

2009

Trabajo social y atención primaria de la salud : el rol del trabajador social como promotor de acciones de prevención y promoción en la atención primaria de la salud

Padovani, María Florencia

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/491>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO
SOCIAL
CARRERA: LIC. EN SERVICIO SOCIAL**

TRABAJO FINAL:

**TRABAJO SOCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DE
LA SALUD**

*“El rol del trabajador social como promotor de
acciones de prevención y promoción en la atención
primaria de la salud”*

AUTORA:

PADOVANI MARIA FLORENCIA

DIRECTORA:

LIC. CRISTINA SEGUESIO

CO-DIRECTORA:

LIC. MARISA BURLASTEGUI

AÑO 2009

Biblioteca C.E.C.S. Y S.S.	
Inventario 4268	Signatura Top /
Vol.: /	Ejemplar: /
Universidad Nacional de Mar del Plata	

24 NOV 2012

Indice

ÍNDICE

<i>FUNDAMENTACION</i>	Pág. 4
-----------------------------	--------

PRIMERA PARTE

<i>MARCO TEÓRICO REFERENCIAL</i>	Pág. 11
--	---------

CAPITULO I: SALUD

Sistema de Salud en Argentina.....	Pág. 12
Concepto de Salud- Enfermedad.....	Pág. 14
Situación Sanitaria de la población objetivo del estudio.....	Pág. 16
Sistema de Salud del Partido de General Pueyrredón.....	Pág. 17
Atención Primaria de la Salud.....	Pág. 21

CAPITULO II: SERVICIO SOCIAL Y SALUD

El equipo de salud.....	Pág. 27
Rol del promotor comunitario en salud.....	Pág. 28
La intervención profesional y la cuestión social hoy.....	Pág. 31

CAPITULO III: PARTICIPACIÓN

Aspectos conceptuales sobre participación social.....	Pág. 33
Servicio social y participación popular.....	Pág. 36
La participación popular en la renovación del pensamiento político democrático.....	Pág. 38
Servicio Social y Participación Popular en Salud.....	Pág. 40

SEGUNDA PARTE

<i>DESARROLLO METODOLÓGICO</i>	Pág. 51
<i>ANÁLISIS DE DATOS</i>	Pág. 59

TERCERA PARTE

<i>CONCLUSIONES Y PROPUESTAS</i>	Pág. 75
<i>PROPUESTA: "PROGRAMA DE FORMACIÓN DE AGENTES MULTIPLICADORES EN SALUD" 81</i>	Pág. 81

BIBLIOGRAFÍA

ANEXO

Fundamentacion

FUNDAMENTACION:

La elaboración de este trabajo de tesis estuvo orientada por diversos interrogantes, los cuales llevaron a la selección del tema en estudio, con la intención prioritaria de verificar el potencial de la participación comunitaria en el fortalecimiento de la Atención Primaria de la salud, analizando centralmente el rol del trabajador social en cuanto a los objetivos de dinamización y organización de grupos humanos, colaborando así en el mejoramiento de las condiciones de vida al promover su activa participación en el trabajo preventivo en salud.

Es a principios del siglo XIX que podemos encontrar, rastreando en la historia, el surgimiento de una preocupación de los Estados por la salud de sus poblaciones.

El reconocimiento del Estado en la protección de la salud colectiva fue una respuesta a las inhumanas condiciones de vida en las ciudades, de los trabajadores y sus familias.

“La concentración de la población se ha dado en condiciones de hacinamiento y pobreza siendo los niños pequeños especialmente vulnerables a enfermedades infecciosas, debidas a vivienda inadecuada, pobre alimentación, ausencia de agua potable y un efectivo saneamiento”¹.

Se crearon así, alrededor de las décadas del 30 y 40 los ministerios o secretarías de salud y entidades públicas especializadas.

La dimensión de responsabilidad Nacional y Mundial en el cuidado de la vida humana adquirió mayor fuerza después de la segunda guerra mundial, con el reconocimiento de los derechos humanos y el derecho a la salud. Se empieza hablar de Salud Integral como la relación entre medicina recuperativa y preventiva.

La tendencia a crecer de la economía mundial se ha visto revertida por una nueva crisis económica que venía incubándose desde mediados de 1970 hasta inicios de la década del 80. Esta situación, como hemos visto, causó una reducción en el gasto social,

recortándose la responsabilidad estatal, en los servicios sociales (salud, educación, subsidio de alimentos, etc.) y presentando una tendencia hacia la privatización y búsqueda de una autofinanciación de los servicios por los mismos usuarios. La salud pública vuelve así a entenderse inevitablemente ligada a sistemas sociopolíticos y a los cambios de la política económica que hacen posible la prevalencia o pérdida de la salud. La salud comunitaria es una noción que aparece en los años 60 y que constituye una modificación sustancial del concepto de salud-enfermedad. Se llama salud comunitaria a los programas de salud pública local, planificados en base a los problemas y necesidades específicas de cada comunidad y ejecutados con la participación de la comunidad.

Esta noción pone el acento en la participación real y consciente de las comunidades, en la planificación local descentralizada, en la integración de todas las actividades medico-sanitarias-ambientales-sociales, en la concepción social de la salud, en la orientación epidemiológica de las actividades, en los niveles de atención, en la cobertura universal, en el predominio de lo general sobre lo específico.

Es en este sentido que para las acciones integradas de la salud se hizo necesario la creación de los equipos de salud, este ha estado por lo general integrado por trabajadores sociales, educadores sanitarios, médicos, enfermeros, psicólogos, entre otros.

Es así como a nivel internacional en el año 1978 en la ex Unión Soviética se produce la declaración de Alma Ata que “constituye la consolidación de cuestionamientos que se venían procesando en la crítica al fracaso de una estrategia de los países en desarrollo para resolver las necesidades de salud de la mayoría de la población pobre urbana y rural”².

Alma Ata refleja por lo tanto, un espacio de llegada de diversos consensos adquiridos por la experiencia de trabajo en perspectiva comunitaria de diversos profesionales del sector salud en terreno. Describe una imagen social del bienestar al que se debe llegar. “El merito de esta estrategia es haber planteado que la base del modelo no es el hospital sino las necesidades de la comunidad, y que el modelo occidental de una atención sofisticada no es el modelo a imitar”³. Aun así, es una estrategia criticada, por seguir énfasis reorientados de instituciones financieras que como el banco mundial plantean el fortalecimiento de las acciones preventivas por su bajo costo operativo.

Dado que la Atención Primaria de la salud es la estrategia que plantea hacer efectivo y universal el derecho a la salud de la población y la participación comunitaria es una herramienta central para ello, algunas de las preguntas que surgen a lo largo de todo el estudio son: ¿Cómo hacer efectiva la participación de la población en los niveles de decisión, acción y control de las acciones en salud? ¿Cómo desarrollar una cultura de la salud y un aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad? ¿Cómo plantear la participación como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo? ¿Cuál es el aporte que puede hacer el trabajador social desde su profesión a este proceso? Si bien pensar en responder a estos interrogantes se tornaría algo ambicioso, para ir desentrañando un poco al tema en estudio se utilizarán como guía para el desarrollo.

Para empezar, es preciso conocer que es la Atención Primaria en todas sus dimensiones, que implica la participación en todos sus aspectos y como el trabajador social puede desde su accionar contribuir a hacer efectiva la atención primaria de la salud como estrategia de desarrollo de las comunidades.

La Atención Primaria de la Salud implica Integralidad y Equidad, enfatiza la necesidad de un desarrollo integral de la salud, va mas allá de una visión sectorial, hacia una

dinámica convergente para el desarrollo local y nacional en la superación de la pobreza y elevación de la calidad de vida. “Implica una dimensión de justicia social como la equidad en la distribución de los medios para generar ingresos, en una distribución de los medios para decidir en el poder político”⁴.

“Como se trata de una propuesta al alcance de los individuos y familias de la comunidad, esta debiera concretizarse en una asistencia sanitaria recuperativa, accesible, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”⁵. Debe formar parte de un sistema Nacional de salud y debe contribuir al desarrollo local.

La salud no puede obtenerse solo con la intervención del sector salud “supone la redirección de recursos económicos para generar las condiciones de una alimentación adecuada, agua potable, empleo, educación, vivienda, saneamiento, servicios de salud, lo que sin duda cuesta mucho mas que el gasto que pueda hacer el sector salud por si solo”⁶

En cuanto a la participación: la A.P.S señala que son los individuos y las comunidades los que deben tomar en sus manos la gestión de las soluciones en salud. Esta conceptualización revaloriza el protagonismo de los actores populares, por que contiene un carácter de acción e implica un nivel de poder para que sus decisiones se efectivicen. Cabe mencionar respecto a la participación, la ambigüedad con la que ha sido tratado el término a lo largo de muchos años y por distintos actores. “Advertimos aquí, que no esta entendiendo un concepto único, libre de contradicciones, incoherencias, etc”⁷. En efecto se intentara abordar también las distintas utilizaciones que se han hecho durante la historia a cerca de esta concepción.

Por ultimo cabe destacar aquí, que el trabajador social comunitario desde su incumbencia profesional, desde nuestra perspectiva, aparece como el potencia actor que motorizaría el proceso de puesta en marcha de esta estrategia que aspira al desarrollo de comunidades sanas, como es la A.P.S, impulsando la organización social para el logro de los objetivos de cambio. Es en este contexto que “el trabajador social como profesión compromete sus acciones en la perspectiva del desarrollo de la calidad de vida de los sujetos sociales con los cuales trabaja, pero fundamentalmente cambia de una practica reiterativa y conservadora a una practica critica y de posibilidades reales en la canalización de posibles soluciones respecto a las necesidades que enfrentan los sujetos”⁸

Esta tesis se interesa en indagar sobre los interrogantes planteados respecto a la participación comunitaria en la atención primaria de la salud y centralmente sobre el lugar que ocupa el trabajo social como agente de cambio, tomando como referencia la experiencia seleccionada. Además se profundizara sobre algunos aspectos teóricos que se expresan en la particularidad del campo elegido.

¹ Centro Latinoamericano de Trabajo Social. Programa de Formación Profesional: “Salud comunitaria y promoción del desarrollo”. Modulo II: “Salud y desarrollo”. Pág. 70. ED Didi de Arteta S.A. Servicios editoriales. 1992

² Ídem. Cita 1. Pág. 76

³ Ídem. Cita 1. Pág. 77

⁴ Ídem. Cita 1. Pág. 77

⁵ Ídem. Cita 1. Pág. 78

⁶ Ídem. Cita 1. Pág. 78

⁷ Centro Latinoamericano de Trabajo Social. Programa de Formación Profesional: “Salud comunitaria y promoción del desarrollo”. Modulo III: “participación popular en salud”. Pág. 13. ED Didi de Arteta S.A. Servicios editoriales. 1992

⁸ Rozas Pagaza, Margarita. "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social".
ED: espacio, Buenos Aires, 2002. Pág. 55

Marco Teórico Referencial

SALUD**Sistema de Salud en Argentina**

En primer lugar cabe hacer una breve mención del comportamiento del sistema de salud en nuestro país desde el estado de bienestar hasta la fecha. La estructura sanitaria que se desarrolló entre 1945 y 1955 dejó su impronta en el modelo de salud argentino: acorde con el advenimiento de un modelo económico basado en el desarrollo industrial hacia dentro, se incorporó fugazmente desde el Estado, de la mano del médico sanitarista Ramón Carrillo, la concepción integral de la salud que consideraba a la pobreza como la mayor causa generadora de enfermedad. El modelo socio económico que prevaleció tras la caída del gobierno constitucional en 1955 fue generando una progresiva desarticulación de las políticas socio sanitarias que amparaban a los sectores más desprotegidos y que sostenían la visión integral, protectora y preventiva de la salud. Cuando en 1978 la Conferencia Internacional de Alma Ata propuso a la Atención Primaria de la Salud como la estrategia central para alcanzar el objetivo de salud para todos, en nuestro país gobernaba una dictadura militar y se ponía en marcha un proyecto político que sostenía un modelo económico, después conocido como "neoliberalismo" que pondría fin al llamado "estado de bienestar". En cuanto a la salud este modelo iba a ser antagónico a la idea de un sistema de salud racional e igualitario. Con el cierre masivo de las industrias, la crisis del sector del trabajo y la defianciación de las obras sociales, millones de trabajadores quedaron sin cobertura y debieron acudir al sector público que se vio desbordado por haber sido, además, sistemáticamente vaciado. Así la tendencia fue (con la excepción del ATAMDOS un plan revolucionario en atención primaria impulsada en 1987 por el entonces ministro de salud Floreal Ferrara) mercantilizar la asistencia, bajo un enfoque exclusivamente "prestacional y precarizado" anterior progresivo que se profundiza en la década del '90 con la

mercantilización de los derechos sociales que generó que sectores y grupos vulnerables de la población que no pudieron acceder a los beneficios de la seguridad privada, encuentren en las instituciones públicas el único medio para satisfacer sus necesidades, de salud, educación, alimentación, entre otras. Del mismo modo, “se incrementa a la vez en forma progresiva el desempleo, la pobreza, la inequidad, la disparidad en la distribución de los ingresos, generándose la inestabilidad económica, social y política. Por lo tanto la inequidad producto de los desajustes económicos y políticos acentuó la exclusión y marginalidad de vastos sectores de la población, dejando a estos sin la cobertura esencial de sus necesidades básicas.

Durante el neoliberalismo de la década del 90' los grupos económicos que hacen negocios con la salud con la complicidad de los gobiernos de turno se fueron apropiando del sistema de salud desplazando al Estado (mediante las descentralizaciones municipales y reducción de presupuesto) en un área que debe responder al bien común y no a la lógica individual y competitiva del mercado.

Esto hoy nos da como resultado que el gasto en salud en la Argentina se sostiene de la siguiente manera: mayoritariamente lo pagan en forma directa las familias al comprar medicamentos, pagar bonos para insumos, para estudios, análisis, etc. Luego lo siguen pagando los trabajadores a través de su aporte a las obras sociales y por último en forma reducida lo sostiene el Estado, a través de fondos internacionales y nacionales para los sectores más pobres. Esto se traduce en hospitales y centros de salud colapsados y sin insumos, profesionales mal pagos y distintos seguros de salud focalizados en ciertas poblaciones "más vulnerables".

Actualmente el sistema de salud continúa sin poder dar respuestas satisfactorias a las necesidades de la población y esto se debe en gran medida a que la atención de la salud está planteada como un negocio y no como un derecho.

No es menor señalar que, con algunas excepciones, para los diversos actores y poblaciones de América Latina, los servicios que proporciona el sistema de salud no son considerados como algo propio, que hay que defender. El derecho de las poblaciones con escasos recursos a un servicio de salud eficiente, ha sido maltratado y postergado tantas veces, que inclusive en ello se han jugado vidas humanas, cuando la necesidad no atendida se ha convertido en fatal.

En razón de esta realidad, de ineficiencia y bajas coberturas, las alternativas liberales que abogan por una atención pagada que mejoraría la eficiencia y privatizaría servicios, encuentran resonancia. Es en este sentido, que el concepto de acceso a los servicios es entendido como el deseo del ciudadano de obtener servicios efectivos y no como la necesidad y responsabilidad de procurarlos por parte del estado.

Por lo tanto, tomando como referencia a Fernando Guzmán Mora, creemos que el **concepto de salud-enfermedad** debe ser considerado como un proceso social. En consecuencia, debe valorar las contingencias económicas de la improductividad producida por la incapacidad laboral producto del estado liberal. Si el Estado desea un sistema verdaderamente interesado en la salud de todas las personas (principio de universalidad consagrado en la Constitución Nacional), no debe limitar sus programas a la prestación de servicios médicos. El concepto de Salud, debe ser visto desde la óptica de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación y readaptación laboral, todo ello inmerso dentro del desarrollo social y humano sostenible.

Desde una perspectiva dialéctica, "la salud no es primordialmente individual subjetiva contingente, ni primordialmente colectiva objetiva determinada. Es siempre y simultáneamente el proceso de génesis y reproducción que hace posible el concurso de procesos individuales y colectivos que juegan y se determinan mutuamente"¹

Desde esta perspectiva, la salud es multidimensional en varios aspectos: "Como proceso se realiza en la dimensión general de la sociedad y en la dimensión singular de los individuos y su cotidianidad. En el terreno de la intervención también puede trabajarse en la dimensión curativa, preventiva y de promoción y en lo que atañe a lo epistemológico, la salud puede mirarse desde la perspectiva de diversas culturas".²

Por lo tanto podemos decir que "el concepto de salud-enfermedad es una construcción colectiva y difiere por ello no solo entre las distintas formaciones socio-culturales sino también al interior del mismo grupo social. Esto lleva a analizar los procesos de salud-enfermedad integrados al contexto socio histórico en el cual se desarrollan, visualizando a los factores sociales no como determinantes externos de estos procesos sino como configuradores de los mismos".³

Incorporamos la concepción de Ferrara, que incluye la noción de proceso socio histórico y la necesidad de transformación para lograr una mejor calidad de vida, en tanto que afirma que "la salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad".⁴

Además, agrega a esta definición: " la salud es un accionar del hombre frente al universo físico, mental y social en que vive y se expresa tanto a través de la comprensión y la lucha frente a los conflictos que el universo le impone, como cuando consigue resolver esos problemas y eliminar sus contradicciones"⁵

Esta concepción permite reubicar a la salud dentro del ámbito de responsabilidad estatal y por ende le concede carácter de derecho individual que debe ser ejercido, noción que nos permite centrar la mirada en la interacción entre Estado (como garante de los

derechos individuales) y sociedad civil. Esto otorga los fundamentos para entender la participación comunitaria.

Por lo tanto, dado que, las problemáticas de salud son variantes sociales e históricas vinculadas a las condiciones de vida de los conjuntos sociales, cuando hablamos de salud en Mar del Plata y del deterioro de la misma, no podemos dejar de vincularlas a las consecuencias de las políticas neoliberales que impactaron en la subjetividad y en los cuerpos de miles de personas, produciendo un sinnúmero de padeceres y daños a la misma. Gran parte de la población de nuestra ciudad está en situación de gran vulnerabilidad social.

En cuanto a la situación socioeconómica de la población de los barrios en los que se desarrolla el trabajo, debemos tener presente que la tasa de desempleo llega al 10.9% en esta ciudad, con lo cual Mar del Plata se convirtió en la única ciudad Argentina en la que la desocupación escaló a los dos dígitos, lo que implica un incremento del 4,5% respecto de 2006. Los datos fueron difundidos el 12 de marzo de este año por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y formaron parte de la ampliación de los resultados de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), que en un primer adelanto reveló que la desocupación en 2007 en todo el país cayó a 7,5%. Mar del Plata fue una de las ciudades en la que más se deterioró la situación laboral de la población, ya que pasó del 6,5% al cierre de 2006, a 10,9% en diciembre de 2007.⁶

Situación sanitaria de la población objetivo de este estudio

Con relación a la situación sanitaria de la población objetivo de este estudio, debemos tener presente que en 2007 se produjo un aumento del 1% en los índices de mortalidad infantil en la provincia con respecto al año anterior. Las estadísticas marcan que el año pasado la mortalidad infantil pasó del 12,5 en 2006 a 13,5 fallecidos cada mil nacidos vivos antes del año de vida en la provincia. Esto significó, en números concretos, 3.500

muerres infantiles. El Ministro señaló que entre las principales causas de muerte infantil se encuentran "la pobreza, la coqueluche, el Virus Sincicial Respiratorio y una serie de causas estructurales que matan a nuestros chicos".. Y agregó que "no es posible que discutamos la muerte de más de 3 mil niños un año más tarde. ⁷

De todos modos sabemos que la vulnerabilización de las personas y los grupos es un proceso que en numerosas ocasiones puede afrontarse a partir de intervenciones tanto desde el Estado como de la sociedad civil, con el objetivo de tratar de modificar la situación. En los últimos tiempos se han implementado y se están implementando numerosos proyectos de participación comunitaria tanto en el ámbito nacional como local.

Sistema de Salud del Partido de General Pueyrredón:

La comuna se encarga de brindar la asistencia sanitaria esencial a través de modernos métodos científicos, con la tecnología disponible, en manos de equipos de profesionales calificados, para poner al alcance de todos servicios básicos a un costo que el gobierno local y el país pueden soportar.

La atención primaria de la salud forma parte del Sistema Nacional de Salud, como condición básica para el desarrollo social y económico de la comunidad.

La política de atención de la salud pública, ha sido pensada para atender las necesidades de la comunidad en sus diferentes edades, por ese motivo existen diversos Programas dirigidos a grupos de niños, adultos y ancianos.

Los servicios están ubicados estratégicamente en distintos barrios de la ciudad, para que todos puedan contar con un Centro de Atención cercano a su domicilio.

Programas Sociales y Comunitarios:

A través de la atención del sistema de Servicios Sociales Municipales, Provinciales y Nacionales se orienta o gestiona la incorporación a los distintos programas y proyectos asistenciales y promocionales.

Las demandas de atención individual, familiar o de gestión de proyectos comunitarios de la población son atendidas por profesionales en las sedes ubicadas en distintos barrios.

Las problemáticas sociales más relevantes son: vulnerabilidad y riesgo nutricional, déficit habitacional integral, ausencia de trabajo y capacitación laboral, incapacidad económica para cobertura de elementos básicos para la vida cotidiana (garrafas, colchones, frazadas) prótesis y ortesis, y conflictivas familiares de origen vincular.

La Municipalidad desarrolla proyectos comunitarios, a dar respuesta a aspectos educativos y de promoción de la organización social para la solución de problemáticas o expectativas de los vecinos. Luego de la previa evaluación de la situación planteada, los recursos disponibles y el potencial individual, familiar y comunitario, se gestiona el acceso a los programas y proyectos vigentes.

- Municipios y Comunidades Saludables
- Programa Remediar
- Programa Nacional de Control de Tabaco
- programa de Auto producción de alimentos
- Programa de protección del desarrollo infantil
- Programa Hijos de Cartoneros y Franelitas
- Programa Por un Mundo con Lugar Para Todos

- Programa Municipal de Seguridad Alimentaria
- Proyecto Asistencia Alimentaria Familiar
- Asistencia de Víveres sin Gluten
- Plan más vida
- Programa Municipal De Huertas
- Programa Acción Social Directa
- Programa Hábitat
- Programa Centros de Desarrollo Infantil
- Proyecto Prevención en Comunidad
- Proyecto "Al Agua Pato"
- Programa Municipal de Contención Social y Salud de Veteranos de la Guerra de Malvinas

Municipios y comunidades saludables:

La Red Argentina de Municipios Saludables trabaja activamente para fortalecer el desarrollo de políticas saludables en cada comunidad.

Desde Noviembre de 2004, Gral. Pueyrredón forma parte de la Red. Con la firma del acta compromiso, Mar del Plata se suma a la propuesta de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud; cuyo objetivo central es abordar estrategias para lograr la equidad en materia de salud.

A partir del 4 de Julio de 2005, el Partido de General Pueyrredón, ha pasado a ser Miembro Titular de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables.

Desarrollo comunitario:

La educación y la organización comunitaria constituyen dos herramientas primordiales, para desarrollar habilidades en los sectores más carenciados que componen la sociedad.

A través del desarrollo de las distintas capacidades, los grupos aprenden a ejecutar proyectos locales y a trabajar en equipo, para el logro de objetivos orientados a la satisfacción de necesidades de carácter primario. La movilización de recursos humanos e instituciones, en el marco de espacios democráticos y de consenso, permite acceder a niveles de mayor bienestar.

Con el fin de mejorar la cobertura sanitaria en el municipio se ha concebido la creación de Postas Sanitarias, las que constituyen el primer contacto del ciudadano con el sistema de salud y la puerta de acceso a niveles asistenciales más complejos.

¿Qué es una Posta Sanitaria?

Se define como un establecimiento de salud de primer nivel, es el de más baja complejidad, donde se desarrollan actividades de atención de la salud, con énfasis en aspectos preventivos-promocionales y con participación activa de la comunidad. Esta bajo la supervisión del Centro de Salud de la zona de influencia, que será el lugar de derivación ante casos que requieran mayor complejidad en la atención.

¿Cuál es su Objetivo?

Objetivo General: Contribuir a mejorar la salud de la población del Partido, favoreciendo un mayor acceso y cobertura sanitaria.

Objetivos Particulares:

- Constituir equipos interdisciplinarios
- Propiciar la articulación con el Centro de Salud de referencia para fomentar el

trabajo complementario y responsable.

- Brindar asistencia sanitaria a la población.
- Realizar un diagnóstico aproximado de la situación local de salud.
- Priorizar las acciones de salud basándose en los sistemas locales de salud.
- Identificar las redes sociales y favorecer su participación en salud.
- Favorecer el desarrollo de consejos vecinales de salud.
- Estimular la formación de promotores vecinales de salud.
- Articular con los programas vigentes en el municipio.⁸

Atención primaria de la salud

En 1978 en la ex URSS se da una conferencia internacional sobre cuidados Básicos en Salud, que aprueba la "famosa" declaración de Alma Ata que propone que los gobiernos participantes debían elegir la estrategia de la Atención Primaria como la más adecuada para alcanzar la meta de Salud para todos en el año 2000, asumida un año antes en la Asamblea Mundial de la OMS. Este consenso expresa la preocupación común frente al alto grado de desigualdad de las condiciones de salud y de acceso a los servicios, entre los países, y a su interior, entre ricos y pobres.

Esta propuesta de Atención Primaria y su extensión del acceso a los servicios de salud de los sectores excluidos del consumo de esos bienes a través de la utilización de una tecnología de salud simplificada; podría considerarse una continuidad entre las propuestas reformadoras de la asistencia médica, especialmente la medicina comunitaria.

La asociación entre las expresiones comunitario, primario, básico, simplificado y pobreza no es casual. Revela una crítica a la irracionalidad del modelo de atención a la salud vigente para los ricos en los países capitalistas ricos (privatizado y tecnológicamente

sofisticado), imposible de ser extendido a la mayoría de la población pobre de todos los países.

La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de la salud, como los cuidados esenciales basados en métodos prácticos, científicamente bien fundados y socialmente aceptables, con una tecnología de acceso universal para los individuos y sus familias en la comunidad, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en cada fase de su desarrollo, dentro del espíritu de autoconfianza y autodeterminación.

Integra las siguientes dimensiones:

- **Integralidad y Equidad:** enfatiza la necesidad de un desarrollo integral de la salud. Va mas allá de una visión sectorial, hacia una dinámica convergente para el desarrollo local y nacional en la superación de la pobreza y elevación de la calidad de vida cotidiana. Implica una dimensión de justicia social como la equidad en la distribución de los medios para generar ingreso, en una distribución de riqueza productiva y de una distribución de los medios para decidir en el poder político. En esta perspectiva, como la atención primaria de la salud debe ser parte de un sistema nacional de salud, debe constituirse en la estrategia principal de prestación de asistencia sanitaria de este sistema. Integrando un sistema más amplio de asistencia, que disponga de servicios de salud más complejos. Esta jerarquización de los servicios existirá en la medida en que sea posible el acceso, a los niveles superiores, de los problemas que no pueden ser resueltos en el primer nivel. Implica universalizar, progresivamente, la cobertura de atención de la salud, incluyendo el acceso a los bienes de consumo necesario (agua, desagüe, alimentos, vacunas, remedios, etc.), como estrategia para mejorar el patrón sanitario de los pueblos y, principalmente, de todos los pobres.
- Debe caracterizarse por una asistencia sanitaria recuperativa, accesible, basada en

tecnologías apropiables, con un costo que no vaya en detrimento de la economía de las familias y del país.

Requiere la realización, por lo menos de las siguientes acciones de salud:

- ✓ Educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes.
- ✓ Abastecimiento de alimentos y de una nutrición adecuada
- ✓ Abastecimiento adecuado de agua potable y de saneamiento básico
- ✓ Asistencia materno-infantil
- ✓ Planeamiento familiar
- ✓ Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
- ✓ Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales
- ✓ Tratamiento apropiado de las dolencias y traumatismos comunes
- ✓ Aprovechamiento de medicamentos esenciales
- Participación: esta dimensión, señala que son los individuos y las comunidades los que deben tomar en sus manos la gestión de soluciones en salud, dado que revaloriza el protagonismo de los actores populares, porque contiene un carácter de acción e implica un nivel de poder para que sus decisiones se efectivicen. El documento propone, que el nivel primario sea definido, geográficamente, de tal manera que permita la solución de los principales problemas de salud de la comunidad (población local), estableciéndose una estrecha vinculación del personal de salud con la comunidad. Enfatiza en la participación de la comunidad, sin perjuicio de la responsabilidad de los gobiernos en la salud de la población. Por lo tanto recomienda la creación de los medios adecuados para fomentar la participación, en la planificación, ejecución y control de las actividades de salud y de desarrollo social. Recomienda, también, que en la definición de las estrategias

orientadas a la promoción de la participación, se consideren las particularidades culturales y sociales, así como las propias del sistema político de cada país.

Además, se deben adoptar medidas legislativas y presupuestarias adecuadas para que los individuos y las comunidades participen efectivamente de las decisiones sobre políticas de salud. Para que la población pueda asumir las responsabilidades de la participación, ella debe disponer de la información adecuada, proporcionada por los profesionales de la salud.

La estrategia central de esta propuesta es el fortalecimiento y el desarrollo de las acciones en la base del sistema de salud, en el nivel más inmediato de atención y asistencia a la salud. Por eso el énfasis en lo comunitario y local, pues e a este nivel que se puede diagnosticar mejor los problemas de salud y desarrollar acciones compatibles. "En este sentido se recomienda que el sistema de salud negocie con los usuarios (la comunidad) la definición de las políticas, principalmente las de nivel local (...) Se considera que sin la adhesión de ellos no es posible mejorar sus condiciones de salud. Esta negociación, unida a las estrategias de desarrollo de los usuarios (comunitarios) en la ejecución de acciones simplificadas (agente de salud) constituye la esencia de la concepción de participación comunitaria"⁹

SERVICIO SOCIAL Y SALUD

El área de la salud ha sido uno de los sectores significativos para la actuación del Servicio Social, constituyendo un espacio privilegiado de absorción profesional, situación demostrada a lo largo de la historia de la profesión en Inglaterra, Estados Unidos y América Latina. Esta situación se ha mantenido hasta los días actuales.

La gran incidencia de asistentes sociales en el área de salud merece algunas reflexiones:

"la vivencia de la muerte y los problemas de enfermedad en las clases trabajadoras son mayores que en las fracciones ligadas al capital, pues los desequilibrios del proceso salud-enfermedad atacan mucho más a los trabajadores y sus familias, que tiene una vida media inferior"¹⁰. Por otra parte, los servicios de salud también se distribuyen de forma diferenciada, pues su extensión no ha sido igualitaria, existiendo exclusión de diversas fracciones al acceso de los servicios.

La salud, por lo tanto, ha sido un área significativa desde el punto de vista político y prioritaria en la elaboración de políticas sociales.

En la organización del sector, en la implementación de las políticas, en la definición de nuevos principios referentes al significado de la salud en la organización de la sociedad, ha sido preciso, a través de la intervención del Estado, la mediación de diferentes profesionales, más allá de los médicos. Los asistentes sociales aparecen como uno de esos agentes.

Este profesional ha tenido históricamente, una práctica permeada por un discurso humanitario, que predominó en los orígenes de la profesión. En periodos posteriores, con la excesiva burocratización del Estado, asume un discurso modernizador, intermediando la relación entre las instituciones de salud y la población, para la racionalización de los servicios.

"El asistente social, en el área de salud, en el ejercicio de su actividad profesional, se ha dedicado a la operacionalización y a la viabilización de los servicios sociales a los usuarios de las instituciones. Ha ejercido funciones de soporte de la racionalización, así como también, funciones técnicas propiamente dichas, mas allá de las tareas selectivas".¹¹

Las políticas de salud, en el capitalismo monopolista, con su desarrollo y expansión, encuentran en el Estado a su agente privilegiado. Estas políticas no corresponden a la alteración significativa de las relaciones de producción, se torna así importante resaltar que las políticas de salud, como todas las políticas sociales, no corresponden estrictamente a los intereses dominantes. Esta lectura tiene su fundamento en la concepción del Estado capitalista como un producto de la lucha de clases y, por consiguiente, como un Estado de clases que incorpora, necesariamente, las demandas de las clases subalternas. El estado, al excluir del poder a las clases trabajadoras, no puede dejar de considerar totalmente sus necesidades, como condición de su legitimación. Mas allá de las condiciones generales que determinaron la ampliación profesional en esta coyuntura, el "nuevo" concepto de salud, elaborado en 1948 por la Organización Mundial de la salud, enfocando los aspectos biopsicosociales, determino la demanda de otros profesionales para actuar en el sector, entre ellos el asistente social. Este concepto surge de organismos internacionales, vinculado al agravamiento de las condiciones de salud de la población, principalmente en los países dependientes, y tuvo diversos desdoblamientos. Uno de ellos fue el énfasis en el trabajo en equipo multidisciplinario, como solución para suprimir la falta de profesionales, ampliar el abordaje en salud, introduciendo contenidos preventivistas y educativos; y crear programas prioritarios con segmentos de la población, dada la inviabilidad de universalizar la atención medica y social.

El asistente social, por sus características, consolidó su tarea educativa con la intervención normativa en el modo de vida de la "clientela", en relación a los hábitos de higiene y salud y actuó en los programas prioritariamente establecidos.

A partir de la década del 50, principalmente en Estados Unidos, surgen propuestas racionalizadoras en Salud, como la "Medicina Integral", la "medicina preventiva" y sus desdoblamientos a partir de los años 60, como la "medicina comunitaria".

Sin embargo, los centros de salud contaban, para el desenvolvimiento de sus actividades, con médicos, enfermeras y visitadoras. Los asistentes sociales no fueron absorbidos en este espacio sino mucho más tarde, en 1976. los visitadores conseguían desarrollar las actividades que podrían ser absorbidas por la asistente social.

La participación popular en las instituciones y programas de salud solo tuvo una repercusión mayor en la profesión en los trabajos de desarrollo de la comunidad. El Servicio Social Medico, como era denominado, no actuaba con procedimientos y técnicas del desarrollo de la comunidad, y si prioritariamente como servicio social de casos individuales; la participación solo era visualizada en la dimensión individual.

El equipo de salud:

Las acciones integradas de salud hacen necesario el trabajo en Equipos de salud. Este se hizo responsable de conocer a la comunidad con la que interactúa tanto en sus relaciones sociales, como en su ambiente, sus recursos, su participación, etc. y de evaluar las propuestas de programación adecuándolas a los problemas señalados y percibidos por las poblaciones.

El equipo de salud comunitaria ha estado, por lo general, conformado por el Trabajador social, por sus conocimientos especiales en el trabajo de grupo y en los conocimientos socio-culturales de los sujetos (individuos, grupos y de su medio socio-familiar.

Propicia la participación de la comunidad en la búsqueda de alternativas ya sea

mediante diagnósticos comunitarios y la adecuación de la programación flexiblemente a sus necesidades; El Educador Sanitario que trabaja en la planificación e implementación de actividades de contenido educativo como parte de un plan de salud. Impulsa y dirige campañas de impacto masivo. Aporta, igualmente, una asesoría sobre los medios e instrumentos de comunicación más adecuados de acuerdo con los niveles culturales y creencias de la comunidad; La Enfermera, que colabora en la identificación de los problemas de salud, planificando la acción de enfermería en la atención al individuo, la familia y los grupos a través de técnicas que le son propias. El Medico, debe atender los requerimientos del cuidado de la salud en la prevención y curación de las enfermedades, coordinando con los individuos, familias y sectores de la población, las acciones a emprender.

Los profesionales que conforman el equipo están exigidos, como metodología de trabajo, de conocer a sus interlocutores y adecuar sus medios e instrumentos a las prioridades que surjan de esa aproximación.

Rol del promotor comunitario en salud:

Según las doctoras Bibiana Pignolino y Claudia Dreyer y la Lic. Cintia Cejas editoras de la publicación del CIDA, realizada mediante un subsidio otorgado por el Fondo Canada para Iniciativas de Desarrollo local de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, lo definen como:

"Una persona comprometida con la comunidad en la que vive y se capacita junto a distintos miembros del equipo del Centro de Salud más cercano a su domicilio, para desarrollar tareas principalmente de prevención y promoción en salud. Debe ser una persona del mismo barrio, porque nadie conoce mejor que él los problemas que existen allí porque los padece".¹²

El promotor y el equipo de salud deben contemplar que la cobertura de salud que brinden sea:

- Universal: toda la población debe tener cobertura por los servicios de salud.
- Equitativa: igual oportunidad de acceso sin distinción del nivel socio-económico
- Continua: en forma permanente y no esporádica como algunas campañas con móviles sanitarios.

Es importante saber que un buen EQUIPO DE SALUD debe estar formado por la mayor cantidad de personas posible; enfermeros, asistentes sociales, médicos, agentes o promotores de salud, psicólogos y nutricionistas, para así entre todos poder darle solución o ayudar a solucionar los problemas del barrio.

Algunas de sus **funciones** son:

- ❖ Aprender a medir la presión arterial y convocar a todos los hipertensos a un seguimiento con los médicos del Centro, brindándoles conocimientos sobre la importancia de la alimentación adecuada (comer sin sal), la realización de ejercicios físicos (caminatas) y la correcta forma de tomar la medicación.
- ❖ Invitar a todas las mujeres embarazadas, y sobretodo a aquellas que tengan mayor riesgo (como las adolescentes) a controlar su embarazo al Centro de Salud más próximo destacando la importancia de estos controles.
- ❖ Dar talleres preventivos y capacitar a otros vecinos en distintos temas en salud.
- ❖ Tomar la presión, realización de primeros auxilios, control de libretas sanitarias.
- ❖ Armar redes socio sanitarias en los barrios con instituciones oficiales para derivar problemas mas complejos, gestionar u obtener recursos.
- ❖ Garantizar la obtención de recursos sanitarios a través de la movilización y la protesta.

Estas son solo algunas de sus funciones para las cuales el Equipo de Salud del Centro los convoca a capacitarse, invitándolos también a que formen parte del mismo.

¿Qué es la participación comunitaria?

Según esta publicación, la participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la vecindad en la que habitan, con el objetivo de mejorar la capacidad de contribuir a su propio desarrollo socio-económico y al comunitario.

¿Qué entendemos por SALUD?

- Es el completo estado de bienestar físico, mental y social.
- Es sentirse bien con uno mismo y con los demás

Definimos SALUD no solo como la ausencia de enfermedad, sino como:

- Tener una vivienda digna
- Tener trabajo
- Educación para todos
- Nutrición adecuada para cada edad
- Saneamiento ambiental
- Seguridad
- Divertirnos, estar contentos que nuestras familias también lo estén, poder ir de paseo, estar tranquilos!!!
- Si todo esto se logra tendremos BUENA SALUD.

¿Cómo puede participar la comunidad?

La participación comunitaria es posible a través de varios medios: formación de los Agentes Comunitarios de Salud, creación de Consejos Locales de Salud, entre otros.

¿Que son los consejos locales de salud?

Son organismos consultivos integrados por representantes de las instituciones del barrio que en un Centro de Salud u hospital local, contribuyen con al cumplimiento de los programas de salud, el funcionamiento del Centro, organizan la acción comunitaria y vinculan la acción sanitaria a objetivos comunitarios más generales, entre otras cosas.

La intervención profesional y la cuestión social hoy:

Adherimos aquí a los lineamientos de Margarita Rozas Pagaza que plantea que ante el actual panorama social, que ha generado cambios sustanciales en la vida cotidiana de los sujetos, "el trabajo social tiene la tarea elemental de: indagar sobre esa realidad para identificar los aspectos problemáticos que hacen a la relación sujeto-necesidad, así como para explorar las posibilidades de reconstrucción de solidaridades sociales, aprovechando los saberes cotidianos de los sujetos para enfrentar la lucha por la subsistencia. Es esta la riqueza actual de la profesión para enfrentar esa complejidad de lo social"¹³

"El deterioro de las condiciones de vida de los sectores subalternos ha convertido su vida cotidiana en una lucha permanente por sobrevivir, y allí están comprometidas todas sus energías y su tiempo. Esta vivencia prolongada de exclusión va debilitando la identidad y autoestima personal y colectiva, dificultando los procesos de organización y reivindicación. A nuestro juicio, este es el aspecto central que debe preocupar al trabajo social para estructurar el campo problemático de su intervención. Una de las coordenadas de dicho campo problemático es aportar a la reconstrucción de actores sociales con identidad capaces de revalorizar sus practicas sociales colectivas"¹⁴

"El trabajo social puede incidir desde su acción en la vida cotidiana, introduciendo una reelección crítica sobre su saber cotidiano y promoviendo momentos de ruptura y crisis de esta supuesta normalidad de reproducción de relaciones sociales alienadas y enajenadas"¹⁵

Es necesario, para que ello suceda, articular dos dimensiones de acción y reflexión desde la intervención profesional:

- Ubicar con claridad los problemas cotidianos y urgentes ligados a la sobrevivencia y a la cotidianeidad.
- Pensar y trascender esta dimensión a partir de modificaciones menores que inicien otras de mayor impacto y contribuyan a la conformación de actores sociales en el mundo popular.

“En este contexto el Trabajo Social como profesión compromete sus acciones en la perspectiva del desarrollo de la calidad de vida de los sujetos sociales con los cuales trabaja, ello implica la satisfacción de las necesidades básicas y las necesidades de identidad (pertenencia, participación, igualdad, desarrollo de capacidades), pero fundamentalmente cambia de una práctica reiterativa y conservadora a una práctica crítica y de posibilidades reales en la canalización de posibles soluciones respecto a las necesidades que enfrentan los sujetos”¹⁶

PARTICIPACIÓN

Aspectos conceptuales sobre participación social

Es preciso aclarar que "por participación popular no se esta entendiendo un concepto único, libre de contradicciones, incoherencias, polémicas e impropiedades de carácter teórico con serias consecuencias practicas. Al contrario, los análisis de las propias experiencias en esta dirección, no solo de servicio social, en diferentes momentos históricos de nuestro continente, han demostrado que muchas veces lo que se encuentra son posicionamientos ideológico-prácticos frente al termino, lo que genera una acumulación de ambigüedades y equívocos que, en lugar de esclarecerlo, lo hace cada vez mas vago y oscuro"¹⁷

La participación es un proceso dinámico, oscilante que se puede definir de acuerdo a las características del contexto social y político, así como del momento en que se realiza, y adquiere diferentes sentidos si se la considera como fin en si misma, o como medio para lograr ciertas metas. También se podría decir que los diferentes niveles de participación prefiguran el sentido que los actores involucrados le dan a la participación. Estos niveles son, partiendo del más bajo al de mayor grado: información, consulta facultativa, elaboración y recomendación de propuestas (iniciativa), fiscalización, concertación, co-gestión y toma de decisiones, y la autogestión"^{18,19}

Para este autor, la participación puede ser aprendida y perfeccionada por la practica y la reflexión. La calidad de la participación aumenta cuando las personas aprenden a conocer su realidad, a reflexionar, a distinguir efectos de causas, observaciones de inferencias y hechos de juicios de valor, cuando aprenden a manejar conflictos y respetar opiniones, cuando aprenden modalidades de organización y acción coordinada.

La educación para la participación se basa en el concepto de praxis: donde se combinan la práctica, la técnica y la teoría como reflexión.

Desde un enfoque basado en la educación popular se expresa que los tipos y variantes de participación se relacionan directamente con los objetivos del proceso participativo, existe para estos autores una graduación que va desde la manipulación a una facilitación no comprometida, hasta la participación en la perspectiva de concienciar y aumentar el poder que las personas tienen sobre sus vidas y sus recursos. Esta última implica que las personas detentan completamente el poder y mantienen el control del programa de acciones. El empoderamiento se alcanza mediante la concientización, la democratización y la solidaridad; caracteriza los procesos autónomos de movilización para alcanzar cambios estructurales políticos y sociales.

Además, la participación social ha sido considerada como norma para realizar una tarea conjunta¹⁹; Como esfuerzo organizado para incrementar el control sobre los recursos y las instituciones reguladoras en situaciones sociales dadas^{20, 21}; como «empoderamiento» de la comunidad local mediante un proceso a través del cual grupos de población que carecen de acceso equitativo a recursos valorados, ganan control (poder) sobre esos recursos. La participación como empoderamiento implica interacción, respeto mutuo, reflexión crítica, acción grupal, compromiso, influencia e información, y, por tanto, para poder participar efectivamente se requiere acceso real a la educación, a la información, a las actividades sociales y políticas y a la tecnología. La participación también se entiende como actitud de solidaridad, de diálogo y preocupación por la gestión de la vida colectiva. Actitud democrática de quien gobierna, que permita escuchar a los ciudadanos, darles protagonismo en la vida de las instituciones democráticas.²²

Además, la participación se define como actividad organizada por parte de un grupo, con el objeto de expresar necesidades, demandas, de defender intereses comunes, de influir de manera directa en los poderes públicos ganando así poder político²³. Siendo muchas las definiciones teóricas del concepto, todas poseen en común el reconocimiento del control político que se puede alcanzar si se participa de manera autónoma, conciente y organizada²⁴.

La cuestión de la participación en el cuadro de las sociedades capitalistas(principalmente en los países de la periferia), por si sola, permite innumerables interpretaciones, siendo tradicionalmente tratada de forma ambigua y oscura, no tan solo por aquellos que buscan crear espacios de participación popular desde el punto de vista utilitarista, como generalmente lo hacen las políticas sociales de las sociedades en cuestión. "También por el lado de aquellos que de forma ingenua, espontánea e independiente, afirman la autenticidad de las acciones colectivas muy ufanamente y encaran la participación popular como una forma de participación alternativa (...) estas ultimas niegan la posibilidad de trabajar o aprovechar las contradicciones inherentes a cualquier propuesta oficial, con lo que acaban reforzando la dicotomía entre lo popular y lo estatal"²⁵. Lo que a su vez, en definitiva, alimenta el discurso y la practica de no responsabilidad del Estado en incorporar las demandas populares. Esta dicotomía puede ser interpretada tal como lo define Sandra A. Barboza Lima como "una dicotomía establecida entre la participación activa (entendida como la participación en las decisiones del aparato institucional) y participación pasiva (entendida como la participación en los bienes y servicios de la sociedad), otorgándosele a la primera forma una mayor importancia y atribuyéndose al asistente social la función de activar principalmente esa forma de participación"²⁶.

Según Elimar Nascimento, para el liberalismo "la participación es asumida como un bien en sí mismo, y no un camino para que se obtengan resultados que se condigan mas con los intereses de los actores envueltos en el proceso(...) así, el individuo, casi siempre, acaba participando de resoluciones previamente elaboradas"²⁷. En este aspecto, es licita la afirmación de que la participación asume el carácter de mercancía y consumo.

Servicio Social y Participación Popular:

En relación con el Servicio Social, podemos decir que la cuestión de la participación no es reciente. Esto porque ya en sus orígenes se plantea la necesidad de "llevar a las personas con las cuales se trabaja a formar parte del proceso desencadenado, en el sentido de la obtención de determinados resultados que a ella conciernen (...) desde el principio de su practica, los asistentes sociales consideran la participación del cliente en el proceso, no solo como un principio de valor, sino también como una estrategia de acción" ²⁸

Es a partir de los años 50, cuando esta practica que había emergido de una propuesta vocacional orientada por el catolicismo, se dirige rápidamente, hacia la vía de la profesionalizãción (la demanda por sus servicios se institucionaliza, la profesión es legalizada, adquiriendo un status que le permite su identificación como un cuerpo profesional) y junto a ello es penetrada de forma más nítida por el pensamiento liberal norteamericano.

Es en este contexto, según Myriam Veras Baptista que "el abordaje de la participación se relaciona con esa concepción liberal, que rescata el elemento ético de la libertad individual y la noción de que hay en cada hombre un potencial de progreso personal. Y

coherentemente, considera que es en el conjunto de las instituciones sociales donde él va a encontrar las condiciones necesarias para su desarrollo"²⁹

En el transcurso de esta década, debido a las consecuencias de la post-guerra, la cuestión desarrollo/subdesarrollo adquirió inmenso valor. En este escenario, la expansión de la ideología desarrollista hace que la cuestión de la participación gane extrema importancia. La participación pasa a pertenecer al espacio programático, o más precisamente, al planeamiento para el desarrollo.

"Con todo, como Safira Ammann señaló, en 1974, durante la XVII Conferencia Internacional de Servicio Social, en Nairobi, Sugata Dasgupa ya denunciaba ese esquema de participación por ser destinado a legitimar el proceso de formación de elites y de utilización de personas como herramientas para el desarrollo".³⁰

Al enfatizar el hecho que la participación popular no es un concepto único, libre de ambigüedades (lo que históricamente puede ser comprobado cuando consideramos las formas como ha sido utilizado por los sectores dominantes que a través de la cooptación y manipulación de las clases y capas subalternas, buscan atenuar los conflictos de clase) no con ello estamos subestimando las luchas desarrolladas por los procesos históricos de las clases dominadas, las cuales han conseguido crear espacios propios, autónomos, de participación social y política. Espacios estos, que en muchas ocasiones acaban constituyendo la base para la formación de los movimientos sociales populares, que propician aprendizajes de participación capaces de incidir en los programas generados por los Estados, garantizando sus intereses de clase y afirmando su propia identidad.

En síntesis, la postura crítica que defendemos frente a las propuestas de participación popular que los programas oficiales en la mayoría de las veces intentan promover, no

significa que estemos negando la importancia de estos espacios oficiales. Al contrario, creemos que solamente esa posición es capaz de propiciar a los profesionales la posibilidad de generar acciones capaces de revertir las propuestas oficiales de participación en el sentido de garantizar los verdaderos intereses de las clases y capas subalternas.

La participación popular en la renovación del pensamiento político democrático:

La centralidad adquirida en los últimos dos decenios por la participación popular en la renovación del pensamiento político democrático latinoamericano-cuya tónica de abordaje se refiere frecuentemente a la cuestión de la resistencia política presente en las luchas de los sectores populares y clases subalternas- ha demostrado que la lucha por la participación en cuanto forma de resistencia de los sectores populares contra el sistema, posee una importancia que no cabe subestimar. Sobre todo porque han insertado la participación en el ámbito de una participación política ampliada.

En 1977 algunos sociólogos docentes del instituto de Estudios Latino-Americanos de la Universidad de Berlín, señalaban que en los últimos años habían cambiado profundamente los condicionantes de los conflictos sociales en América Latina. Los aparatos represivos estatales, que asumieran la tarea de imposición de las estrategias económicas, limitaron fuertemente los canales tradicionales de articulación política, tales como los partidos y los sindicatos. En consecuencia, observaban los sociólogos, "se necesita buscar nuevas formas de expresión y resistencia social, tanto en el contenido como en las modalidades de organización. Por tanto, para analizar y entender los procesos sociales en América Latina, es preciso tener en cuenta las formas no tradicionales de resistencia social."³¹

Por eso, es preciso aducir que la temática de la participación popular, en el contexto arriba mencionado, no fue inventada nuevamente ni redescubierta por los científicos sociales, o por nosotros los asistentes sociales. Fue reinventada y redescubierta por los movimientos de masas, los cuales le atribuyeron un nuevo significado, distinto a los moldes proporcionados por la doctrina liberal. Movimientos estos, que en varios sectores, en diversos momentos y diferentes batallas desarrollaron y están desarrollando una crítica de hecho a las democracias restringidas que nos acompañan en nuestras sociedades a través de la historia, y también a las organizaciones políticas clásicas que las legitimaran.

Tal como lo expresa Pedro Jacobi, no debemos olvidar que al optimismo predominante en la década del 70 y la posibilidad de ampliar el nivel de participación de los sectores mas desheredados de la población en el contexto de los gobiernos de oposición iniciados en 1983, se sucede una decepción, porque: Con el ascenso de los gobiernos democráticos en 1983, se verifica que la posibilidad de cambio no corresponde a las expectativas, tanto en el plano de la participación popular cuanto en el plano de las realizaciones, lo que provoca un reflujo en los movimientos. Los golpes vivenciados en nuestra historia, demuestran que los retrocesos son siempre posibles.

No podemos dejar de considerar que la acción de los movimientos sociales tiene efectos políticos institucionales, comprobados por el proceso histórico, los que hacen que no sea tan solo el estado el que se modifique, sino también que los propios movimientos se transformen.

Los movimientos sociales, en su mayoría, no siempre presentan demandas de institucionalización innovadora de la representación social, mas si "configuran inequívocamente demandas de ciudadanía social estructuradas en forma diferenciadas y

determinadas por el proceso de revalorización de la democracia (...) ignorar estos aspectos es negar que los movimientos sociales son parte de un todo y solo en el se entienden, así como solo se desarrollan y adquieren sentido político en el"³²

"Así, el tema de la participación popular, al ser puesto por los movimientos sociales en el escenario político, apunta a perfilar propuestas de participación de alguna forma diferenciadas de las oficiales, pues procura influir mas concretamente en los procesos políticos, especialmente en aquellos vinculados a las decisiones que afectan la calidad de vida de las clases populares".³³

En suma, "parece que las preocupaciones de estos movimientos por la participación popular y su búsqueda mas como meta que como técnica de organización y desarrollo social, responden a un sentimiento creciente en los países latinoamericanos de alineación del hombre común, a un malestar generalizado que, según muchos analistas que han atribuido centralidad a esta temática en sus estudios, es la raíz de los llamados problemas sociales".³⁴

Servicio social y participación popular en salud:

Podemos decir que siempre estuvo presente en el Servicio Social la cuestión de la participación, sea desde un punto de vista mas conservador, sea a partir de una visión mas critica.

A mediados de la década del sesenta, aparecen propuestas en esta ultima dirección, pero las mismas no consideraban la posibilidad de articular una participación mas critica en el interior de los espacios institucionales. Solamente a mediados de la década del setenta, el Servicio Social amenaza con madurar tal propuesta.

El Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS), contribuyó en la divulgación y construcción de una nueva propuesta teórico-práctica, que cuestionaba las demandas oriundas del poder, procurando develar la realidad y analizar la profesión no solo en relación con los métodos y técnicas, sino fundamentalmente en relación a las fuentes de reconocimiento del Servicio Social, orientándolo hacia el establecimiento de vínculos orgánicos con las clases trabajadoras.

En esta década, en Brasil, la cuestión de la participación en el sector salud y el papel de los asistentes sociales en su promoción es discutida por Nicoletti, presentando juicios críticos a la planificación en salud, de matriz racionalizadora, ejecutada por la tecnocracia, la que no visualiza las causas estructurales, lo que termina teniendo como consecuencia el no responder a las necesidades de la salud de la población.

A juicio de la autora, la participación es enfatizada como estímulo para que los individuos, a nivel local, asuman una nueva actitud de integración. El control de las actividades del programa por los beneficiarios es propuesto, pero en términos idealistas, con reserva de que no intervengan en la planificación de nivel nacional, evitándose así la percepción de la salud en el ámbito más global.

La autora, a pesar de resaltar el contenido de la participación comunitaria como instrumento de control social, "señala que la misma puede propiciar el surgimiento y desarrollo de organizaciones comunitarias con fuerza política para influir, de manera efectiva, en la direccionalidad de los planes y establecer prioridades de acuerdo con sus intereses en cuanto clase".³⁵

La comprensión de esas contradicciones es destacada por Nicoletti, "como condición fundamental para que los técnicos que actúan en el sector perciban las necesidades de la

población bajo la óptica de esta última, y coloquen sus conocimientos y prácticas en la retaguardia de las aspiraciones auténticamente populares".³⁶

El servicio social en salud en esta década, no consiguió alterar la orientación de los proyectos de acción profesional. La práctica profesional continuó siendo orientada por la dirección "modernizadora", con una acción predominantemente "rutinaria", burocratizada, empirista, con énfasis en la racionalidad y selectividad. Las condiciones de vida y trabajo como fundamentales para la salud no fueron valorizadas bien como se hiciera con la participación popular.

Al inicio de la década del 80, algunos avances con referencia a la práctica profesional fueron conseguidos, derivados de la movilización de la sociedad y su repercusión en la profesión.

Se considera necesario contar con un sustento teórico que contemple conceptos capaces de orientar, por ejemplo, la revisión de la concepción de salud y de la política social desde una perspectiva histórica y globalizante.

En la segunda mitad de la década del 80 en el V y VI congreso Brasileño de asistentes Sociales fueron presentadas tesis relativas a la salud, la mayoría de las cuales tenían un contenido crítico y analizaban alternativas para la actuación profesional en las instituciones de salud y en los movimientos populares. En ellas se sugerían como estrategia de acción:

- La defensa del derecho a la salud.
- La participación del usuario en la institución y en la elaboración de programas.
- La actuación en equipos interprofesionales

- La valorización del saber popular y el rescate de la experiencia cultural del ciudadano;
- La articulación con movimientos populares.
- El reconocimiento de la vinculación entre el problema específico del fenómeno salud /enfermedad y la condición socio-económica que lo genera.

Hacia fines de la década del ochenta en el VI congreso de Asistentes Sociales en Brasil, fueron presentadas nuevas tesis referentes a la cuestión de la salud y Servicio Social. En estas se puede percibir que "la practica en salud es concebida como una tarea política, no pudiéndose ignorar los intereses de clase, debiendo la intervención vislumbrar las causas de las enfermedades, develando sus determinantes socio-históricos y contribuyendo, junto a la población, al desarrollo de acciones que procuren nuevas condiciones de vida".³⁷

En síntesis, se cuestionaron las practicas tradicionales, resaltando la necesidad de superar los dilemas de la practica cotidiana a través del análisis de los determinantes sociales de la salud y se procuro explicitar alternativas de acción que lograsen la mejoría de las condiciones de vida y salud. El concepto de salud utilizado en la mayoría de los trabajos, estuvo relacionado a las condiciones de vida y trabajo. Se percibe en ellos el esfuerzo de los profesionales por trazar estrategias y técnicas profesionales, enfatizándose la participación de los usuarios en la gestión de los servicios públicos y la articulación con los movimientos sociales.

Sin embargo, los profesionales no han ocupado puestos significativos en el aparato del Estado. "Esta no penetración de los profesionales en el aparato del Estado coincide con

la ausencia de una postura consistente y de táctica política para la modificación de las políticas sociales".³⁸

Ha habido cuestionamientos levantados por algunos Asistentes Sociales con relación al significado de estos espacios de participación institucional, los que enfatizan en el aspecto de la legitimación de los mismos, señalándose que no deberían ser estimulados, y planteando como alternativa, la búsqueda de canales autónomos para el movimiento popular. "Esta visión dicotomiza la realidad, negando la posibilidad de ocupar los espacios públicos, lo que es fundamental en la perspectiva de su modificación y transformación (...) Lo importante es reconocer la naturaleza contradictoria de las diversas fuerzas que ocupan estos espacio, participando en los mismos, en vistas a producir una alteración por "dentro" de las políticas sociales y de salud".³⁹

La estrategia de total autonomía, por el contrario, impide la construcción de canales democráticos de fiscalización y control de los usuarios de las políticas institucionales. El profesional comprometido con las luchas populares, debe conocer la correlación de fuerzas e intentar alterarlas en conjunto con sus aliados, y no rehuir esta confrontación. Para el enfrentamiento más consecuente, se considera importante que el movimiento popular tenga también sus espacios para organizarse y tener mas fuerza en su inserción en la instancia institucional.

A partir de lo expuesto, se puede percibir que el papel del asistente social en la salud se encuentra impregnado por la cuestión de la participación, aun cuando ella no aparezca de forma explicita. Al analizar los aspectos teóricos- metodológicos significativos que orientan las practicas cotidianas de este profesional, se percibe dos dimensiones básicas para el enfrentamiento de la participación popular.

La primera de ellas, remite al Servicio Social profesional, teniendo como referencia al funcionalismo que tiene por objetivo la integración del cliente a la institución de salud, y, por consiguiente, la adaptación del mismo a las rutinas y normas institucionales. Esta perspectiva es fruto del conservadorismo burgués que busca el mantenimiento del statu quo.

La segunda dimensión, se inicia con el movimiento de Reconceptualización en América Latina, teniendo como referencia al marxismo, y pretendiendo romper con los moldes tradicionales de intervención del asistente social. Esta perspectiva, consecuentemente, tiene una percepción de la participación popular diferenciada de la anterior pues defiende la universalización de los servicios de salud como un derecho en el ejercicio de la ciudadanía.

En esta perspectiva, el asistente social busca modificar la correlación de fuerzas al interior de las instituciones de salud, transformando su estructura y vinculándola a los intereses de las clases trabajadoras.

En su práctica con la población usuaria de las instituciones de salud, el profesional busca desencadenar un proceso de reflexión sobre los problemas de salud que ella trae, procurando la identificación de las determinaciones coyunturales y estructurales de cada situación, con el propósito de vincularla con los procesos organizativos de la sociedad civil, participando de los movimientos ya existentes y creando aquellos otros que se hicieran necesarios. Se considera que los problemas de salud de las poblaciones no son de naturaleza individual, sino colectivamente generados por las relaciones sociales de producción, debiendo su enfrentamiento darse a través de procesos colectivos.

Una forma de aproximar la ubicación actual del sector salud frente a la participación social, es observando las estrategias fundamentales del sector y su posición frente a aquella:

1- Recuperación: Constituye tradicionalmente el quehacer fundamental del sector. La participación de las personas aquí se basa en reacciones individuales expresadas en solicitud de servicios ofrecidos por profesionales. Este tipo de actividad tiende por su naturaleza, a estimular una visión individualizada de la salud y a promover una actitud dependiente (usuarios de servicios) por parte de los individuos.

2- Prevención de la enfermedad: Esta ha enfrentado históricamente algunas dificultades en lo que se refiere a su enfoque en relación con la participación social. Por una parte, la sociedad ha desarrollado una noción inmedatista de la salud, orientada hacia la consecución de beneficios inmediatos palpables.

Por otra parte, los alcances de la estrategia se han visto limitados por el énfasis puesto en transmitir cierto tipo de información a veces compleja y técnica acerca de enfermedades que pueden llegar a atemorizar a la población, lo cual no solamente es inadecuado en cuanto a la intención de cambiar las conductas sociales sino que, además, al orientarse de esta forma tienden a ir en contra de la participación social, pues generan dependencia y no consiguen aumentar la capacidad de la comunidad para tomar decisiones fundamentadas y conscientes frente a su propia visión de salud.

3- Promoción de salud: es la más reciente de las estrategias, constituye en lo concreto, la necesidad que siente el sector de actuar de manera articulada con los demás actores sociales en contextos amplios, superando su restricción tradicional respecto de la atención a la enfermedad, al orientarse hacia el conjunto de acciones sociales para el

desarrollo de la salud. Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. La salud se percibe, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.

Es evidente que esta estrategia depende para lograr sus objetivos de construir el ideal de salud que persiga una determinada sociedad, reconociendo que aquel no puede darse en todos los contextos de la misma forma, pues depende de los procesos sociales en sus múltiples expresiones, del contexto político, de las coyunturas particulares existentes y de la diversidad de relaciones entre actores sociales específicos. Desde este punto de vista, la estrategia de promoción de salud, es en esencia, participativa.

Las perspectivas sanitarias más actuales consideran que el conocimiento-reconocimiento de los factores determinantes del proceso salud-enfermedad; Ya sea del orden de lo biológico, lo social, lo cultural, lo psicológico, lo político, lo económico, etc.; solo puede ser realizado con certeza a través de la participación comunitaria: nadie mejor que la propia comunidad puede dar cuenta de que la enferma y que le da salud.

Se trata entonces de hacer epidemiología no "sobre o alrededor" de grupos humanos, sino "con" estos mismos grupos. Una epidemiología de carácter inclusivo como la que aquí se plantea, persigue objetivos en relación con la promoción y el desarrollo de actitudes y prácticas culturales que favorezcan la búsqueda participativa de la equidad en las condiciones de vida que dan lugar a la salud.

Por otra parte, cabe destacar que sin comunicación (entendida aquí como los procesos de información y diálogo), no puede haber participación. La problemática de la salud requiere apoyarse en un modelo de comunicación democrático, horizontal y dialógico,

donde la reciprocidad de los intercambios sea la principal característica de la interacción.

-
- ¹ BREILH, Jaime, Epidemiología crítica ciencia emancipadora e interculturalidad, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003. Pág. 51
- ² Ídem. Cita 1. Pág. 48.
- ³ Proyecto: Promotores de Salud del Centro de Salud municipal N°10 dependiente del hospital Penna de la ciudad de buenos aires.
- ⁴ FERRARA, Floreal, Teoría Social y salud, Catálogos Editorial Buenos Aires, 1985, Cáp. "Conceptualización del campo de la salud"
- ⁵ Ídem. Cita 4.
- ⁶ www.clarin.com/diario/2008/03/12/um/m-01626989.htm - 21k
- ⁷ <http://www.lacapitalnet.com.ar/hoy/LaCiudad/Noticias/200805172510.html>
- ⁸ www.mardelplata.gov.ar
- ⁹ Centro Latinoamericano de trabajo social. Programa de formación Profesional: "Salud comunitaria y promoción del desarrollo". Modulo III: "Participación popular en salud". Pág. 38. ED Didi de Arteta S.A. Servicios editoriales. 1992
- ¹⁰ Ídem. Cita 9. Pág. 49
- ¹¹ Ídem. Cita 9. Pág. 50
- ¹² manual para promotores comunitarios en salud del CIDA
- ¹³ Rozas Pagaza, Margarita. "Una perspectiva teórica metodologica de la intervención en trabajo social". ED: espacio, buenos Aires, 2002. Pág.54.
- ¹⁴ Ídem. Cita 13.
- ¹⁵ Ídem. Cita 13. Pág. 55.
- ¹⁶ Ídem. Cita 15.
- ¹⁷ Ídem. Cita 9. Pág. 13
- ¹⁸ Díaz Bordenave J. Participación y sociedad. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda; 1985.

-
- ¹⁹. Gonzáles E. Manual sobre la participación y organización para la gestión local. Cali: Ediciones Foro Nacional por Colombia; 1996.
- ²⁰. Wolfe M. La Participación: una visión desde arriba. Argentina: CEPAL; 1984.
- ²¹. Sánchez M. Metodología y práctica de la participación. Madrid: Editorial Popular; 1986.
- ²² Viché M. Apuntes para la Participación Democrática desde el País Vasco Valenciano. En sociedad Civil e Instituciones Democráticas. Madrid: Editorial Popular; 1989
- ²³ De Schutter A, Investigación participativa: una opción metodológica para la educación de adultos. Michoacán, México: CREFAL; 1986.
- ²⁴ Delgado ME. Un modelo psicosocial como propuesta de análisis de las organizaciones populares. Congreso Regional de Psicología para Profesionales en América. IMIFAP/ AMEPSO/ IAAP. Entrelazando la Ciencia y la Práctica de la Psicología. México 27 julio - 2 agosto de 1997. Libro de Memorias.
- ²⁵ Ídem. Cita 9. Pág. 14 y 15.
- ²⁶ SANDRA A. BARBOZA LIMA. Participación social y cotidianidad. Sao Paulo, Cortez, 1979.
- ²⁷ NASCIMENTO, ELIMINAR. "Participación: Entre el autoritarismo y la democracia". Servicio social y sociedad. Sao Paulo. 1986
- ²⁸ BAPTISTA, MYRIAM VERAS. "La participación como valor y como estrategia en servicio social". Servicio social y sociedad, Sao Paulo, 1987.
- ²⁹ Ídem. Cita 26.
- ³⁰ Ídem. Cita 9. Pág. 21.
- ³¹ Ídem. Cita 9. Pág. 26 y 27
- ³² PEDRO JACOBI
- ³³ Ídem. Cita 9. Pág. 30
- ³⁴ Ídem. Cita 33.

³⁵ Ídem. Cita 9. Pág. 55

³⁶ Ídem. Cita 9. Pág. 55 y 56

³⁷ Ídem. Cita 9. Pág. 60

³⁸ Ídem. Cita 9. Pág. 63

³⁹ Ídem. Cita 9. Pág. 63 y 64

DESARROLLO METODOLOGICO

DESARROLLO METODOLOGICO:

La propuesta de estudio es en principio, analizar el rol del trabajador social en el marco de proyectos de formación de promotores comunitarios de salud.

Se selecciona como organización la Posta sanitaria del Barrio Parque Palermo de esta ciudad, ubicada en la calle Tetamanti esquina Mario Bravo.

La institución, de dependencia pública, está bajo la órbita de la secretaria de salud de la Municipalidad de General Pueyrredón. Las Postas Sanitarias fueron creadas en el año 2006 teniendo como misión la atención primaria de la salud. Se plantean en lo inmediato mejorar el acceso a la salud en las comunidades donde están insertas, ampliar la cobertura y emplear la estrategia de Atención Primaria de la Salud, favoreciendo la Participación social.

La elección de esta organización se realiza teniendo en cuenta que allí se encontraba en ejecución un proyecto de promotores de salud comunitarios, cuyo objetivo era la capacitación de personas de la comunidad local, ya sea usuarios en general o líderes comunitarios que hayan participado de alguna otra organización barrial. Esta propuesta a su vez tenía su correlato con diferentes trabajos en terreno de los promotores formados junto al equipo de salud.

Integraban el equipo de salud dos médicos, un generalista y un pediatra; tres licenciados, uno en enfermería, una psicóloga y una trabajadora social.

Como unidad de análisis en una primera instancia, aparecen los promotores de salud que participaron en dicho proceso, quienes podrían dar cuenta del rol del trabajador social en el marco de esta experiencia, además del resto del equipo de salud incluido el propio trabajador social.

En un segundo momento y dado el fracaso de la puesta en marcha de la Posta Sanitaria, se observa el rol del trabajador social en otras unidades sanitarias municipales que no

promocionan agentes de salud. En dichas unidades existen prácticas en desarrollo que motivan procesos de participación comunitaria e intentan resolver cuestiones de la salud primaria. Datos aportados por la Lic. Ana Dasso, supervisora de la división Servicio Social en salud del municipio de Gral. Pueyrredón.

Por lo tanto, se suman al estudio los centros de salud del Barrio Centenario, ubicado en la calle Tierra del Fuego N° 3116; el Sub centro de Salud Batan, ubicado en la localidad del mismo nombre en calle 132 e/ 145 y 147; la Unidad Sanitaria A.P.A.N.D de la calle Monseñor Zabala y Santa Cruz y por ultimo el Sub centro Libertad situado en calle Leguizamón N° 552. Todas ellas instituciones de salud primaria dependientes también de la Secretaria de Salud Municipal de General Pueyrredón. En este caso se agregan a las unidades de análisis los trabajadores sociales que ejercen funciones en las instituciones antes mencionadas. Aquí se pretende analizar en alguna medida el impacto de aquellas experiencias en sus comunidades locales y fundamentalmente el rol del trabajo social en el marco de estas prácticas.

Tipo de Diseño:

De acuerdo al tipo de conocimiento que se desea obtener, la investigación será de tipo exploratoria, enmarcándose dentro de una lógica cualitativa.

El tema escogido ha sido poco estudiado hasta el momento y no existe un conocimiento que permita formular hipótesis precisas o hacer una descripción sistemática. No obstante se parte de la siguiente conjetura:

“El trabajador Social desde su rol de promotor en salud puede transformarse en un agente de cambio, permitiendo el desarrollo de acciones tendientes a la promoción y prevención en la Atención Primaria de la salud”

Fuentes de Recolección de Datos:

En la presente investigación se utilizarán fuentes semi estructuradas y no estructuradas.

Entre ellas podemos encontrar las entrevistas ya sea las semi estructuradas o las en profundidad, ubicando estas últimas entre las técnicas no estructuradas.

Estas son útiles debido a que posibilitan la obtención de un testimonio directo de las personas que pueden brindar información de aspectos relevantes para el estudio.

En el presente trabajo se utilizaron las siguientes fuentes:

- Investigación bibliográfica y observación documental: documentos, trabajos y experiencias sistematizadas.
- Entrevistas semi estructuradas a trabajadora social y resto de integrantes del equipo de Salud de la Posta Sanitaria de Parque Palermo.
- Entrevistas semi estructuradas a promotores de Salud que participaron del Proyecto promotores de salud de la Posta Sanitaria de Parque Palermo.
- Entrevistas en profundidad a trabajadores sociales que desarrollen tareas como tales en Centros de Atención Primaria de la Salud e impulsen experiencias de participación de la comunidad.
- Entrevista en profundidad a trabajadora social supervisora del área Servicio Social en salud de la secretaria de salud de la Municipalidad de general Pueyrredón.
- Consulta a informantes calificados

Investigación bibliográfica y observación documental:

Este tipo de técnica consiste en ponerse en contacto con esta parte de la realidad que se ha de investigar y en la que se ha de actuar, a través de lo que otros vieron y estudiaron de ella.

Los documentos son hechos de “algo” que ha pasado, de ahí que proporcionan información, datos o cifras constituyendo un tipo de material muy útil para la investigación social. Se trata de informaciones, documentos, escritos, estadísticas, etc., recogidos y elaborados por distintas personas, organizaciones o instituciones y que sirven para conocer mejor un aspecto de la realidad .

En el presente estudio se exploran entre otros documentos de Internet, libros y tesis sobre el tema.

Entrevistas semi estructuradas:

En este tipo de entrevistas, el entrevistador dispone de una guía dividida en dimensiones que indica los temas que se deben abordar en el transcurso de la entrevista. El orden en que estos son planteados y el modo de formular las preguntas se realizan de acuerdo a un esquema que debe ser flexible a los intereses que vayan surgiendo en la conversación, teniendo siempre presente el objetivo de la entrevista y la información necesaria a recabar. Este tipo de entrevista se utilizó en esta oportunidad para recoger datos de los testimonios de los promotores comunitarios que fueron parte del proyecto en la Posta Sanitaria de Parque Palermo y a todo el equipo de salud que integra la institución, incluida la Trabajadora Social.

Entrevistas en profundidad:

Este tipo de entrevistas pertenece a las fuentes no estructuradas de recolección de datos. Sigue el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Requiere de la capacidad de relacionarse con otros en sus

propios términos. La función principal del investigador esta en sondear los detalles de las experiencias de las personas y los significados que éstas le atribuyen. De esta forma se aparta de las conversaciones cotidianas.

Para implementar la entrevista en profundidad se debe tener un conocimiento previo a través del trabajo de campo, entrevistas preliminares u otra experiencia previa.

En el caso que nos compete se utiliza esta fuente de recolección de datos con las trabajadoras sociales que desarrollen funciones en Centros de Atención Primaria de la Salud e impulsan experiencias de participación de la comunidad. Además se incluye en las entrevistas a la supervisora del área del Servicio Social en salud dependiente de la Secretaria de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón, la Lic. Ana Dasso.

Cabe mencionar que este tipo de entrevistas se efectuó en la última etapa de la investigación para ampliar la información recogida por los promotores comunitarios y el equipo de salud de la Posta Sanitaria y la Trabajadora social integrante del mismo, dado que la unidad de análisis y el universo a estudiar no resultó suficiente para sustentar la conjetura de la cual se parte para realizar este estudio.

Consulta a informantes calificados:

Este es uno de los procedimientos más importantes que se ha de utilizar en la fase exploratoria de una investigación. Esta consulta se hace fundamentalmente realizando entrevistas semi estructuradas o bien focalizadas, ya que a través de las mismas es posible dar a conocer al informante que tipo de información se requiere de él.

A continuación se presenta el cuadro de variables e indicadores utilizados para la realización de entrevistas semi estructuradas al Equipo de Salud de la Posta Sanitaria de Parque Palermo y a los Promotores de salud que participaron del Proyecto.

VARIABLES	INDICADORES
<p>PROYECTO PROMOTORES DE SALUD</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cual es el motivo o problema convocante para la realización del proyecto? 2. ¿Quienes realizan la convocatoria? 3. ¿En que consiste la experiencia? 4. ¿Qué aspectos positivos puede identificar y cuales negativos? 5. ¿Cuáles fueron los resultados? 6. ¿Cómo fue el grado de participación? 7. ¿Qué efectos puede medir en la comunidad? 8. ¿Qué grado de funcionamiento tiene el proyecto? 9. ¿Cuál seria su propuesta para la promoción de la participación en A.P.S?
<p>PARTICIPACION COMUNITARIA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es la relación entre la posta Sanitaria y la comunidad? 2. ¿Realizan acciones en conjunto? 3. ¿Cuál es el nivel de participación

	<p>de la comunidad?</p> <p>4. ¿Son consultados los vecinos sobre los problemas del Barrio?</p> <p>5. ¿Quiénes conocen mejor los problemas de salud y las necesidades de la comunidad?</p> <p>6. ¿Quiénes deberían elaborar las estrategias para brindar soluciones a los problemas de salud en la Atención Primaria?</p>
<p>CONCEPCION DEL EQUIPO DE SALUD</p>	<p>1. ¿Cual es el rol específico del Trabajo Social en el Marco de estos Proyectos?</p> <p>2. ¿Cual es el papel que desempeñan los Promotores de salud en el marco de estas experiencias?</p> <p>3. ¿Cuál sería su propuesta para la promoción de la participación en la Atención Primaria de la salud?</p>

ANALISIS DE DATOS

ANÁLISIS DE DATOS:

El camino de la investigación

Para comenzar con el análisis es preciso mencionar, que en un principio, el presente trabajo toma como Universo a estudiar a los profesionales de la Posta sanitaria de Parque Palermo, incluida la trabajadora social, y a los promotores de salud que formaron parte del proyecto. Se trata de una organización enmarcada dentro del ámbito de la Salud Pública, dependiente de la Secretaría de Salud del Municipio de General Pueyrredón.

La elección se basa en que en dicha institución se implementó un Proyecto de Promotores de salud Comunitarios. El objetivo era conocer acerca del rol del Trabajador Social, en el marco de esa experiencia, desde la visión de los promotores y el equipo de salud que integraba la posta sanitaria en su momento. Además se pretendía observar el papel que desempeñaron los Promotores y el posible impacto de estas tareas de prevención y educación para la salud en dicha comunidad.

En este contexto es preciso señalar que este tipo de Proyectos comienzan a aparecer mayoritariamente con la apertura de las postas sanitarias a fines del año 2004, como una extensión de los Centros de Atención Primaria de la Salud del mismo Municipio y tiene, en teoría, un fuerte contenido Comunitario. Plantea la necesidad de ampliar el trabajo en terreno y el desarrollo de actividades que promuevan la Participación en Salud.

A lo largo de la investigación y a partir de la recolección de los datos, a través de entrevistas semi estructuradas, se advierte cuando se intenta reconstruir la experiencia, que existen serias limitaciones para ello. Por un lado el Proyecto no tuvo continuidad y como consecuencia de esto, los promotores que fueron parte del mismo se ven alejados desde hace un tiempo largo de la Posta Sanitaria de Parque Palermo. Favorece esta

distancia, el hecho que dicho establecimiento en la actualidad se encuentra al punto del cierre de sus puertas por cuestiones básicamente políticas, viendo gravemente limitada su atención.

Por otro lado los Profesionales y más específicamente la Trabajadora Social no puede precisar un rol claro desde su incumbencia, expresando que no ha cumplido una función específica, ya que priorizaron el trabajo en equipo en cuanto al logro de los objetivos del Proyecto. Este último elemento se presenta como un gran obstáculo a la hora de analizar el rol de la profesión., dado que no es posible recoger datos que permitan confirmar o refutar según corresponda la conjetura planteada para el presente estudio.

Como consecuencia, se propone realizar una entrevista en profundidad a una de las Supervisoras de la división Servicio Social en Salud, la Lic. Ana Dasso, dependiente de la Secretaria de Salud del municipio en estudio. De este encuentro surge que se encuentran en ejecución en algunos Centros de Atención Primaria Proyectos que Promueven la Participación comunitaria y trabajan cuestiones de la Salud del Barrio. Los programa vigentes, entre otros son: Salud sexual y reproductiva, Lactancia Materna y Adicciones.

Cabe destacar que, si bien este tipo de actividades no promueve la formación de promotores comunitarios en salud, favorece la participación comunitaria para el desarrollo de acciones tendientes a la prevención y promoción de la salud. Estas acciones nos permitirían analizar en alguna medida el impacto de las mismas en las comunidades locales y fundamentalmente cuál es el rol del Trabajo social en el marco de estas prácticas.

Por último y a pesar de no ser suficientes para contrastar con la conjetura planteada, se hará un breve exámen de los datos que pudieron recabarse en una primera etapa como producto de las entrevistas a Promotores y equipo de salud de la experiencia

seleccionada en un principio. Además se aproximarán algunas conclusiones sobre el por qué de la no continuidad del proyecto seleccionado para el estudio en la primera instancia.

Análisis de las variables e indicadores para promotores y para profesionales

Se intentará realizar un breve análisis de los datos recogidos producto de las entrevistas semi estructuradas a promotores y profesionales que participaron del “Proyecto Promotores de salud de la Posta Sanitaria de Parque Palermo”, incluida la trabajadora social.

Para comenzar podemos apreciar que existe una total coincidencia en cuanto a que el **motivo o problema convocante** a la realización del Proyecto para la totalidad de los entrevistados son las necesidades y problemáticas de salud vigentes en la comunidad.

“Había una gran necesidad de hacer prevención para la salud en el Barrio...” Nelly (Promotora de Salud)

“Lo que motiva a la realización del Proyecto son las necesidades e intereses de la comunidad...” Lidia (Licenciada en Servicio social de la Posta Sanitaria de Parque Palermo)

Cabe aquí, hacer una mención especial en cuanto al surgimiento del Proyecto. Este nace en simultáneo a la creación de las postas sanitarias, donde existía un claro interés político- técnico impulsado desde la secretaría de salud del municipio de general Pueyrredón de incentivar el Trabajo Comunitario en la atención Primaria de la Salud. De esta manera este hecho favorece el impulso de varios proyectos de similares características en otros centros Sanitarios.

En relación a quienes son los **actores que convocan a la población para que participe de la experiencia**, también encontramos total concordancia entre los discursos en

cuanto a que se realizó conjuntamente entre los profesionales del equipo de salud y las personas de la comunidad que percibían la necesidad de realización del proyecto.

“Convocó la gente, los vecinos boca en boca, con panfletos y los profesionales en la Posta y en el Barrio...” Alejandra (Promotora)

“Se convocó a través del equipo de salud de la Posta Sanitaria y los líderes comunitarios y o instituciones intermedias como O.N.G de Salud, educación, sociedad de fomento, etc...” Victoria (Psicóloga)

En cuanto al indicador del **nivel de participación y los aspectos que pueden identificarse como positivos y negativos** durante todo el proceso, podemos apreciar algunas diferencias entre lo que opinan los profesionales y los promotores.

Por un lado, los profesionales consideran que la participación de la comunidad en relación a la cantidad de gente fue muy buena:

“Hubo gran participación de la comunidad (...) comenzaron 30 personas y egresaron 15. Es un buen resultado...” Lidia (Trabajadora Social)

Por otro lado la opinión de los promotores en general es que la participación fue escasa:

“La gente no participa” Graciela (Promotora)

“Las crisis han desgastado las mentes de las personas y eso desmotivó la participación de la gente...” Alejandra (Promotora)

Para reforzar estas diferencias a la hora de identificar los aspectos positivos y negativos, los profesionales destacan como positivo la participación de la comunidad, mientras que por otro lado los promotores identifican el mismo asunto como aspecto negativo u obstáculo para la realización del proyecto.

Podemos resaltar algunos testimonios que sin ser mayoritarios son relevantes para el estudio ya que señalan como elemento negativo la no reproducción de lo aprendido. En este sentido Nelly afirma:

“Lo negativo es que el aprendizaje le queda a uno y no puede reproducirlo porque el proyecto no tuvo continuidad...”

Si bien no se trata de un pensamiento generalizado es importante destacarlo dado que constituye uno de los objetivos de este tipo de experiencias, multiplicar el conocimiento a cerca del trabajo preventivo y la promoción de hábitos saludables.

En cuanto **aspecto positivo** todos los promotores señalan la información adquirida:

“Lo bueno es que ahora somos gente mas informada...” Maria del Carmen (Promotora)

“Lo positivo es que la gente recibió información nueva, que no tenía, gracias a los profesionales...” Samanta (Promotora)

En cuanto al **nivel de participación de la comunidad**, se puede inferir que corresponde a las instancias más bajas, donde el grupo es receptor de información y si se quiere también es consultado en alguna medida en relación algunas cuestiones que sirven a la elaboración de diagnósticos de la situación de salud del Barrio. Sin embargo, la

comunidad no es parte en la toma de decisiones y mucho menos logra autogestionarse en relación a cuestiones que tengan que ver con resolver como grupo temas de su salud diaria.

En relación a la variable **participación de la comunidad vinculada a la posta sanitaria** no existen datos factibles de observar, dado que los promotores, se encuentran desvinculados de aquella institución desde hace ya un tiempo. El proyecto se impulsó en el año 2005 y en la actualidad las Postas Sanitarias se encuentran en franca decadencia, sobre todo aquellas que como ésta, están ubicadas en lugares “no estratégicos”. Existen centros de salud de referencia a pocas cuadras de distancia que cuentan con mejor infraestructura, mas profesionales y por lo tanto mas especialidades, mayores insumos y una franja horaria mas amplia, entre otros servicios.

Las postas fueron instaladas muy precariamente en espacios cedidos por clubes, sociedades de fomento, entre otros. Parte de la planta profesional fue designada por el programa médicos comunitarios de Nación y en la actualidad se encuentran con retención de tareas por falta de pago de sus salarios. Estos son algunos de los motivos por los cuales en la actualidad la posta sanitaria de Parque Palermo se encuentra casi en extinción.

Respecto al indicador de **quién conoce mejor los problemas de salud del barrio y quién debería elaborar las estrategias para resolverlos**, hay una total concordancia entre las opiniones en cuanto a que deberían ser ambas partes (profesionales y comunidad local en conjunto) quienes deban definir el diagnóstico y la elaboración de un plan de acción mas adecuado a las necesidades de la gente.

“Las estrategias deben ser elaboradas en conjunto, los involucrados y los que tienen las soluciones para brindar, es decir los vecinos junto a los profesionales...” Amanda
(Promotora)

Los que conocen los problemas de salud del Barrio son los profesionales de la Posta que llevan un registro y la gente del barrio que trabaja en comunidad...” Nelly (Promotora)

De la última variable planteada sólo podemos transcribir algunas **funciones asignadas a los promotores según el Equipo de salud y los mismos promotores**, y por otro lado algunas propuestas para promover políticas que impulsen la participación comunitaria en salud.

“El promotor debe comprometerse en las acciones desarrolladas desde la Posta...”
Susana (Promotora)

“Debe participar en relevamientos para hacer buenos diagnósticos y de ahí elaborar propuestas...” Isabel (Promotora)

“Participar en charlas formativas aportando su conocimiento...” Silvia (Promotora)

“Nosotros podemos identificar problemas de salud y derivarlos a la Posta” Emilce
(Promotora)

“Con los Promotores se deben impulsar campañas de prevención de alto impacto...”
Gustavo (Licenciado en Enfermería)

“Este tipo de proyectos tiene como objetivo que la gente adquiera conocimientos y herramientas sobre la salud en general, prevención de enfermedades y promoción de hábitos saludables con gran participación de la comunidad...” Lidia (Lic. en Servicio Social)

Como propuestas y conclusiones destacamos:

“Se deben acompañar los procesos de los grupos que ya están organizados en la comunidad, asesorarlos técnicamente (...) esto es lo que permite que se sostengan en el tiempo...” Lidia (Asistente Social)

“Los promotores deben ser reconocidos por la gente y el municipio. Esto permite la continuidad de su trabajo que es lo que hace posible multiplicar su conocimiento a cerca de cómo cuidar la salud e identificar cuándo hay una enfermedad para poder derivar...”
Nelly (Promotora)

Podemos arribar a la **conclusión** de que el concepto de participación presentó diferentes sentidos según el actor analizado. En relación a los usuarios y promotores que fueron parte del proyecto articulan el concepto alrededor de aportar ideas, estar en espacios sociales, la solidaridad y con frecuencia, la utilización de los servicios de salud. El personal de salud otorgaba sentido de participación social a las actividades de las instituciones con la comunidad, así como al uso de los servicios y la vinculación al sistema de salud. Solo algunos de los promotores que venían desarrollando distintas actividades como líderes barriales comparten en alguna medida la idea de los profesionales.

Se deduce que este tipo de experiencias que son de muy bajo impacto en la comunidad, dado que no existe continuidad de las mismas en el tiempo como para poder prevenir

enfermedades y mucho menos promover hábitos saludables. De todas formas, no es posible analizar esto en profundidad, ya que por los motivos ante expuestos se trató de un proyecto fallido.

En cuanto al rol que desempeña el Trabajo Social en el marco de estas prácticas encontramos una gran debilidad de este profesional, al no poder definirse a si misma en relación a sus funciones. Por ende, tampoco los otros profesionales validan su identidad.

Corresponde aquí aclarar que, así como el contenido de la apertura del sistema de postas sanitarias y con ellas el nacimiento de proyectos para promotores de salud barriales, tuvo en su momento la intención de alentar el trabajo comunitario; tuvo también tiempo después la clara falta de voluntad política para promocionar la participación en salud a través del vaciamiento de aquellas instituciones por parte de las autoridades locales.

Esto indica que no es conveniente fomentar la participación de la comunidad en lo que concierne a su desarrollo porque implicaría revertir la lógica del sistema de salud actual. Sistema que está planteado como un negocio redituable para la medicina y los grandes laboratorios que trabajan sobre el individuo enfermo y no antes de que ello suceda como lo propone la estrategia de Atención Primaria de la salud.

Concluimos diciendo que, inferimos que este tipo de experiencias no prospera básicamente porque quienes deben tomar las decisiones para la construcción de un sistema de salud mas justo y con participación real de la gente, no han tenido ni tienen la intención política de hacerlo.

Análisis de variables para trabajadoras sociales que desarrollan funciones en Centros de Atención Primaria de la Salud e impulsan Proyectos de Participación comunitaria.

De las entrevistas focalizadas a trabajadores sociales que desarrollan funciones en los centros de Atención Primaria, surgen otro tipo de experiencias de desarrollo comunitario que trabajan diversos temas de la salud.

A través de estas fuentes de recolección de datos pudimos encontrar elementos comunes en cuanto a la función del trabajo social en el marco de estas prácticas como la percepción del impacto de las mismas y la concepción acerca de la participación comunitaria en salud.

A continuación se estudiarán las tres variables desarrolladas a lo largo de las entrevistas a los Trabajadores sociales que prestaron su testimonio.

1- Rol del trabajo social:

Al indagar acerca del rol que desempeña el Trabajador social en los centros de Atención Primaria en general y específicamente en lo relativo a impulsar actividades que promuevan la participación comunitaria se destacan varios elementos comunes. Todos los testimonios coinciden en cuanto a que este profesional debe desarrollar funciones de Organizador, educador, coordinador, animador de procesos, facilitador, entre otros.

Además aseguran que el Trabajador social debe priorizar para su trabajo, los grupos pre existentes de la comunidad.

“El rol del Trabajador social debe ser el de acompañar estos procesos, ubicándose a la par con un fuerte compromiso de brindar aquello que sabemos. Ni mas atrás ni por

delante (...) conocemos los canales necesarios para resolver determinados problemas y es necesario usarlos en beneficio de la gente...” Lic. Ana Dasso

“El trabajador social debe acompañar los procesos como agente, como instrumento, como facilitador, como operador, etc (...) Además debe trabajar duro para recomponer las redes facilitando la comunicación...” Lic. Romina

“El rol de organizador debe ejercerse como un actor mas, de lo contrario, nos paramos desde la omnipotencia...” Lic. Nora Sánchez

“Las funciones de movilizar, organizar y coordinar son específicas del Trabajo Social. Estamos capacitados para eso y lo podemos hacer con excelencia (...) estas funciones pueden ser compartidas por otros profesionales, pero son funciones del Trabajo Social, si lo asume un médico, por ejemplo, dejará de lado otras funciones mas específicas de su rol (...) hay que ver a que funciones cada profesional no puede renunciar...” Lic. Rita Sánchez

De estos testimonios se desprenden claramente dos elementos comunes: por un lado que el Profesional en Servicio Social debe priorizar el trabajo con grupos ya organizados de la comunidad y por otro lado debe cumplir funciones como animador, organizador, coordinador, instrumento, facilitador, entre otras.

Otras funciones asignadas según los relatos son:

- Identificar claramente los determinantes sociales que hacen al proceso salud-enfermedad para trabajar nuevas estrategias.

- Promover hábitos saludables en la comunidad.
- Trabajar en los procesos de crisis, ubicándose del lado de la gente y no encerrándose hacia el interior de la institución.

2-Impacto de experiencias

En relación al impacto resulta difícil de medir, dado que estos procesos no son monitoreados. Sin embargo se deduce, según la información suministrada, que son de bajo impacto ya que se ven acotadas por la transitoriedad de las mismas y por el crecimiento de la demanda espontánea. De todas maneras se pueden apreciar cambios en la comunidad local a partir de las intervenciones directas con casos puntuales. Las personas manifiestan haber podido resolver cuestiones, gracias a la información y experiencia adquirida, que en otra ocasión y sin este nuevo conocimiento no hubiesen podido solucionar por sus propios medios.

En otros niveles, cuando se trata de actividades grupales como pueden ser los talleres, los profesionales refieren medir los resultados a través de la permanencia de los grupos y el crecimiento de los mismos en cantidad de participantes.

En relación a los programas específicos se puede medir el impacto por la baja de ausentismo de la población en los controles, ya sea pediátricos y/o de anticoncepción, entre otros.

3-Concepción de Participación:

De los relatos surge que la participación esta determinada coyunturalmente por el contexto histórico social, político y cultural. Los entrevistados al hacer un poco de historia recuerdan que existió un resurgimiento de proyectos participativos con la vuelta de la democracia en 1983, con una fuerte presencia del Trabajo Social en lo

comunitario. Este pleno auge de este tipo de prácticas entra en declive entrado los años 90 con la instalación definitiva del modelo Neoliberal, caracterizado por un fuerte individualismo. El crecimiento de la pobreza y la desocupación fueron desintegrando de a poco la trama de lo social haciendo cada vez mas complejo el impulso de este tipo de prácticas.

Con la crisis del 2001, crisis del modelo vigente, aparecieron en escena otros procesos de movilización de la sociedad civil, movidos por el hambre y algunos intereses de grupos de poder, como los saqueos, la gran movilización del 19 y 20 de diciembre y los comedores populares siendo los protagonistas las clases más vulnerables. La clase media también tuvo su representación a través de los movimientos de ahorristas y las asambleas barriales.

A pesar de estos fenómenos producto de la crisis del modelo, nada fue suficiente para arrancar el individualismo ya instalado desde hace un tiempo largo en nuestra sociedad, enmascarado durante la crisis por un sentimiento de solidaridad.

Esto hizo y hace muy ardua la tarea de formación de grupos y la movilización de la gente en la búsqueda del bien común.

Podemos concluir que el nivel de participación que existe en los Centros de Atención Primaria de la salud que impulsan este tipo de proyectos comunitarios es de información y de consulta incipiente. En algunos casos llegan a formarse alguna especie de organización barrial donde se abordan temas puntuales y se juntan para resolver alguna problemática particular. Allí puede observarse en general, que ni bien logran su cometido se desintegran al instante. Ya sea que se trate de trabajar sobre un tópico específico o de remendar alguna cuestión singular. Algunos ejemplos de estos pueden ser los talleres sobre salud sexual, adicciones, organización de la comunidad para la instalación de una canilla comunitaria, micro emprendimientos productivos, etc.

Aunque todos los testimonios coinciden en que en un plano ideal el grupo y la comunidad deberían poder lograr con el tiempo su autogestión, creemos que esto no es posible. En la mayoría de los casos son prácticas focalizadas y temporarias, no pudiéndose avanzar hacia ese estado, dado que se diluyen antes que el tiempo lo permita.

Para terminar creemos que quienes impiden la participación real del ciudadano son en este caso quienes tienen el poder de tomar las decisiones en la construcción de un sistema de salud más justo. De lo contrario, la participación comunitaria queda reducida a la voluntad de iniciativas particulares de los equipos profesionales, que como ya vimos, no son suficientes para generar nuevos hábitos en las personas. Por lo tanto en relación a la conjetura planteada consideramos que el trabajador social a través de su rol de promotor en salud puede transformarse en un agente de cambio, permitiendo el desarrollo de acciones tendientes a la promoción y prevención en salud, siempre y cuando el nivel decisor lo permita y o lo favorezca. Solo así se producirán cambios estructurales. De lo contrario las transformaciones solo serán puntuales, focalizadas y temporarias.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

A fin de logara una mayor organización de lo obtenido en el estudio abordado se presentaran las conclusiones tomando como referencia los objetivos planteados aunque ya hayan sido abordadas en los apartados anteriores en ocasión de análisis de los datos.

- Indagar acerca del rol del trabajador social en la atención primaria de la salud en el marco de experiencias con promotores comunitarios.

Como ya se ha aclarado, no es posible analizar esta situación dado que el proyecto tomado para el análisis no prosperó por los motivos ante expuestos. Sin embargo si podemos identificar la función del Trabajo Social en el marco de proyectos participativos que trabajan temas de la salud Primaria en la A.P.S

De estos testimonios se desprenden claramente dos elementos comunes: por un lado que el Profesional en Servicio Social debe priorizar el trabajo con grupos ya organizados de la comunidad y por otro lado debe cumplir funciones como animador de procesos de movilización, organizador, coordinador, instrumento, facilitador, entre otras.

Si tenemos en cuenta la conjetura planteada para el desarrollo de este trabajo que consiste en que **“el trabajador social desde su rol de promotor en salud puede transformarse en un agente de cambio, permitiendo el desarrollo de acciones tendientes a la promoción y prevención en la Atención Primaria de la Salud”** El ejercicio de estas funciones en un mismo sentido, favorecen el desarrollo de acciones tendientes a promocionar la participación comunitaria, que se organiza alrededor de temas que tienen que ver con la salud primaria como puede ser la salud sexual y reproductiva, la lactancia materna, el tratamiento de las adicciones, entre otros. Estas

temáticas promueven cambios en la vida de los sujetos con los que se trabaja a nivel grupal y estos a su vez en su comunidad al actuar como agentes multiplicadores de conocimientos. Sin embargo se trata de casos puntuales, focalizados y de bajo impacto.

- Indagar acerca del rol de promotores comunitarios en el marco de experiencias desarrolladas en la atención primaria de la salud.

Sabemos que poco se pudo analizar sobre el rol de los promotores comunitarios en dicho proyecto encarado en la Posta Sanitaria de Parque Palermo porque el mismo no prosperó. De todas maneras analizando material bibliográfico sobre este tipo de experiencias en otros lugares como el caso de la misión barrios adentro de Venezuela, desarrollada en los últimos tiempos, se observa claramente como este tipo de prácticas de formación de promotores favorece la constitución de sujetos activos en la búsqueda de respuestas a sus problemas de salud. La participación de la comunidad permite un mayor conocimiento de la institución a cerca de las problemáticas de salud de la comunidad y una planificación conjunta de las acciones.

Los promotores de salud son multiplicadores de las acciones, y representantes de la comunidad. Su acción exige el reconocimiento y jerarquización por parte del Estado y su función debe ser incorporada al equipo de salud para trabajar en conjunto y en igualdad de participación y decisión. Esto permite sostener proyectos a largo plazo para lograr los cambios necesarios en cuanto a generación de hábitos saludables y detección precoz de enfermedades.

Sin embargo, vemos que en la actualidad nos encontramos en un nivel mucho mas inferior, donde la participación de la comunidad en salud a penas roza con la incipiente consulta a usuarios, la transmisión de información en alguna actividad desarrollada en

conjunto programada y planificada desde los equipos de salud teniendo en cuenta inquietudes de la gente.

- Analizar el impacto en la comunidad de las tareas de prevención y educación para la salud en la atención primaria de la salud.

En relación al impacto podemos concluir que es de difícil medición dado que no existe un monitoreo al respecto. Esto presupone que los proyectos no tienen incorporado metodológicamente la evaluación de resultados. Sin embargo, como ya ha sido expuesto, se deduce que son de baja influencia ya que se ven acotadas por su transitoriedad y por la gran demanda espontánea. Aunque respecto a esta última existen referencias de que ha disminuido en los últimos años por motivos que no serán expuestos aquí, pues merecen ser analizados en profundidad

De todas maneras los testimonios dan cuenta que pueden apreciarse algunos cambios en la comunidad local a partir de las intervenciones directas con casos puntuales y en actividades grupales como puede ser la organización de talleres. Estas transformaciones apenas alcanzan a pequeños grupos de personas pudiéndose ampliar a sus grupos de referencia.

- Analizar el estado de situación de las políticas que promocionan la participación social en el sistema de salud local en la actualidad.

Los Centros y Postas Sanitarias municipales son en total 38 (20 y 8 respectivamente). Estas últimas se crearon a finales del año 2004 a partir de una fuerte presión por parte de la provincia de Buenos Aires, que se veía colapsada, a través de su Hospital

Regional, atendiendo cada vez más demandas que correspondían al sistema de atención primaria Municipal. Como respuesta a esto, la secretaria de Salud local inaugura el sistema de Postas Sanitarias cuya misión era facilitar el acceso a la salud en los barrios e incentivar fuertemente el trabajo comunitario.

El estado de situación actual de las postas sanitaria consiste en una clara precariedad edilicia, ubicación no estratégica e insuficiencia de recursos económicos y profesionales. Podemos decir, que se crearon a partir de una necesidad política y se postergaron por falta de voluntad política para promocionar la participación en salud, a través del vaciamiento de aquellas instituciones por parte de las autoridades locales.

Los profesionales que desempeñan tareas en estas unidades son: Trabajadores sociales, enfermeros, Psicólogos y médicos generalistas. En algunos casos se suman algunas especialidades como por ejemplo odontología.

En la actualidad no existe un programa único impulsado desde la secretaría de salud para la totalidad de los Centros y Postas Sanitarios que promocióne la participación social en el sistema de salud local. Podríamos decir que cada centro desarrolla los proyectos participativos que considere necesarios según las demandas de los usuarios y el conocimiento que tengan los profesionales de las comunidades con las que trabajan.

Aunque como bien mencionan algunos de los relatos, el trabajo comunitario es parte fundamental de su tarea diaria. Por lo tanto, si no desarrollan proyectos de este tipo, están omitiendo un aspecto fundamental de su quehacer profesional.

La atención de estos profesionales del Servicio Social esta focalizada en la atención a la demanda en consultorio, es decir en el centro de referencia por la mañana y a partir del mediodía el trabajo en terreno que no necesariamente es comunitario, puede tratarse de seguimiento de casos sociales individuales. Su misión es trabajar con la población

incorporada a los programas vigentes y con la población que acude a su atención por fuera de estos.

Los programas que incorporan la participación comunitaria se desarrollan en general en el horario de la mañana con una frecuencia semanal o quincenal y en las unidades sanitarias.

Los proyectos participativos que se encuentran en ejecución son diversos y en su mayoría trabajan con la población cautiva de los programas gubernamentales como el de Salud sexual y reproductiva, plan mas vida, entre otros. Pero existen además otras experiencias como es el ejemplo de la localidad de Batán que ha desarrollado un emprendimiento productivo de tejido en hilado con la comunidad Boliviana desde hace ya casi dos años.

Se observa que estas prácticas no tienen incorporadas metodológicamente la evaluación de los resultados.

Como conclusión podemos decir que si bien el trabajo comunitario en salud esta instalado como parte integrante de la función del trabajo social, al no existir un lineamiento único impulsado desde los niveles mas altos de decisión política, este tipo de proyectos queda librado a la voluntad individual de cada profesional, motivo por el cual las prácticas que promocionan la participación en salud son mínimas e incipientes. Además no solo el poder político limita la participación real de la gente, aparece a diario como un obstáculo frecuente, la limitación por parte del poder del conocimiento medico hegemónico quien no esta dispuesto a compartir sus saberes.

Para terminar, creemos que no alcanza con lograr la participación de la gente en las instituciones de salud. Es necesario crear un sistema de salud que compense las enormes desigualdades actuales, generando condiciones de equidad en el acceso a los recursos y a la propia atención de su salud.

PROPUESTA

PROPUESTA:

Se propone para terminar con este trabajo de tesis, la creación de un programa de promotores comunitarios de salud, impulsado desde la autoridad máxima local en salud.

A su vez este constará de diferentes proyectos a ejecutar por las unidades sanitaria participantes. Estos serán definidos a lo largo del proceso por el organismo ejecutor

A continuación se presentara el diseño de dicho Programa:

Título:

“Programa de formación de agentes multiplicadores en salud”

Órgano ejecutor:

El organismo que estará a cargo de la ejecución del programa será la Secretaría de Salud Municipal del Partido de General Pueyrredón.

La coordinación general del mismo estará a cargo de un conjunto, donde estarán representadas las diferentes disciplinas que trabajan en las Unidades sanitarias, incluidos los nuevos promotores. Allí trabajaran: Licenciados en Psicología, Servicio Social y enfermería y médicos generalistas. Además se incorporará la visión desde la Antropología y tendrá representación también del Secretario de salud municipal.

Antecedentes:

Si bien son numerosas las experiencias de formación de agentes sanitarios que se han realizado en todo el mundo, el continente y nuestro país, mencionaremos las que se han realizado en nuestra ciudad en los últimos años.

Durante la crisis del 2001 sufrida en nuestro país, diversas instituciones públicas y organizaciones sociales, intentaron dar respuesta a los problemas más acuciantes con los

que se encontraban las comunidades más humildes. Un ejemplo fue el intento que hizo el Instituto Nacional de Epidemiología (I.N.E) junto a organizaciones sociales de base territorial. Realizaron un curso intensivo de formación de promotores barriales socio-sanitarios. A pesar del alto nivel académico de este curso, la experiencia quedó truncada. El motivo fue que no se encontraron los mecanismos para que estos recursos humanos pudieran desplegar y potenciar sus herramientas adquiridas, al trabajar colectivamente con el primer nivel de atención del sistema público de salud. No pudieron vincularse con el Estado, especialmente el municipal y que éste les reconociera para formar parte de las estrategias de atención. No se encontró un espacio de discusión, ni de participación que hiciera presente la voz de la comunidad para juntos mejorar la salud en su concepto más amplio.

Algo similar ocurrió con el programa “Salud en movimiento”, experiencia desarrollada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires durante el año 2003. Si bien éste fue superador en cuanto a que se logró una mayor integración de la comunidad, durante el transcurso del proceso de formación, con una visión más definida al trabajo en terreno, luego se incurrió en el mismo error. No se logró el vínculo con el sistema de salud en su primer nivel.

Con respecto al esfuerzo que también realizaron las organizaciones sociales, las experiencias de formación no pudieron traspasar el ámbito doméstico de la propia organización. No lograron construir un vínculo de diálogo con el sistema de salud local ni tampoco fueron reconocidos por los equipos profesionales de los Centros de Atención Primaria de Salud.

Por último mencionaremos la experiencia de la cual surge el espíritu de este trabajo de tesis, se trata de aquella desarrollada en la Posta Sanitaria de Parque Palermo de marzo a diciembre del año 2005. Allí se evidenció la necesidad por parte de la comunidad de

tener un rol mas activo y de involucrarse en temas relacionados con la salud de su barrio. Ante esta demanda que llegaba aquella institución, el equipo de salud en conjunto con actores sociales del barrio, decidió realizar un curso de formación de promotores de salud, el cual contemplaría los temas propuestos por la comunidad tratando de articular soluciones posibles con programas preexistentes en el ámbito municipal, rescataría los saberes populares y brindaría herramientas para el abordaje comunitario de situaciones identificadas como problemáticas. Se inscribieron 30 personas, todas con antecedentes en trabajos comunitarios. El curso se desarrollo en 16 encuentros semanales y tuvo como práctica final en terreno la realización de un relevamiento del barrio para identificar y luego priorizar las situaciones emergentes de dicho diagnostico. La experiencia fue buena, arribando al final del curso, con la evaluación final 16 promotores. Es importante destacar el apoyo de la secretaria de salud municipal para la puesta en marcha de dicho proyecto en aquel momento. Sin embargo, tiempo después, como consecuencia del vaciamiento de las postas sanitarias, los promotores se vieron alejados de aquella institución y aquel proyecto no prosperó mas allá de la etapa de formación.

A partir del año 2004 se pusieron en marcha otras propuestas con el mismo sentido que la antes mencionada. Entre ellas podemos destacar las desarrolladas en la Posta Sanitaria de Stella Maris y el Centro de Salud de Estación Camet. Todos ellos intentos de ampliar las bases del trabajo comunitario de los equipos de salud, a partir de la capacitación de recursos humanos de la misma comunidad en la que se trabaja. Es preciso resaltar aquí, que estas prácticas desarrolladas por iniciativa de los profesionales de los Centros de Atención Primaria y por una demanda de la comunidad, coinciden con la apertura de las Postas Sanitaria. Estas constituyen lugares de trabajo en salud con complejidad tecnológica menor y elevada complejidad en cuanto a las

situaciones socio sanitarias allí abordadas. Tienen su base en instituciones de la comunidad como clubes, sociedades de fomento y juntas vecinales. Esta propuesta está centrada en un modelo de salud donde la tarea asistencial ocupa igual proporción de tiempo que la tarea comunitaria y el equipo de salud es interdisciplinario. Lo integran un enfermero/a, un trabajador social y un médico generalista. Mas tarde se incorporan en algunas postas los psicólogos. Entre sus funciones está la salida a terreno empleando estrategias de abordaje comunitario e intentando construir junto a la gente de cada barrio respuestas para mejorar su salud.

En la actualidad las Postas Sanitarias se encuentran en franca decadencia, sobre todo aquellas que como ésta, están ubicadas en lugares “no estratégicos”. Existen centros de salud de referencia a pocas cuadras de distancia que cuentan con mejor infraestructura, mas profesionales y por lo tanto mas especialidades, mayores insumos y una franja horaria mas amplia, entre otros servicios.

Las postas fueron instaladas muy precariamente. Parte de la planta profesional fue designada por el programa médicos comunitarios de Nación y en la actualidad se encuentran con retención de tareas por falta de pago de sus salarios. Estos son algunos de los motivos por los cuales actualmente la posta sanitaria de Parque Palermo se encuentra casi en extinción.

Diagnóstico y Fundamentacion:

Las problemáticas de salud son variantes sociales e históricas vinculadas a las condiciones de vida de los conjuntos sociales. Es así, que cuando hablamos de salud en nuestra ciudad y del deterioro de la misma, no podemos dejar de vincular a las consecuencias de las políticas neoliberales instaladas en el país en los últimos años. Es en este contexto cuando la desocupación y la precarización laboral por la destrucción

del aparato productivo, junto al debilitamiento del Estado y el individualismo, colocaron a gran parte de la población en situación de extrema vulnerabilidad social. Esto fue dando lugar a nuevas formas de exclusión que impactaron en la subjetividad y en los cuerpos de millones de personas, produciendo un sinnúmero de padeceres y daños a la salud.

Es así como, si bien la salud y el acceso a la atención de la misma, es un derecho humano reconocido constitucionalmente, en la actualidad, gran parte de la población en situación de extrema vulnerabilidad social, está lejos de gozar del ejercicio de este derecho.

La salud es un proceso, producto de una construcción social, en el que intervienen componentes económicos políticos y culturales. Entender esto facilita identificar las causas que producen los daños a la salud

Es necesario además tener en cuenta que, tradicionalmente el enfoque de la medicina científica ha sido básicamente curativo, centrado en parámetros biológicos, lo que ha impedido comprender los múltiples determinantes de la enfermedad. La asociabilidad y la ahistoricidad del modelo, han sido obstáculos importantes para la identificación de lo que produce los mayores daños a la salud. Además desde el enfoque positivista no se logra incorporar como productor de enfermedad a otro tipo de cuestiones que una perspectiva integradora y un estudio cuidadoso permite descubrir.

Por todo esto, somos absolutamente conscientes que para cambiar la perspectiva del sistema de salud actual se requiere de la participación de otros sectores. El concepto de salud, implica no solo la ausencia de enfermedad, sino que también requiere que existan en la vida de las personas, grupos y comunidades aquellas condiciones que le permitan vivir dignamente, como son el acceso a una vivienda apropiada, a un trabajo, a

educarnos, al saneamiento ambiental básico, al agua potable, a la provisión de medicamentos básicos, una nutrición adecuada entre otros factores.

Además en tanto la salud es un producto social, las acciones no deben ser direccionadas o dirigidas desde un solo sector, sino acordadas, desde los conjuntos sociales organizados

En lo que respecta al interior del sector salud, este cambio de enfoque implicaría la idea de “preservación” de la salud por sobre la idea de “curación”. De la conveniencia de aplicar acciones sencillas y masivas que eviten millones de enfermedades, sobre las tecnologías ultra sofisticadas que resuelven pocos casos. Sabemos que esto no se consigue sino a través de cambios culturales que demandan años y décadas de debate.

A su vez ha quedado probado que la promoción de la salud por los medios tradicionales es absolutamente insuficiente. Ha quedado probado también que la planificación de acciones de salud por parte de los técnicos especialistas no resuelve adecuadamente los problemas de salud de la gente. Es hora de incorporar a esa planificación al principal interesado: la propia población. He aquí la importancia de crear una contracultura basada en la organización social comunitaria, en concebir a la salud como un campo de construcción de valores e ideales y de articulación de múltiples saberes y practicas para que la participación de la gente no termine siendo una forma de legitimación de un modelo medicalizado y tecnologista.

Por lo tanto, en cuanto que la salud es una construcción social, el abordaje de las problemáticas en ella, debe hacerse desde los conjuntos sociales y no únicamente desde el saber profesional o especializado. Esto requiere no solo de un equipo interdisciplinario sino especialmente de la participación real de la sociedad.

Por esto entendemos que desde un programa de salud comunitaria, es indispensable tomar en cuenta las representaciones, saberes y prácticas implementadas por los grupos

para hacer frente a los problemas de salud-enfermedad que permita acercar y democratizar la información y los recursos disponibles.

Esto no significa restar importancia a la atención médica, al contrario es reconocerla como bien social al que todos puedan acceder.

Tampoco es la legitimación acrítica de toda otra práctica, sino el reconocimiento de estas en tanto eficaces para minimizar los padecimientos.

“La concepción de salud implica un proceso de búsqueda y construcción de situaciones nuevas (...)esto en salud implica que la participación debe hacerse en el contexto de la ruptura del vínculo de poder-saber entre los técnicos-científicos y la población” (Stolkiner, 1998).

Antes de continuar con el desarrollo de la propuesta cabe aclarar aquí que somos conscientes de que los alcances reales y concretos de esta estrategia dependen de su articulación con procesos de cambio más profundos y estructurales.

La implementación de este programa contempla la creación oficial de la figura de promotor comunitario de salud como medio para restablecer el vínculo entre la estructura de salud y la población. Esto permitiría que este nuevo agente actúe como nexo entre el centro de salud y su propio barrio, multiplicando sus saberes como promotor, motivando la formación de hábitos sanos, evitando el desarrollo de enfermedades a partir del trabajo preventivo e identificando casos que requieran de una atención profesional derivándolos a su unidad sanitaria de referencia.

Estará centrado la formación de recursos humanos con presencia territorial capaces de incidir en la construcción colectiva de la salud, desde una mirada integral, multidimensional, con insustituible protagonismo de la comunidad. Los agentes multiplicadores serán preferentemente personas que vayan desarrollando acciones

colectivas alrededor de problemáticas de la salud. A su vez se tratará de vecinos de las áreas programáticas de los Centros de Atención Primaria de la Salud seleccionados.

Cuando hablamos del reconocimiento institucional del promotor comunitario, consideramos que este no solo debe ser legitimado en su especificidad, sino que también debería ser remunerado por su labor. Solo esto permitirá la continuidad del programa. En este sentido el Estado debe ser lo suficientemente hábil durante el proceso de selección, intentando rescatar aquellas personas que vengan desarrollando de manera voluntaria acciones en las que se comprometen asiduamente con la salud de su barrio.

Esta instancia es fundamental para el logro de los objetivos de la propuesta y el Trabajo social debería ocupar un rol central en ella.

Esta nueva incorporación favorecería además, un crecimiento significativo en relación a la inserción comunitaria de las estructuras sanitarias a través de su articulación con las distintas organizaciones barriales en torno a la implementación de actividades enmarcadas en diferentes proyectos. Permitiendo además la apropiación del espacio por parte del grupo de promotores y un creciente protagonismo en cuanto a la toma de decisiones, la participación en diagnósticos y la legitimación de este actor tanto en su red social de pertenencia como en el ámbito de la institución sanitaria.

Los agentes multiplicadores serán capaces de organizar, en conjunto con el resto de los profesionales de los Centros de atención primaria, todas aquellas actividades relacionadas con la prevención y promoción de la salud, a través de capacitaciones, talleres, jornadas y operativos, permitiendo fortalecer las estrategias de abordaje. A su vez se irán creando los espacios de participación necesarios y consolidación del vínculo entre el sistema público de salud y la comunidad, representado por los agentes.

Este programa será un hecho simbólico del rol irremplazable del Estado, propiciando la participación popular, generando propuestas por un lado y reconociendo el trabajo

silencioso de muchos vecinos comprometidos con el bienestar de la comunidad por el otro.

Por último cuando pensamos en el diseño y ejecución de este programa inmediatamente aparece la figura del **trabajo social como el profesional mas adecuado para la coordinación de los proyectos** que se ejecuten en el marco del mismo. Como se ha desarrollado en el apartado metodológico, donde se habla del papel del Trabajador social en el contexto de prácticas comunitarias, esta disciplina es la mas apropiada en comparación con el resto de las profesiones que integran los equipos de salud, en lo que tiene que ver con la dinamización de grupos humanos desarrollando funciones como organizador, animador de procesos, facilitador, entre otras.

Cabe la aclaración aquí, que el ejercicio de esta función, siempre se hace con la perspectiva de lograr en el tiempo la autogestión comunitaria. Se trata de un proceso donde durante el primer momento el papel que juega el profesional en servicio social tiene una fuerte presencia y de a poco debe ir desplazándose, dejando espacio a la propia organización comunitaria. En la instancia de formación de los promotores la especificidad del trabajo social estaría vinculada a la dinámica grupal y al empleo de técnicas participativas dejando la transmisión de conceptos en salud para otros profesionales. En la tarea diaria esta disciplina debería diagnosticar, planificar y ejecutar acciones en conjunto con los promotores sanitarios de la comunidad local.

Para terminar, se esta firmemente convencido que la creación de esta propuesta constituye una de las formas mas eficaces para llegar a los diferentes grupos sociales, es decir mediante los propios miembros de la comunidad, capaces de actuar sobre su mismo grupo de pertenencia y de influencia. Modificando la cultura vigente que favorece la automatización social, el aislamiento de cada individuo y el del grupo, por una nueva cultura de participación solidaria y protagónica de la gente que

progresivamente vaya consolidando el poder comunitario. En la medida que la propia población con sus líderes naturales asuma el rol protagónico para elevar sus condiciones de vida, ira ejerciendo verdaderamente la democracia participativa por medio de la planificación, ejecución y el control de las políticas publicas de salud.

Metodología de Trabajo

La metodología utilizada será de corte cualitativo.

Durante la primera etapa, el programa estará centrado en la formación de recursos humanos que serán los aspirantes a promotores comunitarios de salud.

Las capacitaciones se desarrollaran de manera descentralizada en cada una de las unidades sanitarias, centros de salud y postas sanitarias del partido de General Pueyrredón que formarán parte del programa.

Así también se utilizarán para la formación, espacios de la misma comunidad local, como comedores barriales, bibliotecas populares, clubes, sociedades de fomento entre otros. Aquí se desplegaran talleres y actividades prácticas.

La modalidad de plenario también será utilizada mensualmente para reunir a todos los potenciales promotores en un espacio común y generar el intercambio de experiencias.

La formación intensiva tendrá una duración máxima de 15 encuentros, con una frecuencia semanal.

Al finalizar la segunda semana, el aspirante a promotor se incorporará a los puestos de trabajo reales que constituirán sus centros de atención primaria de referencia y se dedicará de lleno al desarrollo de actividades prácticas. Este modo complementará al de formación teórica.

Los contenidos tendrán una secuencia lineal y la principal forma de organización de la enseñanza será la clase taller. Esta tiene como objetivo la construcción grupal del

conocimiento a partir de la subordinación de la teoría a la praxis. Se utilizarán además las conferencias introductorias, los trabajos en terreno y el estudio independiente.

El currículo que se presentará para la formación del promotor comunitario será flexible, por lo que a los contenidos reflejados en el programa analítico se incorporarán otros relacionados con los problemas dominantes de salud que se presenten en cada unidad sanitaria.

El docente responsable de la supervisión en cada Centro de Salud será el trabajador social.

Se privilegiarán los métodos activos de enseñanza. Se utilizarán en todas las actividades las técnicas afectivo participativas, con el objetivo de desarrollar la participación al máximo y crear un ambiente fraterno y de confianza en el grupo. Se tendrá presente que el abuso de las dinámicas de animación puede afectar la seriedad de la jornada de capacitación por lo que el docente debe tener en claro el objetivo para el cual utilizó dichas técnicas.

El aspirante a promotor tendrá la responsabilidad de visitar y realizar acciones de promoción de salud en orden de complejidad creciente, bajo la supervisión del docente, para consolidar, afianzar e incrementar sus conocimientos y habilidades en la promoción de salud y prevención de enfermedades y otros daños a la sanidad.

Los medios audiovisuales ocuparán un lugar preferencial en la forma de enseñanza. La estrategia docente combinara métodos expositivos participativos mediante conferencias interactivas, discusiones de grupo y elaboración de trabajos.

Material utilizado:

Se utilizará para la implementación del programa un módulo confeccionado específicamente para esta ocasión, para la formación de los agentes multiplicadores.

Este material facilitará la preparación de los docentes y la auto preparación de las personas a capacitar. Favorecerá el estudio independiente que facilitara luego su participación en las clases. Adicionalmente se hará entrega de materiales para enriquecer la información de los participantes.

Evaluación:

La evaluación será formativa y certificativa. Adoptará la modalidad frecuente, parcial y final. Además exigirá un 80 por ciento de asistencia a todas las actividades, ya sea teóricas o prácticas.

Las evaluaciones frecuentes serán aquellas que se ponen en juego a través de la participación del aspirante a promotor en las discusiones grupales. Se realizará por parte del docente de la unidad sanitaria donde estará asignado el promotor en todas las actividades teóricas, teórico prácticas y prácticas. Se hará énfasis en las actitudes y habilidades demostradas en todas las actividades en las que formara parte el participante.

La Evaluación Parcial consistirá en la valoración en las visitas en terreno. Estará dirigida a evaluar objetivos y habilidades temáticas mediante aspectos encontrados en las actividades de campo.

La evaluación final se realizará como un trabajo evaluativo de fin del curso. Será teórico práctica. El aspecto teórico será explorado mediante preguntas pertinentes que servirán para comprobar los conocimientos mas relevantes impartidos en el curso. Se realizará para esto un examen escrito.

El aspecto práctico lo constituirá una visita a una familia con problemas de salud. Su análisis, discusión y la realización de una actividad promocional a ésta, sus integrantes y para toda la comunidad local.

Objetivos y Finalidad:

El objetivo de este programa consiste en la formación y capacitación de promotores para realizar acciones comunitarias en el fomento y desarrollo de mejores condiciones de salud individual, familiar y comunitaria.

La finalidad es mejorar sensiblemente la situación de salud del partido de general Pueyrredón a través de la existencia de promotores comunitarios insertos en las unidades sanitarias en cada barrio. Estos nuevos agentes constituirán el nexo que permitirá mejorar la relación entre la institución sanitaria y la propia comunidad, favoreciendo el trabajo preventivo y la formación de hábitos saludables a partir de un mejor conocimiento de la realidad sanitaria.

Para que esto suceda deberán cumplirse una serie de objetivos parciales.

Mencionaremos algunos de los mas importantes:

- Desarrollar habilidades en los aspirantes a promotores que les permitan realizar la labor de promoción sanitaria.
- Proporcionar a los futuros promotores los medios necesarios para mejorar su salud y la de su comunidad ejerciendo un mayor control sobre ella.
- Realizar acciones educativas que involucren a toda la población respetando las diferentes realidades sociales y culturales.
- Desarrollar en los trabajadores sociales habilidades como docente, organizador y animador popular.
- Generar los mecanismos para que estos recursos humanos puedan desplegar y potenciar sus herramientas adquiridas, al trabajar colectivamente con el primer nivel de atención del sistema publico de salud.

- Permitir una vinculación directa de los promotores con el Estado, especialmente el municipal y que éste los reconozca de manera que formen parte de las estrategias de atención.

Población Beneficiaria y ámbito de actuación:

La población objeto y sujeto del programa, serán los usuarios de los Centros de Atención Primaria de la Salud, Unidades y Postas sanitarias del Partido de General Pueyrredón.

En total se trata de 28 instituciones de Salud. Cada una de estas constituirá el ámbito de actuación del Programa. Además se desarrollaran acciones en lugares elegidos estratégicamente ubicados hacia el interior de los barrios: comedores, escuelas, iglesias, sociedades de fomento, clubes, etc.

Recursos:

Humanos:

El programa contará con la participación de todos los profesionales de los centros de Atención Primaria de la salud y Postas sanitarias: Médicos, Licenciados en psicología, enfermería y Servicio Social. Este último ocupará un lugar central en cuanto a su rol de coordinador del programa en cada Institución implicada.

Además participarán, todos los aspirantes a promotores comunitarios que serán vecinos de las áreas programáticas de los Centros de Salud, usuarios en general y/o preferentemente personas que vengán desarrollando acciones vinculadas a la resolución de problemas sanitarios en su comunidad local.

Formará parte también de la coordinación general del programa, un especialista en Antropología que aportará su particular visión desde su especificidad profesional.

Por último y no menos importante será la participación de un representante de la secretaría de Salud Municipal, podrá ser el mismo secretario o algún enviado especial.

Materiales:

Se pondrá a disposición de este emprendimiento toda la infraestructura sanitaria ya instalada en las instituciones sanitarias. Además es necesario que se realice una gran inversión en cuanto al fomento de actividades promocionales y preventivas.

La Secretaria de salud facilitará también el dinero para la compra de materiales de formación para docentes y aspirantes a promotores, a lo largo de todo el proceso.

Por otro lado se dispondrá de un monto para los futuros promotores en concepto de viáticos e incentivo. De esta manera, se estará reconociendo formalmente en parte, la función de éste como un nuevo agente en salud.

Financiamiento:

El financiamiento estará a cargo y centralizado por la Secretaria de salud Municipal.

Podrá evaluarse la posibilidad de colaboración por parte de la Secretaria de Desarrollo Social de Nación. Además podrá colaborar cualquier otra entidad que se encuentre interesada en la ejecución del programa, llámese organizaciones del tercer sector o del sector privado.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

- Centro Latinoamericano de Trabajo Social. Programa de formación profesional: “Salud Comunitaria y promoción del desarrollo”. Modulo II: “Salud y desarrollo”. ED Didi de Arteta S.A Servicios Editoriales. 1992
- Centro Latinoamericano de Trabajo Social. Programa de formación profesional: “Salud Comunitaria y promoción del desarrollo”. Modulo III: “Participación Popular en Salud”. ED Didi de Arteta S.A Servicios Editoriales. 1992
- BREILH, Jaime. “Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad”. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2003
- Proyecto: Promotores de Salud del Centro de Salud Municipal N° 10 dependiente del Hospital Penna de la Ciudad de Buenos Aires. 2004
- FERRARA, Floreal. “Teoría Social y Salud”. Catálogos Editorial, Buenos Aires. 1985
- DÍAZ BORDENAVE J. “Participación y sociedad”. Buenos Aires, ED: Búsqueda. 1985
- ROZAS PAGAZA, Margarita. “Una perspectiva teórico metodologica de la intervención en Trabajo Social”. ED: Espacio, Buenos Aires. 2002
- GONZÁLES E. “Manual sobre la participación y organización para la gestión local”. Cali: Ediciones Foro Nacional por Colombia. 1996
- WOLFE M. “La participación: una visión desde arriba”. Argentina: CEPAL. 1984
- SÁNCHEZ M. “Metodología y práctica de la participación”. Madrid: Editorial Popular. 1986

- DELGADO M E. “Un modelo psicosocial como propuesta de análisis de las organizaciones populares”. Congreso Regional de Psicología para profesionales en América. IMIFAP/AMEPSO/IAAP. “Entrelazando la ciencia y la practica de la psicología”. Libro de memorias. México. 1997
- VICHE M. “Apuntes para la participación Democrática desde el país Vasco Valenciano”. En sociedad civil e instituciones Democráticas. Madrid: Editorial Popular. 1989
- DE SCHUTTER A. “Investigación participativa: una opción metodologica para la educación de adultos. México: CREFAL. 1986
- BARBOZA LIMA S. “Participación social y cotidianidad”. CELATS. ED: Didi de Arteta, Sao Paulo.1979
- NACIMIENTO, ELIMINAR. “Participación: entre el autoritarismo y la democracia”. Servicio social y sociedad. CELATS. ED: Didi de Arteta, Sao Paulo.1986
- BAPTISTA MYRIAM VERAS. “La participación como valor y como estrategia en servicio social”. Servicio social y sociedad. CELATS. ED: Didi de Arteta, Sao Paulo.1987
- Posgado en salud social y comunitária: “Programa Médicos Comunitários”. Modulo II: Epidemiologia. Plan federal de salud, Ministério de salud y ambiente de la nacion. ED: Cristián Fèvre Estudio de diseño e impresiones, Buenos Aires. 2005
- CARBALLEDA J M. Colección Cuadernos de Margen. Modulo I: “Salud e intervención en lo social. ED: Espacio.2008
- DELGADO GALLEGO, M E; VAZQUEZ NAVARRETE, M L; ZAPATA BERMUDEZ, Y; GARCIA M H. “Participación social en salud: conceptos de

usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa”. Revista española de salud pública. Colombia. 2005

- MENENDEZ, E. “Grupo domestico y proceso salud /enfermedad/atención del teoricismo al movimiento continuo”. Cuadernos medicos sociales. 1992
- ROVERE, M. “Planificación estrategica de recursos humanos en salud”. 1993
- SABINO, C. “Como hacer una tesis”. ED: Hvmánitas, Buenos Aires.

ANEXO

PROYECTO: CAPACITACIÓN A PROMOTORES COMUNITARIOS DE SALUD.

FUNDAMENTACIÓN

Dentro del marco de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, implementada por la Secretaría de Salud del Municipio de General Pueyrredón, con la creación de Postas Sanitarias, teniendo éstas como ejes fundamentales:

- Mejorar el acceso a la salud
- Ampliar la cobertura
- Emplear la Estrategia de APS, favoreciendo la participación de la comunidad

Y contando entre sus objetivos específicos el de estimular la formación de promotores vecinales de salud, identificando redes sociales y favoreciendo su participación, es que desde el equipo de salud de la Posta Sanitaria de Parque Palermo, vemos la necesidad de formalizar una serie de encuentros que venimos realizando con la comunidad, bajo la forma de curso de capacitación a promotores de salud.

Teniendo en cuenta que el trabajo comunitario y la capacitación a la comunidad constituyen una parte fundamental de la estrategia de APS, se considera necesario la realización de este proyecto a partir de un abordaje interdisciplinario (otro de los elementos conceptuales de la A.P.S). Esto implica el trabajo conjunto de, Trabajadores Sociales, Profesionales de Enfermería, Nutrición, Agronomía, Médicos Pediatras, Generalistas.

Siendo que las personas que se desempeñan en las tareas comunitarias se han insertado en instituciones barriales, constituyen junto a otros trabajadores vecinales el recurso humano estratégico a ser capacitado para la prevención y promoción de la salud. Es con ellas con quienes pretende llevarse a cabo este Curso.

OBJETIVOS

- Estimular e incentivar la participación en distintos grupos sociales en la promoción, prevención y protección de la salud comunitaria.
- Fomentar la organización que permita iniciar y mantener acciones efectivas.
- Lograr que la Posta Sanitaria sea un espacio de referencia y participación.
- Lograr un análisis conjunto de los resultados, que permitan fortalecer los logros parciales tendientes al crecimiento comunitario.

Identificación del Plan de Estudios del Curso de Promotores Comunitarios en Salud

- ❖ Denominación: Promotores Comunitarios en Salud
- ❖ Modalidad: Referente comunitario del Equipo de Atención Primaria
- ❖ Duración: 4 meses, 16 encuentros.
- ❖ Frecuencia: Semanal, 3 hs cátedra por encuentro.
- ❖ Título: Promotor Comunitario en Salud

Competencias del Promotor Comunitario en Salud

El objetivo prioritario en la formación del Promotor Comunitario en Salud es el trabajo con los actores sociales barriales, incentivando una actitud responsable en el marco de la atención primaria de la salud.

Se considera como único requisito de ingreso al curso, el haberse desempeñado en alguna tarea comunitaria.

Perfil del Promotor Comunitario en Salud

El Promotor Comunitario en Salud ha adquirido las competencias teórico-prácticas para desempeñarse en los procesos que contribuyan a mejorar la calidad de vida, en colaboración con el Equipo de Atención Primaria de la Salud.

Posibilidades del accionar del Promotor Comunitario en Salud

1. Detección precoz de problemáticas y derivación a la Posta/Unidad Sanitaria Barrial
2. Desarrollo de actividades a partir del uso creativo del tiempo libre
3. Atención en las distintas actividades de la vida cotidiana, acompañando y asesorando a otros integrantes de la comunidad
4. Promoción de la participación y la organización en la práctica de actividades de carácter comunitario.

El Promotor Comunitario en Salud puede ejercer su rol en forma:

- Autónoma y sin relación de dependencia pero interactuando con técnicos, profesionales de la salud y otros actores sociales.
- Ser referente de su comunidad y de las instituciones.

**DISEÑO CURRICULAR DEL CURSO DE PROMOTORES
COMUNITARIOS EN SALUD**

Eje: Detectar y fortalecer dispositivos de acción que posibiliten dinamizar las redes comunitarias existentes.

El eje atraviesa todo el curso; convergen en él todas las acciones que integran la capacitación y todos los docentes del curso tienen la responsabilidad que sea encarado de modo articulado y continuo.

CAMPO 1 El Promotor Comunitario en
Salud en el Contexto de salud

CAMPO 2 El Promotor Comunitario en
Salud y el Ciclo de Vida Familiar.

CAMPO 3 El Promotor Comunitario en
En Salud la Pareja y Salud
Reproductiva.

CAMPO 4 El Promotor Comunitario en
Salud y la Salud en las
Diferentes etapas de la vida

CAMPO 5 El Promotor Comunitario en
Salud en la Práctica Comunitaria

CAMPO 1

Objetivos:

- ❖ Analizar las problemáticas de la comunidad en la que el Promotor Comunitario en Salud se encuentra inserto.
- ❖ Realizar el diagnóstico de las problemáticas que convergen en su práctica con una concepción crítica en el proceso salud enfermedad.
- ❖ Redescubrir las redes sociales con la finalidad de definir y poner en marcha un proyecto de trabajo.

Contenidos:

- Concepto de salud enfermedad.
- Grupos vulnerables. Causas de su existencia (culturales, sanitarias, demográficas, comunitarias, educativas, etc.)
- Costumbres, hábitos y valores, propios y de los demás. Respeto. Discriminación. Prejuicios.
- Saneamiento Ambiental. El agua. Tratamiento de los desechos. Contaminación del aire. Contaminación sonora. Espacios verdes. Jardín medicinal.
- Enfermedades endémicas. Ectoparasitosis.
- Redes sociales.

CAMPO 2

Objetivos:

- ❖ Descubrir y estimular la comunicación en el sistema de relaciones familiares.
- ❖ Comprender las dificultades y potencialidades de la dinámica familiar.

Contenidos:

- La familia y el sistema sociocultural. Los problemas de la aculturación.
- Etapas del Ciclo de Vida Familiar. Galanteo. Matrimonio. Nacimiento de los hijos. El "destete de los padres". El retiro de la vida activa y la vejez.
- Relaciones simétricas y complementarias.

CAMPO 3

Objetivos:

- ❖ Identificar los roles en la pareja a partir del análisis de la diferencia de género.

- ❖ Reflexionar sobre la implicancia e importancia de la planificación familiar en la pareja.
- ❖ Reconocer la anatomía y función del aparato genital masculino y femenino para posibilitar un mejor abordaje a la temática referida a los métodos anticonceptivos.

Contenidos:

- Características de la familia actual. Perspectiva de género.
- Maternidad y paternidad en el contexto actual. Planificación familiar.
- Aparato genital femenino. Aparato genital masculino.
- Métodos anticonceptivos hormonales, de barrera y físicos.

CAMPO 4

Objetivos:

- ❖ Identificar los distintos factores de riesgo en las etapas de la vida
- ❖ Identificar los síntomas y signos de las patologías prevalentes en la comunidad durante las distintas etapas de la vida.
- ❖ Estimular la Consulta oportuna a los profesionales de la Posta/Unidad Sanitaria

Contenidos:

- Niños: deshidratación, diarrea, vómitos, bajo peso y desnutrición. CUAS, broncoespasmo, lactancia materna, alimentación, parasitosis, prevención de accidentes.
- Adolescencia: hábitos tóxicos.
- Adultos: hipertensión arterial, diabetes, obesidad, enfermedades de transmisión sexual, control de embarazo.

CAMPO 5

Objetivo:

- ❖ Idear, desarrollar y evaluar una actividad grupal en su comunidad partiendo de los contenidos trabajados en los diferentes campos.

Contenidos:

- Teniendo en cuenta el eje del diseño curricular propuesto y los campos temáticos, el Promotor Comunitario en Salud junto con el Equipo de Atención Primaria se organizará y llevará a cabo una actividad comunitaria concreta.
- Evaluación del proceso.

METODOLOGÍA

El sustento metodológico del plan aúna a docentes y a cursantes en un proceso de:

1. Observación y análisis de la práctica cotidiana
2. Identificación de situaciones problemáticas
3. Búsqueda de alternativas de solución
4. Organización y planificación de la tarea
5. Evaluación y retroalimentación de estrategias de intervención.

Este proceso didáctico se sustenta en una concepción de lo grupal como dispositivo facilitador de la tarea de formación del Promotor Comunitario en Salud

Se prevé la realización de clases teórico prácticas en base a la metodología de Talleres

EVALUACIÓN

La evaluación de cierre se llevará a cabo teniendo en consideración el desempeño en las tareas individuales, grupales y comunitarias.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CAMPOS	NÚMERO DE DOCENTES	HORAS CÁTEDRA	PERÍODO
1- Taller teórico-práctico	5	9	3 encuentros
2- Taller teórico-práctico	5	6	2 encuentros
3- Taller teórico-práctico	5	9	3 encuentros
4- Taller teórico-práctico	5	18	6 encuentros
5- Taller	5	6	2 encuentros

ENCUESTA PARA PROMOTORES

EN RELACIÓN AL PROYECTO:

- 1) Cual fue el motivo o problema que convoca a la realización del proyecto promotores de salud
- 2) Quienes fueron convocados a participar del proyecto
- 3) Quienes convocaron y como
- 4) En que consiste la experiencia: objetivos, metodología, técnicas utilizadas, modalidad, etc
- 5) Que instituciones intervinieron
- 6) Que actividades se desarrollaron. (Ej. : campañas de prevención, atención a demandas concretas, etc.)
- 7) Que aspectos positivos destaca de la experiencia
- 8) Que obstáculos surgieron y que aspectos negativos destaca de la experiencia
- 9) Cuales fueron los resultados
- 10) Como fue el grado de participación: información, participación en actividades, gestión de recursos, participación en la planificación
- 11) Que efectos en la comunidad puede identificar usted como promotor
- 12) En la actualidad, que grado de funcionamiento esta teniendo el proyecto
- 13) Que conclusión le merece todo esto
- 14) Cual seria su propuesta para la promoción de la participación en Atención Primaria de la Salud

EN RELACIÓN A LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

Cual es la relación entre el centro de salud y los promotores de salud

Cual es la relación entre el centro de salud y los usuarios en general

Realizan acciones de salud junto a los vecinos del barrio

Que tipo de acciones

Quienes participan de las actividades de la posta sanitaria

Como participan (Ej. son receptores de información, se capacitan, etc.)

¿Son consultados los promotores y los usuarios de los servicios en general sobre temas que tienen que ver con los problemas de salud de los barrios

¿Le gustaría ser consultado o ser mas tenido en cuenta respecto a estos temas

Como cree usted, como promotor, que podría colaborar con su centro de salud para mejorar la salud de su barrio. (Ej. aportando información sobre los problemas de la salud de su barrio,

interviniendo en la programación de acciones de salud, gestionando recursos, participando en todos los aspectos)

En su opinión, quienes conocen los problemas de salud y necesidades del barrio (los vecinos, los profesionales, los políticos, etc)

En su opinión, las estrategias para brindar soluciones a los problemas de salud en la atención primaria de la salud por quienes deben ser elaborados (por los profesionales, los políticos, etc)

ENCUESTA PARA LOS TRABAJADORES SOCIALES

CON RELACIÓN AL PROYECTO:

- 1) Cual fue el motivo o problema que convoca a la realización del proyecto promotores de salud
- 2) Quienes fueron convocados a participar del proyecto
- 3) Quienes convocaron y como
- 4) En que consiste la experiencia: objetivos, metodología, técnicas utilizadas, modalidad, etc
- 5) Que instituciones intervinieron
- 6) Que actividades se desarrollaron. (Ej. : campañas de prevención, atención a demandas concretas, etc.)
- 7) Que aspectos positivos destaca de la experiencia
- 8) Que obstáculos surgieron y que aspectos negativos destaca de la experiencia
- 9) Cuales fueron los resultados
- 10) Como fue el grado de participación: información, participación en actividades, gestión de recursos, participación en la planificación
- 11) Que efectos en la comunidad puede identificar usted como profesional
- 12) En la actualidad, que grado de funcionamiento esta teniendo el proyecto
- 13) Que conclusión le merece todo esto
- 14) Cual seria su propuesta para la promoción de la participación en Atención Primaria de la salud

PARTADO PARA TRABAJADORES SOCIALES

- 15) Cual fue su rol especifico a lo largo de todo el proyecto.
- 16) Que papel desempeño en las distintas etapas del proyecto. (Ej. en la etapa de formación y luego en el trabajo de campo)
- 17) Cual cree usted que debería ser el lugar del trabajo social en la participación comunitaria en la Atención Primaria de la Salud.
- 18) Cual seria su propuesta para la promoción de la participación en Atención Primaria de la Salud

CON RELACIÓN A LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

- Cual es la relación entre el centro de salud y los promotores de salud
- Cual es la relación entre el centro de salud y los usuarios en general
- Realizan acciones de salud junto a los vecinos del barrio
- Que tipo de acciones
- Quienes participan de las actividades de la posta sanitaria
- Como participan (Ej. son receptores de información, se capacitan, etc.)
- Son consultados los promotores y los usuarios de los servicios en general sobre temas que tienen que ver con los problemas de salud de los barrios
- En su opinión, quienes conocen los problemas de salud y necesidades del barrio (los vecinos, los profesionales, los políticos, etc)
- En su opinión, las estrategias para brindar soluciones a los problemas de salud en la atención primaria de la salud por quienes deben ser elaborados (por los profesionales, los políticos, etc)

ENCUESTA PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE SON PARTE DEL PROYECTO DE PROMOTORES DE SALUD

CON RELACIÓN AL PROYECTO:

- 1) Cual fue el motivo o problema que convoca a la realización del proyecto promotores de salud
- 2) Quienes fueron convocados a participar del proyecto
- 3) Quienes convocaron y como
- 4) En que consiste la experiencia: objetivos, metodología, técnicas utilizadas, modalidad, etc
- 5) Que instituciones intervinieron
- 6) Que actividades se desarrollaron. (Ej. : campañas de prevención, atención a demandas concretas, etc.)
- 7) Que aspectos positivos destaca de la experiencia
- 8) Que obstáculos surgieron y que aspectos negativos destaca de la experiencia
- 9) Cuales fueron los resultados
- 10) Como fue el grado de participación: información, participación en actividades, gestión de recursos, participación en la planificación
- 11) Que efectos en la comunidad puede identificar usted como profesional
- 12) En la actualidad, que grado de funcionamiento esta teniendo el proyecto
- 13) Que conclusión le merece todo esto
- 14) Cual seria su propuesta para la promoción de la participación en Atención Primaria de la salud

CON RELACIÓN A LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

- Cual es la relación entre el centro de salud y los promotores de salud
- Cual es la relación entre el centro de salud y los usuarios en general
- Realizan acciones de salud junto a los vecinos del barrio
- Que tipo de acciones
- Quienes participan de las actividades de la posta sanitaria
- Como participan (Ej. son receptores de información, se capacitan, etc.)
- Son consultados los promotores y los usuarios de los servicios en general sobre temas que tienen que ver con los problemas de salud de los barrios
- En su opinión, quienes conocen los problemas de salud y necesidades del barrio (los vecinos, los profesionales, los políticos, etc)
- En su opinión, las estrategias para brindar soluciones a los problemas de salud en la atención primaria de la salud por quienes deben ser elaborados (por los profesionales, los políticos, etc)

ENCUESTA PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN GENERAL

- 1) Cual cree usted que debería ser el lugar que ocupen los profesionales de la salud en general, con relación a la participación comunitaria en la Atención Primaria de la Salud.
- 2) Cual seria su propuesta para la promoción de la participación en Atención Primaria de la Salud