS POR LA AUTORIDAD MUNICIPAL CENTRAL
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000

Población		Siempre	Casi Siempre	A menudo	Pocas veces	Nunca	Total
Líderes	Nº	81	16	4	3	4	108
	%	75	14.8	3.7	2.8	3.7	100
Personal	Nº	16	7	17	3	2	45
	%	35.6	15.6	37.8	6.7	4.5	100

$\chi^2=35.9462$ $P<0.0001$

Se observó que mayoritariamente (Cuadro N°8), tanto los actores sociales como el personal estarían deseoso de ofrecer su opinión, conocimiento y experiencia si la autoridad municipal central los convocara.

GRAFICO DE COMPARACIÓN N°6
DESEO DE LOS LÍDERES Y DEL PERSONAL
A SER CONSULTADOS
POR LA AUTORIDAD MUNICIPAL CENTRAL
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000



4) La voluntad de los actores comunitarios de trabajar conjuntamente y de participar en la ejecución de acciones de salud junto con el personal del Subcentro de Salud.

En cuanto a la intensidad de la disposición se observó que 51 (47.3%) de los líderes contestaron que estarían decididos a participar ya que sus respuestas: "siempre o casi siempre" así lo demostraron. También se consideró positiva la respuesta de 12 personas (11.11 %), aunque con regular intensidad de compromiso (a menudo). Por lo que se puede decir que más de la mitad de los representantes comunitarios manifestó un elevado compromiso de colaboración. Sin embargo a pesar que manifestaron un elevado deseo de participar, la disposición de hacerlo resultó menor.

Se observó que el 82.2% del personal estaría dispuesto a colaborar en un alto grado de compromiso: "siempre, casi siempre y a menudo" mientras que el 6.7 % tendría una escasa disposición.

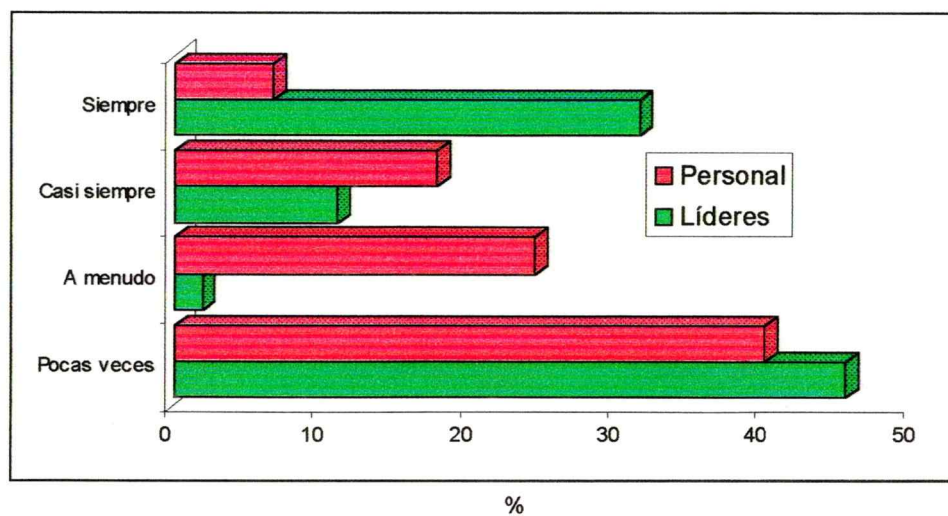
En un cuadro comparativo entre ambas partes se observó lo siguiente:

CUADRO DE COMPARACIÓN N°9 -
VOLUNTAD DE PARTICIPAR DE LOS LÍDERES
Y DEL PERSONAL EN ACCIONES DE SALUD COMUNITARIA
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000

Población		Siempre	Casi Siempre	A menudo	Pocas veces	Nunca	Total
Líderes	N°	49	2	12	34	11	108
	%	45.4	1.9	11.0	31.5	10.2	100
Personal	N°	18	11	8	3	5	45
	%	40	24.4	17.8	6.7	11.1	100

$\chi^2=28.4856$ $P<0.0001$

GRÁFICO DE COMPARACIÓN N°7:
VOLUNTAD DE PARTICIPAR DE LOS LÍDERES Y DEL PERSONAL
EN ACCIONES DE SALUD COMUNITARIA
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000



5) Mecanismo sugerido de participación. Se ofrecieron las siguientes opciones que arrojaron estos resultados. Respecto a esta cuestión, se analizaron cada una de las categorías ofrecidas respecto al total, porque algunas personas optaron por

señalar más de una situación, debido a esto la suma de los porcentajes observados en el personal de salud supera el 100%.

- El 45.4% de los actores comunitarios estuvo dispuesto a intervenir en todas las actividades que se proponga.
- La cuarta parte de los líderes 29 de ellos, estaría dispuesto a "aportar información" sobre necesidades y problemas de la comunidad (26.85%), asumiendo un débil compromiso.
- 14 de ellos (13.0%) se mostraron dispuestos a participar en la gestión de recursos a través de una forma de organización (ONG)
- Solo 5 (4,6%) se pronunció por la "intervención en la programación" de acciones de salud comunitaria, es decir, participando en lo que administrativamente se denomina planificación de actividades, quizás en función de la necesidad de conocimientos técnicos especiales.
- El 10.2% (11) líderes manifestó su voluntad de no participar.

CUADRO N° 10
MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN DE LOS LÍDERES
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000

Opciones	N°	%
Aportando información	29	26.8
Interviniendo en la programación de acciones de salud comunitaria	5	4.6
Gestionando los recursos	14	13
Participando en todas las actividades	49	45.4
No desea participar	11	10.2

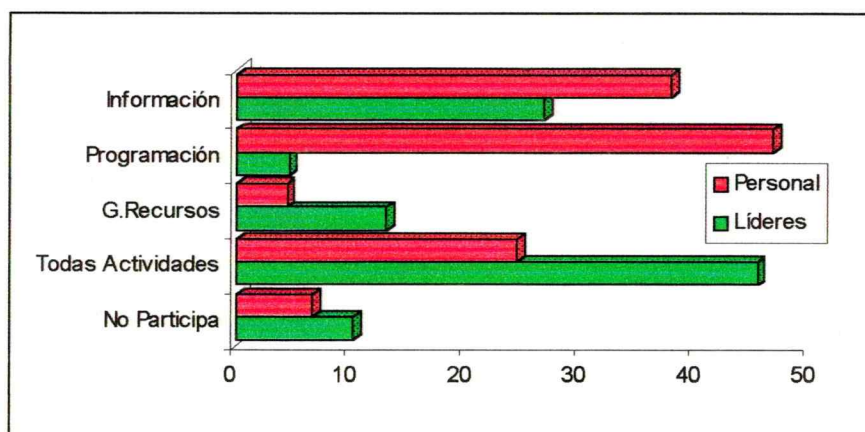
La opinión del personal de salud sobre los mecanismos propuestos de participación para mejorar la labor del Subcentro de salud se presenta en el siguiente cuadro.

CUADRO N°11
 OPINIÓN DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LOS
 MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN
 SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000

Opciones	Nº	%
Aportando información	17	37.8
Interviniendo en la programación de acciones de salud comunitaria	21	46.7
Gestionando los recursos	2	4.4
Participando en todas las actividades	11	24.4
No desea participar	3	6.7

Al comparar la opinión de los actores comunitarios y la opinión del personal porque se observó que el personal de salud emitió más de una posibilidad de participación.

GRÁFICO DE COMPARACIÓN N°8:
 OPINIÓN SOBRE MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN
 SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA 2000



%

6) Respecto a la opinión de los actores sociales sobre el conocimiento de la problemática de salud que afecta a la comunidad y las necesidades que ello implica, se observó que el 53.7% respondió que todos los sectores tienen tal conocimiento, el 28,7% opinó que era de conocimiento comunitario, mientras que el 14,8% opinó que los profesionales y técnicos del sector salud poseen el conocimiento y solo el 2.8 % respondió que los políticos.

En esta cuestión también se detectaron respuestas múltiples por parte de los integrantes del equipo de salud, la misma situación se presentó cuando se interrogó sobre "quien conoce las estrategias".

El personal emitió opinión diversificada, en lo referente a los poseedores del conocimiento de problemática de salud de la comunidad y las necesidades en consecuencia. El 50.8% opinó que los conocimientos necesarios los posee el equipo de salud. El 32% reconoció que también tienen conocimiento los vecinos del barrio, mientras que solo el 6.8% opinó que lo poseen todos los sectores.

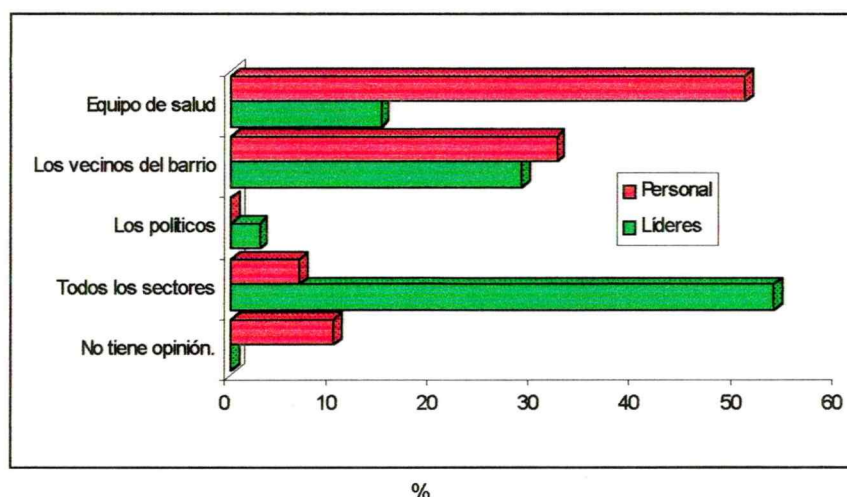
CUADRO Nº12
OPINIÓN DE LOS LIDERES SOBRE
CONOCIMIENTO NECESIDADES SANITARIAS
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000

Opinión	Nº	%
El personal de salud	16	14.8
Los vecinos del barrio	31	28.7
Los políticos	3	2.8
* Todos los sectores	58	53.7
No tiene opinión.	0	0

CUADRO N°13
OPINIÓN DEL PERSONAL SOBRE EL CONOCIMIENTO
DE LAS NECESIDADES SANITARIAS
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000

Opinión	Nº	%
El personal de salud	30	50.8
Los vecinos del barrio	19	32.2
Los políticos	0	0
Todos los sectores	4	6.8
No tiene opinión.	6	10.2

GRÁFICO DE COMPARACIÓN N°9 :
SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LAS NECESIDADES
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .200



7) Pregunta sobre la opinión de quienes deberían planificar las estrategias en Atención Primaria de la Salud para resolver las necesidades. Entre los actores sociales, el 75 % respondió que deben participar todos los sectores en la elaboración de ellas, mientras que el 14.8 % opinó que corresponde su elaboración al personal profesional y técnico de salud y el 8.3 % de los líderes contestaron que debía planificarlo la comunidad exclusivamente. Solo 2 personas (1.9%) creyeron en los políticos como planificadores sanitarios.

CUADRO N°14
OPINIÓN DE LOS LIDERES SOBRE
ELABORACION DE ESTRATEGIAS SANITARIAS
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000

Opinión	Nº	%
El personal de salud	16	14.8
La comunidad	9	8.3
Los políticos	2	1.9
Todos los sectores	81	75.0
No tiene opinión.	0	0

La opinión del personal, que se adhirió a más de una respuesta, no obstante siguió la tendencia de los líderes adjudicando a todos los sectores el 62.2% y la diferencia al personal de salud que alcanzó el 35.6% de las respuestas.

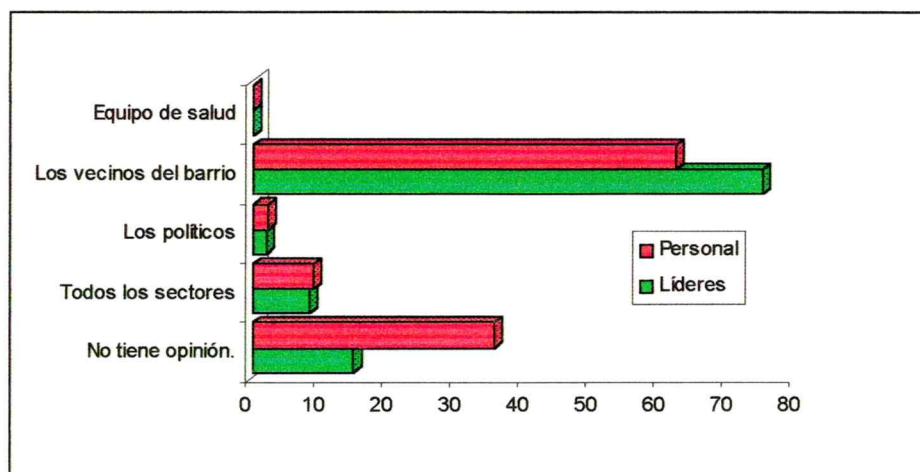
CUADRO N°15
OPINIÓN DEL PERSONAL SOBRE
ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS SANITARIAS
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000

Opinión	Nº	%
El personal de salud	16	35.6
La comunidad	4	8.9
Los políticos	1	2.2
Todos los sectores	28	62.2
No tiene opinión.	0	0

Fue opinión mayoritaria de los líderes (75%) y del personal (62.2%) que el conocimiento del tema es compartido por "todos los sectores". La diferencia entre ambos porcentajes fue adjudicado por el personal al equipo de salud que contó

con el 35.6% de las opiniones mientras que solo el 14.8% de los actores sociales se pronunció en igual sentido.

GRAFICO N°10 -
OPINIÓN DE LÍDERES Y PERSONAL SOBRE
ESTRATEGIAS SANITARIAS
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000



%

8) Pregunta sobre el arancelamiento de las prácticas, (excluyendo las consultas), prestadas a beneficiarios de obras sociales, mutuales y prepagas en los servicios de Atención Primaria de la Salud. Las opiniones de los actores sociales fueron las siguientes: 43 personas (39.8 %) contestaron que debían cobrarse todas las prácticas, mientras que 9 de ellos (8.3%) respondieron que debía abonarse la mayoría de ellas, 44 (40,7%) opinó que solo algunas y de acuerdo a las prácticas y 12 (11.1%) sostuvieron que no debe arancelarse en ningún caso.

Al agrupar las opiniones positivas de los líderes, resulta que el 96 (88.9 %) opinó que debe efectuarse algún tipo de pago por prestación.

En cuanto al personal de salud en referencia al mismo tema opinó: 68.9% que se debía abonar el arancel por el total de las prácticas, (excluyendo las consultas), prestadas a beneficiarios de obras sociales, mutuales y prepagas en los servicios en la Atención Primaria de la Salud; el 8.9 % contestó que la mayoría de ellas y solo el 11.1 % opinó que el cobro debía reducirse a algunas prácticas.

Hay coincidencia en las cifras globales con algunos matices. Tanto el 88.9 % de los actores sociales como igual porcentaje del personal de salud consideró que el arancelamiento y cobro de prácticas a obras sociales, mutuales y prepagas sería beneficioso para el desenvolvimiento de los servicios, en razón del conocimiento de las dificultades del sector.

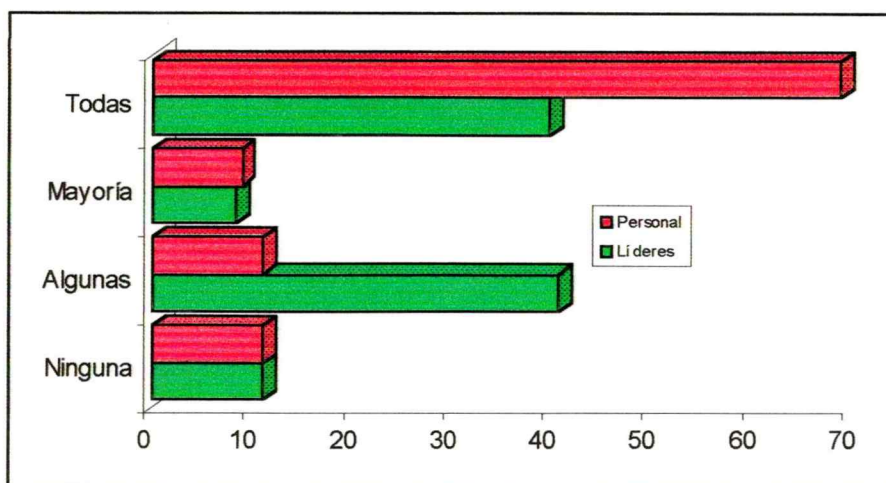
CUADRO DE COMPARACIÓN N° 16
OPINIÓN DE LIDERES Y PERSONAL
SOBRE ARANCELAMIENTO
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO MAR DEL PLATA. 2000

Población		Todas las prácticas	Mayoría De las prácticas	Algunas prácticas	Ninguna práctica	Total
	Líderes	Nº	43	9	44	12
%		39.8	8.3	40.7	11.1	100
Personal	Nº	31	4	5	5	45
	%	68.9	8.9	11.1	11.1	100

$$\chi^2 = 14,2706 \quad P=0.003$$

Al comparar la opinión de los actores sociales y el personal de salud, se observó que mientras estos últimos están mayoritariamente de acuerdo con el cobro de un arancel a las Obras Sociales y Prepagas, los primeros están divididos en dos líneas de opinión: unos por el pago de todas las prácticas y otros por algunas o de acuerdo a las prácticas.

GRÁFICO DE COMPARACIÓN N°11
OPINIÓN DE LIDERES Y PERSONAL SOBRE
ARANCELAMIENTO DE LAS PRACTICAS.
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000



%

9) Pregunta relacionada con el sistema de administración de un centro de salud.

Se solicitó la opinión de los actores comunitarios sobre ciertos aspectos y cambios en el sistema de administración y a las propuestas ofrecidas se obtuvieron los siguientes resultados: 73 (67.6%) personas optaron por la descentralización como una forma de mejorar la organización de la Institución, 16 (14.8 %) personas se pronunciaron por la forma tradicional de administración la centralizada; el 15 (13.9 %) de ellos estimaron que en la administración podían combinarse ambas modalidades y solo 4 (3.7 %) personas opinaron que la privatización de los servicios era una alternativa para mejorar la administración.

Las opiniones del personal de salud con respecto al tema administrativo, fueron más moderadas. El 26,1 % optó por la descentralización, el 6.7 adhirió a la centralización y el 62.2% se pronunció por una combinación de ambas modalidades.

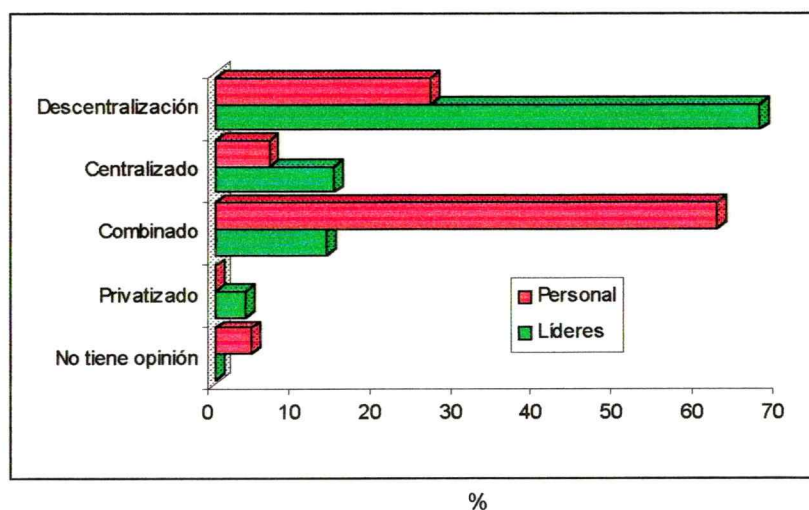
La mayoría de los actores sociales, el 67.6% (Cuadro N°17) consideró que la descentralización era el mejor sistema de administración opinión que solo

compartió el 26.7% del personal de salud, cuya mayoría (62.2%) se pronunció por una combinación de ambas modalidades, (centralización en un aspecto y descentralizado en otro). Las otras opciones centralización y privatización carecieron de apoyo significativo.

CUADRO DE COMPARACIÓN N°17
LAS OPINIONES DE LOS LÍDERES Y DEL PERSONAL
SOBRE ASPECTOS ADMINISTRATIVOS
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000

Población		Descentralizada	Centralizada	Combinada	Privatizada	No tiene opinión	Total
Líderes	Nº	73	16	15	4	0	108
	%	67.6	14.8	13.9	3.7	0	100
Personal	Nº	12	3	28	0	2	45
	%	26.7	6.7	62.2	0	4.4	100

GRAFICO DE COMPARACIÓN N°12
OPINIONES DE LOS LÍDERES Y DEL PERSONAL
SOBRE ASPECTOS ADMINISTRATIVOS
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000



10) Pregunta sobre la opinión relacionada con la creación de un foro comunitario para tratar los temas de salud.

Se proporcionaron tres opciones una afirmativa, de creación del foro, por la que se pronunciaron 79 personas (73.2 %). Por la negativa: se pronunciaron 20 personas (18.5 %) y 9 personas (8.3 %), reconocieron que no tienen opinión formada.

A idéntica proposición el 82.2% del personal de salud se pronunció por la creación del foro mientras el 17.8% se manifestó desinteresado.

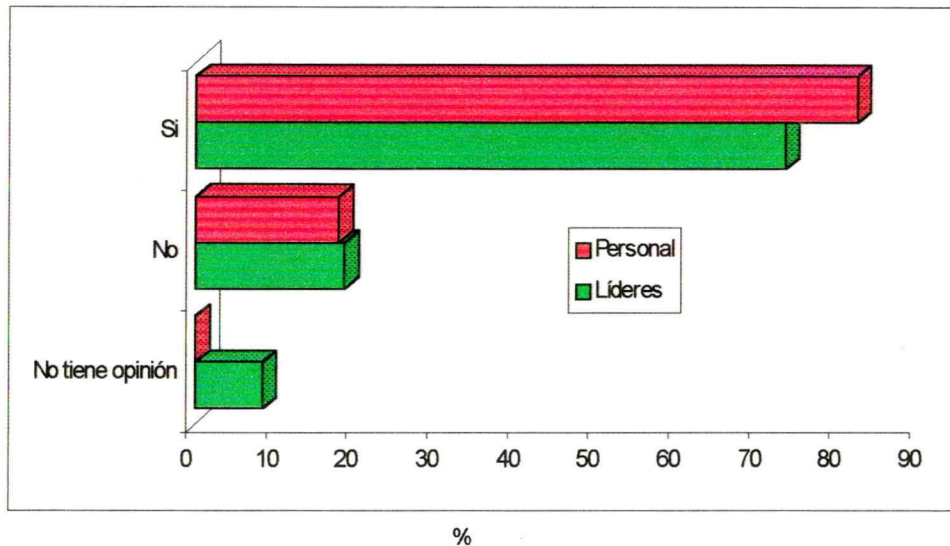
CUADRO Nº 18: COMPARACIÓN
DE LA CREACIÓN DEL FORO DE LA SALUD
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000

Población		SI	NO	No tiene opinión	Total
Lideres	Nº	79	20	9	108
	%	73.2	18.5	8.3	100
Personal	Nº	37	8	0	45
	%	82.2	17.8	0	100

$$\chi^2 = 4.1045 \quad P = 0.128$$

Al comparar ambas opiniones resulta una abrumadora mayoría por la creación del foro comunitario.

GRAFICO DE COMPARACIÓN N°13
OPINIONES SOBRE LA CREACIÓN DE UN FORO DE SALUD
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000



11) Pregunta sobre la conveniencia de crear la figura del defensor comunitario de la salud.

Por la afirmativa se pronunciaron 96 actores comunitarios (88.9%), por la negativa 3 personas (2.8 %), mientras que 9 (8.33 %) reconocieron no tener opinión formada sobre el particular.

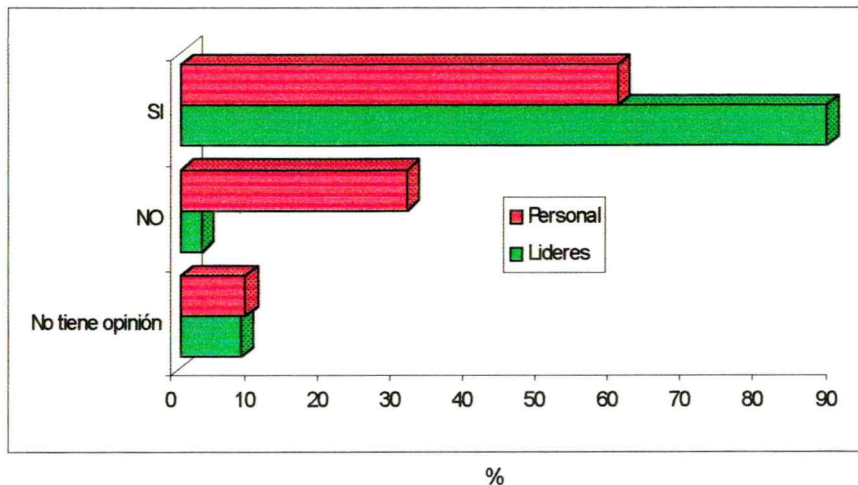
Si bien para el personal no reviste tanto interés la figura de un defensor de la salud, ambos grupos por amplia mayoría consideraron oportuna la creación de tal figura.

**CUADRO COMPARACION N°19
DE LA CREACIÓN
DE LA FIGURA DEL DEFENSOR DE LA SALUD
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000**

Población		SI	NO	No tiene opinión	Total
Lideres	N°	96	3	9	108
	%	88.9	2.8	8.3	100
Personal	N°	27	14	4	45
	%	60.0	31.1	8.9	100

$$\chi^2 = 26.2591 \quad P < 0.0001$$

**GRAFICO DE COMPARACIÓN N°14
OPINIONES SOBRE LA CREACIÓN
DE LA FIGURA DEL DEFENSOR DE LA SALUD
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA .2000**



III. Relación entre respuestas en líderes y personal de salud.

1.Líderes.

a) Se confrontaron las respuestas sobre si es invitado a participar y si tiene deseos de participar, se observó que al 66.7% de los líderes nunca se los invitó y sin embargo deseaban participar, mientras que al 13% nunca se los invitó y casi siempre estuvieron dispuestos a participar.

CUADRO DE COMPARACION N° 20
SOLICITUD DE DIALOGO
POR LA AUTORIDAD MUNICIPAL CENTRAL CON LOS LIDERES
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000

¿Es Invitado?		¿Le gustaría?					Total
		Nunca	Pocas veces	A menudo	Casi siempre	Siempre	
Nunca	Nro.	4	3	4	14	72	97
	%	3.7	2.8	3.7	13.0	66.6	89.8
Pocas veces	Nro.	0	0	0	2	9	11
	%	0	0	0	1.9	8.3	10.2
Total	Nro.	4	3	4	16	81	108
	%	3.7	2.8	3.7	14.8	75.0	100

Pearson $\chi^2(4) = 1.4171$ Pr=0.841

b) Cuando se confronta el deseo de participar con la real voluntad de trabajar, se ve que el 44,5% tuvo deseos de participar y estuvo dispuesto a trabajar conjuntamente, un 17.6% tuvo deseos pero pocas veces hubiera intervenido realmente.

**CUADRO DE COMPARACION N°21
SATISFACCIÓN POR LA CONSULTA
Y VOLUNTAD DE TRABAJO CONJUNTO (LIDERES)
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000**

		Voluntad de participar.					
¿Le gustaría?		Nunca	Pocas veces	A menudo	Casi siempre	Siempre	Total
Nunca	Nro.	4	0	0	0	0	4
	%	3.7	0	0	0	0	3.7
Pocas veces	Nro.	3	0	0	0	0	3
	%	2.8	0	0	0	0	2.8
A menudo	Nro.	2	1	0	0	1	4
	%	1.8	0.9	0	0	0.9	3.7
Casi siempre	Nro.	2	14	0	0	0	16
	%	1.8	13.0	0	0	0	14.8
Siempre	Nro.	0	19	12	2	48	81
	%	0	17.6	11.1	1.8	44.5	75
Total	Nro.	11	34	12	2	49	108
	%	10.2	31.5	11.1	1.8	45.4	100

Pearson $\chi^2(16) = 108.7743$

Pr = 0.000

c) En cuanto a la comparación entre las opiniones de los líderes relacionada con el arancelamiento y la descentralización.

Se observó que el 39.8% optó por la descentralización en el Subcentro y aceptarían que se cobraran todas las prácticas, mientras que el 6.5 % aceptaría la descentralización pero no desea pagar ninguna práctica y el 15,8% que se cobraran algunas prácticas a las entidades cuyos afiliados se atienden.

Hay algunas respuestas no coherentes por ejemplo la persona que contesta que se privatice pero que no se cobre ninguna práctica.

**CUADRO N°22 COMPARACION
ENTRE LA FORMA DE ADMINISTRACIÓN Y EL ARANCELAMIENTO
OPINIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES (LIDERES)
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000**

Arancelamiento	Administración					Total
		Privatizada	Combinada	Centralizada	Descentralizada	
Ninguna práctica	Nro.	1	0	4	7	12
	%	0.9	0	3.7	6.5	11.1
De acuerdo a la Práctica	Nro.	3	14	10	17	44
	%	2.7	12.9	9.3	15.8	40.7
Mayoría de las Prácticas	Nro.	0	1	2	6	9
	%	0	0.9	1.8	5.6	8.3
Todas las Prácticas	Nro.	0	0	0	43	43
	%	0	0	0	39.8	39.8
Total	Nro.	4	15	16	73	108
	%	3.6	13.8	14.8	67.7	100

Pearson $\chi^2(12)=51.1458$

Pr=0.000

d) Al comparar las opiniones de los líderes respecto a la creación de un foro y de la figura del defensor el 73 % de los representantes contestaron afirmativamente para ambas propuestas, 15.7% estuvieron de acuerdo con el foro pero no con la figura de defensor de salud. Los que no desearon opinar se mantuvieron en el 8.3%.

**CUADRO DE COMPARACIÓN N°23 :
ENTRE LA CREACIÓN DE UN FORO
Y LA FIGURA DEL DEFENSOR DE LA SALUD.
OPINIÓN DE LOS LÍDERES
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000**

Foro		Figura del Defensor de la Salud			
		No tiene opinión	NO	SI	Total
No tiene opinión	Nro.	9	0	0	9
	%	8.3	0	0	8.3
NO	Nro.	0	3	17	20
	%	0	2.8	15.7	18.5
SI	Nro.	0	0	79	79
	%	0	0	73.1	73.1
Total	Nro.	9	3	96	108
	%	8.3	2.8	88.9	100

Pearson $\chi^2=18.3843$

Pr=0.005

2. Personal de Salud.

- a) Se confrontaron las respuestas sobre si es invitado a participar y si tiene deseos de participar, se observó que al 25% del personal nunca se los invitó y sin embargo "siempre" hubieran deseado que lo hicieran y a otro 25% no se los invitó pero a menudo les gustaría. Se observó un 2.3% que manifestó haber recibido "casi siempre" invitación pero solamente "a menudo" le hubiera gustado ser llamado a asesorar.

CUADRO DE COMPARACION N° 24 :
SOLICITUD DE DIALOGO CON EL PERSONAL
POR LA AUTORIDAD MUNICIPAL CENTRAL
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000

		¿Le gustaría?					
¿Es invitado?		Nunca	Pocas veces	A menudo	Casi siempre	Siempre	Total
Nunca	Nro.	2	2	11	3	11	29
	%	4.5	4.5	25.0	6.8	25.0	65.9
Pocas veces	Nro.	0	1	4	3	2	10
	%	0	2.27	9.1	6.8	4.5	22.7
A menudo	Nro.	0	0	0	0	3	3
	%	0	0	0	0	6.8	6.8
Casi siempre	Nro.	0	0	1	1	0	2
	%	0	0	2.3	2.3	0	4.5
Total	Nro.	2	3	16	7	16	44
	%	4.5	6.8	36.4	15.9	36.4	100

Pearson chi2 (12)=11.3482

Pr=0.499

b) Cuando se confronta el deseo de participar con voluntad para participar, se observó que el 24.4% tuvo deseos de participar y estuvo dispuesto a trabajar conjuntamente, un 6.7% tuvo deseos casi siempre y de la misma manera hubiera intervenido realmente. El 4.4% no le gustaba que lo consulten ni estuvo dispuesto a participar. Asimismo el 2.2% que le hubiera gustado pocas veces ser consultado hubiera estado casi siempre dispuesto a participar.

**CUADRO DE COMPARACION Nº 25 :
SATISFACCIÓN POR LA CONSULTA
Y VOLUNTAD DE TRABAJO CONJUNTO DEL PERSONAL
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000**

		Voluntad de participar.					
¿Le gustaría?		Nunca	Pocas veces	A menudo	Casi siempre	Siempre	Total
Nunca	Nro.	2	0	0	0	0	2
	%	4.4	0	0	0	0	4.4
Pocas veces	Nro.	1	1	0	1	0	3
	%	2.2	2.2	0	2.2	0	6.7
A menudo	Nro.	1	1	7	3	5	17
	%	2.2	2.2	15.6	6.7	11.1	37.8
Casi siempre	Nro.	0	0	1	4	2	7
	%	0	0	2.2	8.9	4.4	15.6
Siempre	Nro.	1	1	0	3	11	16
	%	2.2	2.2	0	6.7	24.4	35.6
Total	Nro.	5	3	8	11	18	45
	%	11.1	6.7	17.8	24.4	40.0	100

Pearson $\chi^2(16)=40.1211$

Pr=0.00

C) Cuando se confronta la opinión del personal sobre la descentralización, se observó que el 22.2% que optó por la descentralización también estuvo de acuerdo con el arancelamiento de todas las prácticas. El 44.4% que optó por la administración combinada, estuvo de acuerdo con el cobro de la mayoría de las prácticas.

**CUADRO DE COMPARACION N° 26 :
ENTRE LA FORMA DE ADMINISTRACIÓN Y EL ARANCELAMIENTO
OPINIÓN DEL PERSONAL
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000**

Arancelamiento	Administración					
		No tiene opinión	Combinada	Centralizada	Descentralizada	Total
Ninguna práctica	Nro.	2	1	1	1	5
	%	4.4	2.2	2.2	2.2	11.1
Algunas Prácticas	Nro.	0	5	0	0	5
	%	0	11.1	0	0	11.1
Mayoría de las Prácticas	Nro.	0	2	1	1	4
	%	0	4.4	2.2	2.2	8.9
Todas las Prácticas	Nro.	0	20	1	10	31
	%	0	44.4	2.2	22.2	68.9
Total	Nro.	2	28	3	12	45
	%	4.4	62.2	6.7	26.7	100

Pearson chi2(9)= 24.7198 Pr=0.000

d) Al comparar las opinión del personal sobre el foro y la creación de la figura del Defensor de la salud. El 58.8% que respondió afirmativamente para la primera opción también lo hizo para la segunda. El 15.6% que respondió si para el foro no estimó importante la figura del defensor y hubo un 2.2% que prefirió a éste y no al foro

manteniendo las mismas variables significativas, y excluyendo del modelo el sexo, la edad y las opiniones respecto a la creación de un foro y a la figura del defensor de salud, que no marcaron diferencia entre los grupos.

**CUADRO N° 28 COMPARACIÓN
EN BÚSQUEDA DE LAS DIFERENCIAS
ENTRE LAS OPINIONES DE LOS GRUPOS.
SUBCENTRO DE SALUD EL MARTILLO. MAR DEL PLATA. 2000**

Análisis Discriminante (Modelo que incluye escolaridad)				Análisis Discriminante (Modelo que no incluye escolaridad)			
N° de orden	Variable	F	Test de Wilks	N° de orden	Variable	F	Test de Wilks
1	Escolaridad	69,034	0,363	1	Relación entre ONG y Subcentro de Salud	58,607	0,509
2	Administración: Descentralización /centralización	27,036	0,291	2	Disposición / Voluntad de participar en acciones conjuntas	20,991	0,415
3	Relación entre ONG y Subcentro de Salud	32,964	0,301	3	Administración: Descentralización /centralización	34,743	0,450
4	Disposición / Voluntad de participar en acciones conjuntas	15,642	0,272	4	Arancelamiento	32,388	0,444
5	Arancelamiento	9,636	0,362	5	¿Es invitado por las autoridades municipales centrales?	13,080	0,395
6	¿Le gustaría ser consultado?	7,435	0,258	6	¿Le gustaría ser consultado?	7,892	0,383
7	¿Es invitado por las autoridades municipales centrales?	4,499	<0,252	7			

Cuando se observaron los grupos incluyendo la escolaridad, las diferencias más notorias fueron:

- La opinión sobre la descentralización mayoritariamente preferida por los líderes (67.6%) mientras que el personal había optado por una administración combinada (62.2%).

- La opinión sobre las relaciones entre ambos grupos, mientras que para los líderes es una muy buena relación (75%) para el personal no lo fue tanto, muy bueno consideró el 31.1% y aceptable opinó el 26.7%, mientras que el 24.4% la consideró no aceptable.
- La siguiente diferencia en orden decreciente fue la voluntad de participar los representantes de la comunidad que estaban dispuestos siempre 45.4% y pocas veces el 31.5% mientras el personal en 40% y pocas veces el 6.7.
- En los referente al arancelamiento los representantes de la comunidad casi en una dicotomía se dividieron en 39.8% a arancelar todas las prácticas y 40.7% algunas de ellas, el personal de salud manifestó mayoritariamente (68.9%) estar de acuerdo con el arancelamiento de todas ellas.
- Siguiendo con el orden descendiente, las diferencias se observaron en las opiniones relacionadas con las preguntas referidas a si les gustaría ser consultados por la autoridad municipal central y si están invitados a expresarse por la misma cuando se producen problemas de salud. Los líderes expresaron en 89.8% afirmativamente mientras que el personal solo el 51% estuvo interesado siempre o casi siempre. En cuanto a la invitación a manifestar la opinión los lideres mayoritariamente 89.8% negaron esa posibilidad de comunicación en cambio el personal si bien la mayoría en 65.9% la negaron, el resto (34.1%) tiene un cierto nivel de comunicación.

Cuando se excluyó la variable escolaridad, se observó que el orden de diferencias varió ocupando el primer lugar la relación entre los actores comunitarios y el Subcentro de Salud y de estos con el personal. El segundo lugar en orden decreciente estuvo la voluntad de realizar acciones en conjunto, luego la opinión sobre la descentralización, el arancelamiento, la invitación de las

autoridades a expresarse sobre los problemas de salud y por último el deseo de ser consultados.

7. Discusión

El 50% de los actores comunitarios además de conocer, valoraron la existencia de su relación con el personal del Subcentro de Salud El Martillo, como excelente. Cabe agregar que la amplia mayoría tuvo alguna relación. Esto permitió inferir que la opinión emitida por los representantes de la comunidad puede ser validamente considerada y además que esta relación, expresó la confianza puesta por la comunidad en la institución que se ocupa de su salud y el sentido de pertenencia a la misma.

También en lo referente a la misma relación, pero desde la óptica de los integrantes del equipo de salud, se observó que si bien no es tan favorable, como lo expresaron los representantes de la comunidad, ya que solo el 8.9% la consideró excelente y el 48.9% lo estimó entre adecuada y aceptable, este resultado ratificó la existencia de la relación reconocida por el grupo anterior y señaló que se debería y que podría mejorarse. El personal que señaló la inexistencia de ella (17.8%) pudo haberlo hecho porque es nuevo en el cargo o con un escaso compromiso con su desempeño laboral, ya que no se interesó en indagar que actividades se desarrollan en su lugar de trabajo.

La convocatoria a participación por parte de la autoridad municipal central a líderes y personal, expresadas como una invitación al diálogo con el objeto de lograr una mejor salud comunitaria, ha sido juzgada como muy pobre. Solo el 10.2% del primer grupo reconoció haber sido consultado pocas veces, el 89.8% "nunca". En sentido opuesto se han pronunciado sobre el deseo de ser consultado por la autoridad municipal central, como responsable del enfoque político de la salud, lo que acreditó la disposición de la comunidad a la comunicación como expresión democrática y pacífica, para la solución de los problemas sanitarios.

Casi tan rotundamente manifestó su deseo el personal de salud. Lo importante de estos resultados fue la existencia de una intención de colaboración en función de los grados de compromiso manifestados. Solo el 6.5% de los actores sociales y el 11.2% del personal manifestó poco o ningún interés en ser consultado.

Si bien los resultados revelaron una pobre convocatoria por parte de la autoridad municipal central, la mayoría de los actores sociales como el equipo de salud estarían dispuestos a ofrecer sus conocimientos y experiencia en un esfuerzo mancomunado para lograr soluciones. Se debe agregar siguiendo a Crozier, 1970, "que la participación en las organizaciones no es un regalo ni una ventaja. Es una carga, a veces muy pesada y resulta natural que los subordinados a quienes es propuesta no manifiestan a su respecto más que un entusiasmo muy limitado, pese a la propaganda de la que son objeto".

En cuanto a la voluntad de participar de los actores sociales, lo que implícitamente involucra un esfuerzo, un trabajo mancomunado, solidario y un compromiso; ellos fueron más moderados ya que el 47.3% manifestó estar firmemente dispuesto (casi siempre) y que junto al 11% de "a menudo" suman un porcentaje importante. Pero a la hora de los hechos, se infiere que el grupo que respondió "pocas veces" (31.5 %) condicionaría o circunscribiría su colaboración a otros aspectos limitados. De cualquier forma es muy positivo el resultado ya que el 89.8 % está dispuesto a trabajar en conjunto en acciones de salud.

Los integrantes del equipo de salud fueron más coherentes en la expresión de un compromiso participativo: el 64.4% manifestó estar dispuesto ("siempre" o "casi siempre") siendo este guarismo superior al similar de la comunidad. Al incluir el 17.8% correspondiente al grupo "a menudo", en conjunto implica que el 82.2% estuvo decidido a colaborar en acciones conjuntas. Resulta pues, que el personal estuvo más motivado, probablemente por los conocimientos, la experiencia, la interacción y el trabajo mancomunado y además por ser los responsables de la salud de la comunidad.

Los líderes entendieron que la descentralización (67.6%) podría ser una opción útil, el personal de salud en cambio, posiblemente debido a la experiencia obtenida por su antigüedad en los servicios dependientes del estado, optaron prudentemente por la combinación de ambas modalidades (62.2%). Lo que permite inferir que indicaría o sugeriría la necesidad de un cambio en el sistema actual.

Aproximadamente el 50% de los representantes comunitarios y el 80% del personal de salud piensa que deberían cobrarse todas o la mayoría de las practicas en el caso que los pacientes contaran con una Obra Social, Mutual o servicio prepago de salud.

Uno de los mayores problemas para los servicios de A.P.S. es la restricción de recursos en su asignación presupuestaria, frente a la universalidad y gratuidad de sus prestaciones y la utilización que de ellas hacen los afiliados a obras sociales, mutuales y prepagas.

El sistema hospitalario público viene sufriendo el mismo problema y utilizando como medida correctiva la estrategia de autogestión. Sobre el particular el Dr. Tifani Roberto 1993, expresó "... el Hospital Público Descentralizado de Autogestión focaliza el lado de los ingresos de la ecuación financiera hospitalaria, dejando sin resolver la lógica del gasto fuertemente condicionada por la presencia de una articulación sistemática entre el subsector privado y el propio sector público, que convierte al Hospital en un mecanismo de transferencia de subsidios implícitos al subsector privado".

Tanto los actores sociales como el personal de salud conocen y son conscientes de esta práctica y el aprovechamiento que ello significa para las entidades del sector privado por lo que preguntado sobre la factibilidad del arancelamiento de las prácticas a los usufructuarios de coberturas sociales y prepagas, como fuente subsidiaria de mayores recursos para el sector público se pronunció mayoritariamente a favor del arancelamiento.

El 14.8% de los actores comunitarios reconoció que el equipo de salud es el que tiene la capacitación, la experiencia y los conocimientos necesarios, la mitad del personal (50.8%) estuvo de acuerdo con esta opción.

El 53.7% de los líderes adjudicó el conocimiento a todos los sectores, (que incluía el de salud, los integrantes formales e informales de la comunidad, los políticos, las asociaciones gremiales, empresariales), ya que entre todos ellos se lograría el conocimiento integral de las necesidades que afectan a la comunidad, a su vez el personal solo en un 6.8% consideró esa posibilidad.

Que los integrantes de la comunidad conocen sus propios problemas por vivirlos cotidianamente, fue la opción elegida por el 28.7% de los líderes, y el 32.2% del personal estuvo de acuerdo con esta opción. El criterio fue compartido por el tercio de los dos grupos.

Los políticos gozan del descreimiento de ambos grupos ya que solamente 2.8% de los líderes eligieron esta opción y ninguno del personal.

Así los encuestados que consideraron la variable "todos los sectores" interpretaron indirectamente el axioma del Dr. Astigueta (1986), ex Ministro de Salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (1983-1987) "LA SALUD ES PROBLEMA DE TODOS".

Respecto a la elaboración de las estrategias, ambos grupos (Líderes 75% y personal 62.2%) consideraron mayoritariamente que la planificación debía ser elaborada por todos los sectores que involucran la sociedad en la que habitan.

A su vez el 35.6% del personal de salud, sustentado por su capacitación, el saber y la experiencia, expresó su opinión que ellos eran los que debían elaborar las estrategias, con la que coincidieron el 14.8% de los líderes.

Por lo tanto se concluyó que el resultado fue significativo y favorable a la participación en la identificación de las necesidades de la comunidad y la búsqueda de soluciones a los problemas de la salud.

A los dos grupos, actores sociales y personal, se sugirieron mecanismos posibles de participación, parte del personal de salud optó por más de una variable (respuestas múltiples) y expresó de esa manera su opinión sobre la posibilidad de participación en varias propuestas, mientras que los actores comunitarios optaron por una sola propuesta. El 45.4% de éstos estuvo dispuesto a intervenir en todas las actividades que se propongan, en cambio del personal, solo el 24.4%.

Un grupo que manifestó “aportar información” sobre necesidades y problemas de la comunidad (26.8%), implícitamente se refirió al compromiso de realizar un diagnóstico de situación. Mientras el personal de salud el 37.8% optó por esta posibilidad.

Una propuesta evidentemente difícil fue seleccionar la gestión de recursos, ya que solo el 13% de los actores sociales se mostraron dispuestos a participar en ello a través de una forma de organización (ONG) y 4.4% del personal eligió esta opción minoritariamente por las dificultades que significaría esta actividad.

El 4.6% de los líderes se pronunciaron por la “intervención en la programación” es decir, en la planificación de actividades mientras que el 46,7% del personal eligió esta opción. Probablemente los primeros reconocieron sus limitaciones en esta materia ya que requiere conocimientos y formación especiales. El personal en función sus de conocimientos técnicos y experiencia en la materia se consideró mayoritariamente capacitado para participar en esta posibilidad.

Por la opción de no participar se pronunció el 10.2% de los líderes y el 6.7% del personal.

El 73.2% de los líderes y el 82.2% del personal se pronunció a favor de la creación del foro Comunitario de la Salud y el 88.9 % de los primeros y el 60% de los segundos con la creación de la figura del defensor de la salud, como innovaciones institucionales, una para el debate y propuesta de soluciones de los temas relativos a la problemática de la salud, y el otro, para la defensa de todos los aspectos relacionados con el usufructo del derecho a la salud de los miembros de la comunidad.

Según Dever, 1991, "El foro significa un enfoque orientado a la búsqueda de consenso que se centra en los medios a través de los cuales se puede evaluar las opiniones de profesionales y no profesionales sobre la necesidad de atención de la salud en discusiones participativas de grupo". Las respuestas de representantes comunitarios y personal, muestran el deseo de una sociedad democrática de encontrar canales para expresar sus necesidades en una búsqueda de consenso que lleve la resolución de los problemas comunitarios.

8. Conclusión:

Ambos grupos han reconocido que existió una relación y que ésta fue buena, mejor conceptuada por la comunidad que por el personal. Asimismo manifestaron mayoritariamente que aunque no son convocados para consulta, concurrirían eventualmente si así sucediera. De ello se desprende la necesidad de fomentar la relación en ambos sectores, con mayor énfasis con el personal.

Con respecto a la convocatoria de la autoridad municipal en convocar o propiciar la participación comunitaria, prácticamente la totalidad de los actores comunitarios como la mayoría del personal coincidieron en que a la autoridad municipal no le interesa tal participación o carece de una estructura u organismo convocante.

De ello se desprende que la creación de un ámbito de debate o Foro comunitario de la salud y del Defensor de la salud pueden llegar a producir el debate político donde los todos los sectores puedan expresarse y producir los cambios para mejorar la salud individual y colectiva.

El interés en ser consultados expresado por la mayoría de los líderes que manifestó afirmativamente al respecto, y en menor intensidad el personal, de lo que se infiere que sería importante fomentar los sentidos de autorresponsabilidad, compromiso social y solidaridad que redunden en mayor protagonismo y con más énfasis en el personal de salud.

Casi la mitad de los actores sociales se pronunció positivamente y con elevado grado de compromiso, el personal se manifestó en tal sentido en mayor proporción dispuesta a hacerlo en forma selectiva, señalando implícitamente un alto grado de compromiso con el ejercicio de la filosofía de la APS.

El amplio abanico de posibles actividades participativas posibles, obligó a ofrecer un menú restringido de ellas. Si bien la mitad los actores sociales se manifestaron por participar en todas las actividades y el personal estuvo

mayoritariamente dispuesto a aportar informaciones y en programar acciones, probablemente por razones de profesionalidad.

De ello se desprende que planificadores y administradores deberían ofrecer programas abiertos que ofrezcan posibilidad de opinión y participación en los ítems que lo componen.

Sobre quienes deben involucrarse en las actividades participativas, la mayoría de los líderes consideraron que todos los sectores, incluido de salud, son conocedores de la problemática y la mitad del personal que ello era privativo del sector salud, sin embargo un porcentaje sustancial reconoció a la comunidad compartiendo el conocimiento. El sector político fue prácticamente excluido por ambos grupos.

Por ello se surgiere que los proyectos, programas y planes, deberían ser lo suficiente mente amplios y descriptivos como para que todos y cada uno de los miembros de la comunidad tuvieran la posibilidad y oportunidad de participar.

En cuanto al cobro de aranceles a los afiliados a las obras sociales, mutuales y prepagas, aunque con diferencias, la mayoría de los dos grupos coincidieron numéricamente en que debería implementarse algún tipo de arancel. Aunque se trata de una decisión política de incorporarse al sistema de autogestión, cuya concreción podría ser impulsada por la comunidad y sus instituciones.

La opinión que merece la descentralización de la administración de un efector de salud fue la opción mayoritariamente elegida por líderes y el personal se pronunció por el sistema combinado como propuesta para mejorar la atención de la salud. Otra situación que la comunidad debería resolver políticamente por intermedio de sus instituciones a partir de las ventajas y desventajas que presentan cada uno de los sistemas.

Por último, la creación de un foro comunitario deliberativo y el Defensor de la Salud, también son temas que tendrá que proponer la comunidad y resolverse políticamente.

El análisis multivariado permitió determinar el patrón de diferencias entre los grupos quedando en los primeros lugares la distinta percepción respecto a la relación, la voluntad real de participar, las opciones sobre administración y arancelamiento.

Propuestas

La acción mancomunada de ambos, salud y comunidad, son fundamentalmente una estrategia probadamente eficaz, recurso valioso, del cual puede valerse la gestión para desarrollar actividades exitosas.

En base a la experiencia recogida en este estudio, se sugieren las siguientes acciones:

Capacitar al sector salud en participación comunitaria efectiva.

Informar y capacitar a la comunidad sobre la importancia que implica su participación en el cuidado de su salud, el de la comunidad y cuidado del medio ambiente.

Realizar ejercicios de participación comunitaria para adquirir la habilidad de trabajar en equipo el sector salud con la comunidad.

Repicar las experiencias adquiridas en participación comunitaria a fin de que estas puedan ser incorporadas en otras áreas programáticas.

Reunir y discutir experiencias de otros lugares y establecer conexiones para intercambiar experiencias en terreno.

Poner en conocimiento de las Autoridades Municipales y de los grupos intervinientes en este estudio, el resultado de la investigación para que conjuntamente se inicie la búsqueda de un espacio o ámbito tripartito para debatir temas de salud individual y comunitaria.

ANEXO

ENCUESTA DESTINADA A PERSONAS QUE DESARROLLAN TAREAS EN ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

El presente es un estudio de opinión relacionado con las tareas que Ud. desarrolla en la organización comunitaria (fomento, cooperadora escolar, institución religiosa, entidades deportivas y otras) y el sector de atención de la salud barrial, en especial, en el Subcentro de Salud de El Martillo. Por ello le solicitamos conteste libremente el presente cuestionario, en forma anónima, colocando una cruz en el casillero correspondiente a su opinión y en los que se requiere datos personales no identificatorios.

1.- RELACIÓN ENTRE LOS REPRESENTANTES DE ONG Y EL AREA DE APS.

1.- La relación entre la organización donde Ud. colabora y el centro de Salud, expresada por el diálogo, la comunicación de información, y las respuestas logradas a algunos temas planteados es:

5. Excelente	4. Adecuada	3. Aceptable	2. Insuficiente	1. Inexistente o desconocida

2.- PARTICIPACION DE LOS INTEGRANTES DE LA ONG EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA.

2.1.- ¿Es informado o invitado por las autoridades de salud a participar en actividades de salud pública: campañas de vacunación, prevención de brotes de enfermedades infecto-contagiosas, atención de la salud en emergencias cuando se suscitan dichos problemas de salud?

5.- Siempre.	4.- Casi siempre.	3.- A menudo.	2.- Pocas veces.	1.- Nunca.

2.2.- ¿Le gustaría ser consultado en temas que tienen que ver con la salud de la comunidad?

5.- Siempre.	4.-Casi siempre.	3.- A menudo.	2.- Pocas veces.	1.- Nunca.

2.3.- ¿Está dispuesto a realizar acciones de salud junto con el personal del Subcentro de Salud El Martillo?

5.- Siempre.	4.- Casi siempre.	3.- A menudo.	2.- Pocas veces.	1.- Nunca.

3.- MECANISMO SUGERIDO DE PARTICIPACIÓN.

3.- ¿De que manera sugiere Ud. que podría colaborar para mejorar con su centro de salud?

	a.- Aportando información sobre problemas de salud que conoce en su comunidad.
	b.- Interviniendo en la programación de acciones de salud.
	c.- Gestionando los recursos
	d.- En todos los aspectos
	e.- En ninguna actividad

4.- OPINIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO EN LA PROBLEMÁTICA DE SALUD.

4. -¿Según su opinión quienes conocen las necesidades de salud comunitaria, tales como: saneamiento ambiental, disposición de aguas servidas, vivienda e higiene de baldíos, roedores, adicciones, violencia, actividades recreativas y deportivas destinados a la gente de su barrio?

	a.- El personal profesional y técnico de Salud.
	b.- Los vecinos del barrio.
	c.- Los políticos.
	d.- Todos los sectores
	e.- No sabe, no tiene opinión formada.

5.- OPINIÓN SOBRE LA ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS EN APS.

5.- Según su opinión las estrategias para brindar una solución a los temas de salud arriba planteados en Atención Primaria de la Salud, deben ser elaboradas exclusivamente por:

a.- El personal profesional y técnico de Salud.
b.- Los vecinos del barrio.
c.- Los políticos.
d.- Todos los sectores
e.- No sabe, no tiene opinión formada.

6.- OPINIÓN SOBRE RECURSOS DESTINADOS A LA APS.

6.- ¿Considera que las Obras Sociales y prepagas deberían pagar los servicios de salud que reciben sus afiliados, en los centros de salud barriales?

a.- Todas las prácticas
b.- Mayoría de las prácticas
c.- De acuerdo a la práctica.
d.- Ninguna

7.- ADMINISTRACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD.

7.- En estos momentos se habla de cambiar la administración de los centros de salud. Se hacen propuestas de descentralización, incluso de privatización.

Si la administración de un centro de salud consiste en planificar y programar acciones de salud, organizar los servicios, designar recursos, efectuar los controles y evaluar los resultados, Ud. piensa que lo debe realizar:

a.- Descentralizada en el mismo Subcentro
b.- Centralizada por la Municipalidad
c.- Combinando ambas modalidades
d.- Privatizando los servicios
e.- No sabe / No contesta.

8.- PROPUESTAS ORGANIZACIÓN SANITARIA DE LA CIUDAD CON PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

8.1.- Si un **foro** es la reunión deliberativa de habitantes de toda la ciudad destinado a debatir aspectos relacionados con la vida comunitaria.

¿A Ud. le parece importante crear un foro permanente que trate temas relacionados con la problemática de la salud?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No sabe/no contesta

8.2 ¿Le interesaría que existiera la figura del **defensor de la Salud**, considerándolo como el defensor de los temas vinculados a la salud de la gente?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No sabe/no contesta

9.- DATOS PERSONALES

9. 1.- Sexo.

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Femenino

9. 2.- Edad.

<input type="checkbox"/>	Menos de 20
<input type="checkbox"/>	20 a 29
<input type="checkbox"/>	30 a 39
<input type="checkbox"/>	40 a 49
<input type="checkbox"/>	50 a 49
<input type="checkbox"/>	60 a 69
<input type="checkbox"/>	70 o más

9.3 Tipo de organización a la que pertenece:

<input type="checkbox"/>	a.- Asociación de Fomento
<input type="checkbox"/>	b.- Cooperadora Escolar
<input type="checkbox"/>	c.- Entidades Deportivas
<input type="checkbox"/>	d.- Organizaciones religiosas
<input type="checkbox"/>	e.- Otros

9.4 Escolaridad

<input type="checkbox"/>	a.- Universitario y/o Nivel Terciario
<input type="checkbox"/>	b.- Secundario
<input type="checkbox"/>	c.- Primario
<input type="checkbox"/>	d.- Primario incompleto

ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD

Solicito su colaboración, en forma anónima, para conocer su opinión sobre temas que están relacionados con la organización de los Servicios de Atención Primaria de la Salud y su posible transformación.

1.- RELACION ENTRE LOS REPRESENTANTES COMUNITARIOS Y EL SUBCENTRO DE SALUD.

1.1. – Según su conocimiento la relación entre los representantes de las instituciones comunitarias y el Subcentro de Salud El Martillo entendida ésta como diálogo, comunicación de información, y respuestas logradas a algunos temas planteados, es:

Excelente	Adecuadas	Aceptables	Insuficientes	Inexistente o desconocida

1.2. - A que Institución pertenecen los líderes que Ud. conoce?

Asociaciones de Fomento	Cooperadoras escolares	Iglesias	Organización Deportiva	Otras

2.- PARTICIPACION DEL PERSONAL EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA.

2.1.- ¿Es Ud. invitado por las autoridades municipales a participar cuando se suscitan problemas de salud comunitaria?

Siempre	Casi siempre	A menudo	Pocas veces	Nunca

2.2.- ¿Le gustaría ser consultado o participar en temas que tienen que ver con la salud de la comunidad del El Martillo?

Siempre	Casi siempre	A menudo	Pocas veces	Nunca

2.3.- ¿Está dispuesto a realizar acciones de salud junto con los representantes de organizaciones comunitarias?

Siempre	Casi siempre	A menudo	Pocas veces	Nunca

3.- MECANISMO SUGERIDO DE PARTICIPACIÓN.

3.- ¿De qué manera sugiere Ud. que podría colaborar para mejorar su centro de salud?

	a.- Aportando información sobre problemas de salud que conoce en su comunidad.
	b.- Interviniendo en la programación de acciones de salud.
	c.- Gestionando los recursos
	d.- En todos los aspectos
	e.- En ninguna actividad

4.- OPINIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO EN LA PROBLEMÁTICA DE SALUD.

4.- ¿Según su opinión quienes conocen las necesidades de salud de la gente de su barrio?

	a.- El personal profesional y técnico de Salud.
	b.- Los vecinos del barrio.
	c.- Los políticos.
	d.- Todos los sectores
	e.- No sabe, no tiene opinión formada.

5.- OPINIÓN SOBRE LA ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS EN APS.

5.- Según su opinión las estrategias en Atención Primaria de la Salud deben ser elaboradas exclusivamente por:

	a.- El personal profesional y técnico de Salud.
	b.- Los vecinos del barrio.
	c.- Los políticos.
	d.- Todos los sectores
	e.- No sabe, no tiene opinión formada.

6.- OPINIÓN SOBRE RECURSOS DESTINADOS A LA APS.

6.- ¿Considera que las Obras Sociales y prepagas deberían pagar los servicios de salud que reciben sus afiliados, en los centros de salud barriales?

<input type="checkbox"/>	a.- Todas las prácticas
<input type="checkbox"/>	b.- Mayoría de las prácticas
<input type="checkbox"/>	c.- De acuerdo a la práctica.
<input type="checkbox"/>	d.- Ninguna

7.- ADMINISTRACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD.

7.- En estos momentos se habla de cambiar la administración de los centros de salud. Se hacen propuestas de descentralización, incluso de privatización.

Si la administración de un centro de salud consiste en planificar y programar acciones de salud, organizar los servicios, designar recursos, efectuar los controles y evaluar los resultados, como piensa Ud. que debe ser dicha administración:

<input type="checkbox"/>	a.- Descentralizada en el mismo Subcentro
<input type="checkbox"/>	b.- Centralizada por la Municipalidad
<input type="checkbox"/>	c.- Combinando ambas modalidades
<input type="checkbox"/>	d.- Privatizando los servicios
<input type="checkbox"/>	e.- No sabe / No contesta.

8.- PROPUESTAS DE ORGANIZACIÓN SANITARIA DE LA CIUDAD CON PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

8.-1. - Si un **foro** es la reunión deliberativa de habitantes de toda la ciudad destinado a debatir aspectos relacionados con la vida comunitaria.

¿A Ud. le parece importante crear un foro permanente que trate temas relacionados con la problemática de la salud?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No sabe/no contesta

8.2. - ¿Le interesaría que existiera la figura del **defensor de la Salud**, considerándolo como el defensor de los temas vinculados a la salud de la gente, fuera de la estructura administrativa del Centro de Salud?

	Si
	No
	No sabe/no contesta

9. - DATOS PERSONALES

9.- 1.- Sexo

	Masculino
	Femenino

9.- 2.- Edad (años):

	Menos de 20
	20 a 29
	30 a 39
	40 a 49
	40 a 49
	60 a 69
	70 o más

9.3 Escolaridad

	a.- Universitario y/o Nivel Terciario
	b.- Secundario
	c.- Primario
	d.- Primario incompleto

BIBLIOGRAFÍA

- ABED, Luis Cesar, 1993, "La enfermedad en la Historia. Una aproximación política, cultural y socioeconómica", Ed. Universidad Nacional de Córdoba. R.A.
- ARANGO, D VARELA, J. 1988, "Análisis psicológico del comportamiento participativo en una comunidad del pacífico. Boletín AVEPSO, vol. XI (3) 29-43.
- ASTIGUETA, J.P. PAOLOCÁ, O.D., 1985, "Salud es un problema de todos", Editorial Ministerio de Salud de la Pcia. De Buenos Aires.
- BELMARTINO, S Y MERCER. H, 1987 Mercado asistencial y sistema político, Congreso de Medicina Social, Colombia.)
- BIELSA RAFAEL, 1947 "Derecho Administrativo", Ed. El Ateneo, BsAs., 4 ed.T.II pág. 2).
- BREILH JAIME, 1991, Debates en Medicina Social, "Luchas del contexto como referente histórico" OPS-ALAMES).
- BLUM H.L, 1981 " Does Health Planning Work Anywhere, and If so why?", 1978, vol. N 3, pag 44, y BLUM H.L. "Planning for Health" 2 De. pag 5.) (4)
- BLUTMAN, Gustavo (compilador) 1997, "Investigaciones en Administración Pública y actores sociales", Licenciado GHETTI Roberto, "la participación de los usuarios en las Organizaciones", pág. 117. Ed. EUDEBA. UBA Oficina de Publicaciones del CBC, Universidad Nacional de Buenos Aires.
- CARMONA R., (1988) "Participación de la comunidad campesina" en La participación. Reflexiones para la acción. CESAP. SERIE Materiales Educativos. Caracas Venezuela.
- CIRIGLIANO, G. VILLAVERDE, A., 1966, "Dinámica de grupos y Educación". Editorial Humanitas, Buenos Aires. 11 Edición.
- CROIZIER, M. 1970 "El problema de la Participación en la Sociedad bloqueada. Editorial EUDEBA. Buenos Aires.
- DEVER G.E., Alan, Ph.D, 1991, "Epidemiología y Administración de los Servicios de Salud", OPS, O.M.S. Ed. Aspen Publishers Inc. Rockville, Maryland, USA. Pág. 27.) Niveles de Planificación pág. 56 Sistema comunitario de atención de la salud, pág. 58).
- DRUCKER, Peter, 1975, "La Gerencia, Responsabilidades y Prácticas". Librería El Ateneo Editorial, Buenos Aires, Argentina.
- EVANS, J.R. 1981 ("Measurement and Management in Medicine and Health Services Training Needs and Oportunities, New York, Ed. The Rockefeller Foundation. Octubre, pag 10,)

MARQUET PALOMER, R, 2000. Universidad Autónoma de Cataluña, Seminario Internacional de "Calidad en Atención Primaria de la Salud" y "A.P.S, una visión estratégica", dictado el 3,4, y 5 de mayo de 2000 en Buenos Aires, docente de la Universidad de Cataluña, y coautora de "Gestión Sanitaria".

GONZALEZ MARTÍN, 1988, Participación comunitaria. Psicología comunitaria. Madrid, Visor.

MARTÍN HUGO, 1996. "Sondeo de la comunidad marplatense,. Diagnóstico de situación,, Anexo salud." Ed. Municipalidad de Gral. Pueyrredón.

MC MAHON, R. BARTON, E. PIOT, M. 1989, "administración En Atención Primaria de la Salud" OMS /OPS. 1ª Edición Editorial Pax México, D.F.

MINDZBERG, G.H. 1979, "Organizational power and Goals: Askhelethal Theory and Strategic manegemet. A new view of bussines Policy and Planning Schenende Y, Hofer. Boston. Kittle, Brown, and Co.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, LEY 11.072 "Reestructuración técnico administrativa de los hospitales de su jurisdicción" Anexo I Reglamento de Nuestro Hospital.

MOMBRAY, D. 1971, "The Management Process" (Proceso de gerenciamiento) en Holland, W. W. Y Gilbertdale, S. (Epidemiología y Salud). Ed. Henry Kimpton Publishers, Londres, pág. 155.

MONTERO, MARITZA, 1991, "La participación, significado, alcances y límites" Universidad Central de Venezuela, Boletín de AVESPO, vol xiv, nº1, ABRIL 1991. PAGINA 7/19.

MONTERO, MARITZA, 1993, Concientización, conversión y desideologización en el trabajo psicosocial comunitario. Boletín de AVESPO, Vol. XIV (1) 3-12.

M. MONTERO 1993 "Entre el asistencialismo y la Autogestión, la Psicología comunitaria en la encrucijada". Universidad Central de Venezuela.

M. MONTERO 1996 Coord." Psicología Social Comunitaria". "Teoría Método y Experiencia. Participación y compromiso". "CESAP.1996). Ediciones de la Universidad de Guadalajara.211- 238.

MUNICIPALIDAD DE GRAL. PUEYRREDÓN, 1998 "Mar del Plata totalmente tuya" y 2000, PROGRESA, Programa de reforma del Sector Salud. Dirección de Planeamiento, Secretaria de Calidad de Vida, "Información sobre el programa de reformas de Salud", Abril 2000, pág. 2 y 3

NAISBITT, J. 1982, "MEGATRENDS, TEN NEW DIRECTIONS TRANSFORMING OUR LIVES", Editorial Warner Books. Inc. New York

OMS / UNICEF 1984, "CARTA DE OTTAWA, Informe sobre promoción de salud comunitaria". GINEBRA.

OMS / UNICEF, INFORME DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL sobre Atención Primaria de la Salud. Alma Ata, ex – URRS, Azerbaidhan, 6,7y 8 de septiembre de 1978, OMS, Ginebra, 1978)

OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS, 1992, "Manual De Comunicación social para programas de Salud" . Washington D.C. EUA.

OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD OPS, 1984, Publicación Científica N° 473, "Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas". Washington D.C. EUA.

OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD OPS, 1994, "Las condiciones de Salud de las Américas", Publicación científica n° 549. Washington D.C. EUA.

PAGANINI, J., 2000, "El desarrollo de la descentralización en salud. Un camino hacia la equidad" Jornadas Internacionales de Atención Primaria de la Salud, una visión estratégica. Buenos Aires, 3 /5 de mayo 2000. INUS, UNLP, Argentina, Publicación de Mercados y Empresas

PAIM, J.S. 1981 Medicina Preventiva y Social no Brasil, Modelos Prives Perspectivas. Saudades em Debates. 11.57-59,;

RODRIGUEZ, M.I., VILLAREAL R, La Administración del conocimiento. Lo biológico y social en la formación del personal en America Latina. Educación Médica y Salud. 20,429-441, 1986)

ROUX GUSTAVO, 1984. Revista Científica N ° 473 de la OPS, de, "Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo de las Américas", el Dr. preparó los protocolos de estudios y se adoptaron con algunas modificaciones en 8 países: Barbados, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador Guyana, Jamaica, México

SALAS. C. 1984, Organización y participación comunitaria en el programa de vivienda popular. Boletín de AVESPO. Vol.VII (3) 3:10.

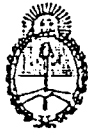
SONIS, A. ALVARADO, C. CHORNY, A. BARQUIN CALDERON, M, FELD SIMON, BARRECHEA, J. 1990, "Medicina sanitaria y administración de la Salud. Tomo II. "Atención de la Salud", 4 Edición, Buenos Aires, Editorial El Ateneo.

STARFIELD, BARBARA, 1994, Primary Care, 2000, Atención Primaria de la Salud, Jornadas Internacionales de Atención Primaria de la Salud, una visión estratégica. Buenos Aires, 3 /5 de mayo 2000.

SIEGEL M., ATTKISSON, GARSON L, 1991. "Need Identification and Program Planning in the Community Context" y otros). Foro comunitario.

TESTA M, BLOCH C., Estado y Salud. Medellin, Memias, 4. Congreso Latino americano y 5. Congreso Mundial de Medicina Social, 1987)

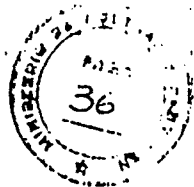
ZURRO, M, GENÉ BADIAS J., SUBIAS LOREN P., 1989, "Actividades preventivas y de Promoción de la Salud. 21 "Monografías Clínicas en Atención primaria de la Salud". Ed. Doyma. Barcelona. España.



α ECSDC

820

RESOLUCION Nº



Ministerio de Cultura y Educación

BUENOS AIRES, 31 OCT 1995

VISTO el expediente N° 18.907/95 del registro de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA, por el cual la mencionada Universidad, solicita el otorgamiento de validez nacional para el grado académico de MAGISTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD, de acuerdo con la Ordenanza del H.C. Superior N° 1492/95, y

CONSIDERANDO:

Que los Organismos Técnicos de este Ministerio han dictaminado favorablemente.

Que de acuerdo con lo establecido por los artículos 41 y 42 de la Ley N° 24521, y por los incisos 8, 10 y 11 del artículo 21 de la Ley de Ministerios -t.o.1992, es atribución del Ministerio de Cultura y Educación entender en la coordinación del sistema universitario y en el reconocimiento oficial de la validez nacional de estudios y títulos y en la habilitación de títulos profesionales con validez nacional.

Por ello, y atento a lo aconsejado por la SECRETARIA DE POLITICAS UNIVERSITARIAS,

EL MINISTRO DE CULTURA Y EDUCACION

RESUELVE:

ARTICULO 1º.- Reconocer oficialmente y otorgar validez nacional al grado académico de MAGISTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD, que expide la UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA, cuyo plan de estudios que consta como Anexo de la presente Resolución, prevé una duración de DOS (2)

LIC. GRACIELA SUSANA VICENS
DIRECTORA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL COMPORTAMIENTO

ENF. MARIA ANA KITLAIN
SECRETARIA ACADÉMICA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL COMPORTAMIENTO

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

ES COPIA

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL COMPORTAMIENTO	
DIVISION DESPACHO	
ENTRÓ	SALIÓ
23 OCT 1995	



RESOLUCIÓN Nº **820**



Ministerio de Cultura y Educación

años, con una asignación horaria de MIL DOSCIENTAS NOVENTA Y DOS (1.292) horas.

ARTICULO 2º.- Regístrese, comuníquese y archívese.

Handwritten initials

Handwritten signatures and initials: W, D, F, P

JORGE ALBERTO RODRÍGUEZ
MINISTRO DE CULTURA Y EDUCACIÓN

ES COPIA

Walter Daniel Callegari
WALTER DANIEL CALLEGARI
AJC DPTO. RELATORIA Y DOCUMENTACION



Ministerio de Cultura y Educación

Ref.: Expte. N° 18.907/95
U. NAC. DE MAR DEL PLATA

C.D. 90013345

BUENOS AIRES, ~~9~~ ¹¹ JULIO 1996

SEÑOR RECTOR:

Me dirijo a usted a fin de hacerle llegar el expediente de referencia, que incluye la Resolución Ministerial N° 352 del 24 de junio de 1996, por la cual se otorga validez nacional al grado académico de MAGISTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD, de acuerdo a la Ordenanza del Consejo Superior N° 1492/95, solicitado por la UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA.

M.T.

Saludo a usted atentamente.-

Dr. OSCAR A. CAMPIONI
DIRECTOR NACIONAL DE GESTION U.N.C. MAR DEL PLATA

SEÑOR RECTOR
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
ING. JORGE D. PETRILLO
S. _____ / D. _____

*Vase al Consejo Directivo
11/7/96*

[Handwritten signature]
EL DR. OSCAR A. CAMPIONI
DIRECTOR NACIONAL DE GESTION U.N.C. MAR DEL PLATA

[Handwritten notes]



RESOLUCION EP 820,-



Ministerio de Cultura y Educación

A N E X O

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
GRADO ACADÉMICO: MAGISTER EN GERENCIA Y ESTRATEGIAS EN SALUD

PLAN DE ESTUDIOS

MODULO	ASIGNATURAS	CARGA HORARIA TOTAL
01	Teoría del Estado y Realidad Sanitaria Argentina	24
02	Economía y Salud	24
03	Previsión Social	24
04	Metodología de la Investigación I	24
05	El Gerenciamiento en Salud	24
06	Epidemiología y Salud	48
07	Administración y Gestión	24
08	Metodología de la Investigación II	24
09	La Gerencia, Sus Características	24
10	Estadística I	24
11	Estadística II	24
12	Estadística III	24
13	Metodología de la Investigación III	24
14	La Organización Administrativa	24
15	La Planificación como Herramienta Gerencial	24
16	Planificación y Programación	24
17	Metodología de la Investigación IV	24
18	La Organización de la Atención de Salud	24
19	La Organización de la Atención Médica	24
20	La Gerencia y el Factor Humano en la Organización	24
21	Administración de Personal y la Gerencia	24
22	Metodología de la Investigación V	24
23	La Comunicación Organizacional	24
24	Las Comunicaciones Gerenciales	24

M
E
E

INV. D. [firmado]

ES COPIA



Ministerio de Cultura y Educación

25	Organización Gerencial	24
26	Aptitudes Gerenciales: La Decisión Efectiva	24
27	Metodología de la Investigación VI	24
28	Aptitudes Gerenciales: Controles, Control y Administración	24
29	La Dirección: Tareas	24
30	Metodología de la Investigación VII	24
31	Metodología de la Investigación VIII	24
32	Presentación y Defensa Oral del trabajo de Investigación	24

W
W

OTROS REQUISITOS:

- Trabajos de campo: Se prevén un total de quince, cuya asignación horaria demandará 500 horas.

W

- Tesis Final: 300 horas.

CARGA HORARIA TOTAL: 1.292 horas.

D.
W
W

ES COPIA



Ministerio de Cultura y Educación

REGISTRO N° 352

BUENOS AIRES, 24 JUN 1996

VISTO el expediente N° 18.907/95 del registro de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA, y la Resolución Ministerial N° 820/95, por la cual este Ministerio otorga validez nacional al grado académico de MAGISTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD, de acuerdo con la Ordenanza del H. Consejo Superior N° 1492/95, y

CONSIDERANDO:

Que en la mencionada Resolución se ha deslizado un error consistente en omitir en la denominación del grado académico, la palabra "Scientiae" a continuación de Magister, de acuerdo con la propuesta de la Universidad pertinente.

Que a los efectos de subsanar el error, resulta necesario dictar una Resolución aclaratoria que modifique los términos de la anterior precitada.

Que los Organismos Técnicos de este Ministerio han dictaminado favorablemente.

Que de acuerdo con lo establecido por los artículos 41 y 42 de la Ley N° 24.521 y por los incisos 8, 10 y 11 del artículo 21 de la Ley de Ministerios - t.o. 1992, es atribución del Ministerio de Cultura y Educación entender en la coordinación del sistema universitario y en el reconocimiento oficial y validez nacional de estudios y títulos y en la habilitación de títulos profesionales con validez nacional.

Por ello, y atento a lo aconsejado por la SECRETARIA DE POLITICAS UNIVERSITARIAS,

LA MINISTRA DE CULTURA Y EDUCACION

RESUELVE:

Handwritten initials: M, C, P

ARTICULO 1º.- Rectificar la denominación del grado académico mencionado en la Resolución Ministerial N° 820/95, dejando establecido que se reconoce oficialmente y otorga validez nacional al grado académico de MAGISTER SCIENTIAE EN GESTION DE

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



Ministerio de Cultura y Educación

352

SERVICIOS DE SALUD, que expide la UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA, cuyo plan de estudios que figura como Anexo de la Resolución Nº 820/95, prevé una duración de DOS (2) años y una asignación horaria de MIL DOSCIENTAS NOVENTA Y DOS (...292) horas.

ARTICULO 2º.- Ratificar la vigencia de la Resolución mencionada en el artículo 1º), desde la fecha de su dictado, en cuanto al reconocimiento oficial y la validez nacional otorgada a este grado académico, de acuerdo con el plan de estudios que la integra como Anexo, con la salvedad de considerar en el citado Anexo la presente modificación en lo atinente a la denominación del grado académico.

Handwritten initials: CC, RL

ARTICULO 3º.- Regístrese, comuníquese y archívese.

Handwritten notes and signatures: W, [unclear], [unclear], [unclear]

RESOLUCION Nº 352

LIC. SUSANA BEATRIZ DECIBE
MINISTRA DE CULTURA Y EDUCACION