

11226 11
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

PARTICIPACION COMUNITARIA: ESTRATEGIA BASICA EN MEDICINA FAMILIAR

I. S. S. S. T. E.
 SUB-DELEGACION MEDICA
 ZONA SUR D.F.

★ ABR. 27 1992 ★

ENSEÑANZA
 CLINICA DR. IGNACIO CRAVEZ

TESIS QUE PRESENTA: Dr. Luis Alberto Blanco Loyola
PARA OBTENER DIPLOMA UNIVERSITARIO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR



TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

México, D. F.

Abril 1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

M A R C O T E O R I C O

ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

En el año de 1978 y bajo el patrocinio conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se reunió del 6 al 12 de septiembre, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, asistieron delegaciones de 134 gobiernos y representantes de 67 organismos especializados, organizaciones de Naciones Unidas y no gubernamentales quienes considerando la urgente necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, emitieron la declaración conocida como de "ALMA-ATA" (1) habiéndose obtenido el nombre del lugar de su realización. Dicha declaración establece varios puntos en los que se contemplan los siguientes aspectos:

- Se reiteró que la salud como derecho humano fundamental es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad y - su realización exige la intervención de sectores sociales y económicos, además del de la salud.
- La grave desigualdad en el estado de salud, entre - - países y dentro de cada país es política, social y -- económicamente inaceptable y por tal motivo de preocupación común para todos los países.
- El desarrollo basado en un nuevo orden económico internacional es fundamental para reducir las distancias en el plano de salud entre países desarrollados y en desarrollo y contribuirá a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial.

- El pueblo tiene derecho y obligación de participar en la planificación y aplicación de su atención de salud. Por otra parte los gobiernos tienen el deber de cuidar la salud de sus pueblos mediante la implementación de medidas sanitarias y sociales adecuadas; uno de los principales objetivos debe ser de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que permita llevar una vida social y económicamente productiva. La clave para alcanzar este objetivo es la Atención Primaria a la Salud.

El punto VI de la Declaración define a la Atención Primaria a la Salud como "La asistencia sanitaria esencial basadas en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, -- con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación". La Atención Primaria forma parte del Sistema Nacional de Salud y el desarrollo social y económico global de la comunidad y constituye el primer elemento de la asistencia sanitaria.

El punto VII de la Declaración caracteriza a la A.P.S. diciendo que es un reflejo y consecuencia de las características económicas, sociales, culturales y políticas, tanto del país como de sus comunidades y se basa en los resultados de la investigación social y biomédica y en las experiencias de Salud Pública; establece que se oriente hacia los principales problemas de salud de la comunidad y en función de ellos, presta servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, abarca actividades de educación, suministro de alimentos y nutrición, agua potable, planificación

familiar, inmunizaciones, prevención y lucha contra enfermedades endémicas locales, tratamiento de enfermedades, traumatismos y suministro de medicamentos esenciales; requiere la participación coordinada del sector sanitario y de todos los demás sectores relacionados con el desarrollo nacional y comunitario. "exige y fomenta un grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la Planificación, la Organización, el Funcionamiento y el Control de la Atención Primaria de Salud" y da prioridad en la atención a los más necesitados.

El Apartado VIII precisa la obligación de los gobiernos de formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales de Atención Primaria a la Salud y les señala la voluntad política requerida para movilizar recursos y utilizarlos racionalmente.

Por otra parte en las recomendaciones se expresan algunos elementos no mencionados en la Declaración o que aparecen en esta poco desarrollados. Estos son, el que los gobiernos den importancia a programas de desarrollo rural y urbano, que estimulen la participación comunitaria, que asignen recursos y personal a los niveles intermedio y comunitario, incorporar la actividad de promoción de la salud mental dentro del paquete A.P.S., enfatizar el que se atiendan los problemas prioritarios percibidos por la comunidad y el sistema sanitario en actividades encaminados al desarrollo; amplia el sentido de la población mas necesitada, incluyendo en ésta a las mujeres, los niños, los trabajadores mas expuestos y los "Sectores mas desfavorecidos de la sociedad"; enfatiza la necesidad de dar al personal de salud, formación social y técnica para servir a la comunidad; señalada la necesidad de dar incentivos al personal que presta servicios en zonas remotas y desentendidas, sugiere de desarrollo de tecnología para la Salud, cuidar la logística y promover el apoyo

internacional a la Atención Primaria a la Salud. (2)

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se ha fijado la tarea de establecer análisis periódicos sobre el avance de la Atención Primaria a la Salud y sus perspectivas, reiterándose que por su naturaleza la salud debe ser un sólido puente para el entendimiento de los pueblos - en el esfuerzo común por la paz, la comprensión, la tolerancia, la justicia.

En el cuatrienio 1982 - 1985 se promovió la cooperación entre países y el compromiso de todos para transformar en acciones efectivas las estrategias y objetivos regionales, -- pretendiendo lograr con equidad y eficiencia la meta de salud para todos.

Los principios de la Organización Panamericana de la Salud - se pueden resumir mencionando: que el país es el objeto y su objeto de la cooperación: ajustar y dar flexibilidad a la cooperación en la atención de las necesidades y prioridades de cada país o subregión, movilizar los recursos nacionales para satisfacer necesidades propias y cooperar con otros países concentrar en forma selectiva los recursos hacia problemas - prioritarios regionales definidos por los cuerpos directivos de la organización, considerar a la salud como integrante -- del desarrollo global y reconocer la naturaleza eminentemente política de las soluciones sectoriales; y asegurar la - - coordinación de todos los niveles de la organización así como la articulación con otros organismos de cooperación (3).

Es indudable que el cumplimiento de los objetivos establecidos en la Atención Primaria de la Salud, ha estado viviendo momentos sumamente críticos en su desarrollo histórico, en - donde la crisis económica mundial ha afectado sobre todo a - los países en desarrollo derivado de un desequilibrio en la

balanza de pagos, presiones debido al endeudamiento externo. Puede mencionarse que en la década pasada los países de América Latina y el Caribe se transformaron de receptores de -- capital en naciones exportadores de recursos financieros. (3) Esta sangría de recursos no solo ha reducido la capacidad de inversión y operación, sino que ha contribuido a los desajustes económicos internos que se manifiestan en altos índices de inflación, desempleo, disminución del ingreso y empeoramiento de su distribución, así como déficit fiscales incontrolados que están afectando el nivel de vida de las poblaciones.

Los intentos para superar esta seria situación han planteado casi exclusivamente soluciones de orden económico, entre -- ellas la reducción de los déficits fiscales mediante la disminución drástica de actividades y programas destinados a -- satisfacer necesidades sociales, dicha insuficiencia de recursos ha imposibilitado en muchos casos no solo atender las demandas crecientes de la población, sino mantener en funcionamiento adecuando los servicios de salud existentes.

Por otra parte se ha registrado una verdadera crisis administrativa, que está afectando la oportuna y eficaz utilización de los recursos y que se traduce en serias deficiencias en -- la capacidad operativa de los sistemas de servicios de salud. En este sentido, el sector ha estado enfrentando enormes desafíos de organización y de operación. El desperdicio en la utilización de los recursos, ya sea por la ociosidad, la -- prestación de servicios inesesarios, las deficiencias de organización y gerencia o por el uso de tecnologías inadecuadas, ha constituido otro obstáculo fundamental. La multiplicidad de instituciones prestadoras de servicios de salud, la falta de coordinación de ésta, y la escasez o mala utilización de personal adiestrado son factores que conducen a duplicaciones y serias deficiencias en la atención a las personas en --

los distintos niveles de complejidad de los servicios. También sigue siendo motivo de seria preocupación el hecho de que las coberturas son insuficientes y que segmentos significativos de la población (30% a 40%) no tienen acceso a los servicios básicos de salud. Para hacer frente a esta situación, varios países han intentado dar mayor atención a la adecuación y fortalecimiento de los procesos de planificación y administración para capacitar al sector en la movilización, organización y utilización de sus propios recursos y en la forma de complementarlos con los otros sectores de desarrollo.

Para enfrentar las repercusiones que las situaciones mencionadas tienen en el sector salud y con base en los principios adoptados sobre la misión de la organización, se definieron cinco áreas, estrategias de acción íntimamente relacionadas entre sí.

1. La búsqueda de nuevos procedimientos y soluciones.
2. Las acciones conjuntas de grupos de países para combinar y utilizar mejor las capacidades disponibles.
3. La articulación de los componentes internos del sector y su coordinación con otros sectores.
4. La efectiva movilización de recursos nacionales y externos con una mejor coordinación, de los esfuerzos de cooperación.
5. Capacitación de la Oficina para actuar efectivamente como instrumento de apoyo a los esfuerzos nacionales.

En lo referente a la cooperación de la Organización Panameriu

cana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud con los países miembros, la aplicación de esas estrategias se orientó al aumento de la eficiencia, con vistas a la liberación o movilización de recursos que permiten incrementar el apoyo a los gobiernos y atender las crecientes necesidades en una situación de crecimiento cero de los recursos ordinarios de la organización. (4)

I N T R O D U C C I O N

La participación de la Comunidad en el ejercicio de la Medicina Familiar, es de vital importancia. (5)

La presente tesis hace hincapié en la comunidad como recurso potencial y factor dinámico en la introducción de cambios esenciales con el fin de lograr alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000", y en el papel del Médico Familiar, como coordinador de los recursos. (6), (20)

La importancia otorgada a la participación de la comunidad se justifica tomando en cuenta los siguientes factores:

- El mejoramiento de las condiciones sanitarias entre los grupos de alto riesgo exigirá de estos determinados cambios de comportamiento. La comunidad debe tener acceso a la información y orientación necesarias de manera que puedan promoverse actitudes conducentes a modos de vida mas saludables.
- La comunidad es una fuente en potencia de destrezas, -- financiamiento y mano de obra, estos recursos pueden -- utilizarse no solo para complementar los proporcionados por el sector salud, sino también para garantizar que -- cualquier insumo que se invierta en la comunidad sea -- apropiado y, por consiguiente aceptado y mejor aprovechado.
- Generalmente en programas Institucionales de Medicina Familiar no se han aprovechado los recursos de la comunidad, lo que se ha traducido en servicios poco utilizados, o utilizados en forma inapropiada y sus infraestructuras son escasas y deficientemente mantenidas.

- Si la comunidad participa en la Planificación, la ejecución y el mantenimiento de programas de salud y desarrollo, se contribuirá a garantizar la atención de necesidades prioritarias y el mejor aprovechamiento en la utilización de los servicios.

- La participación de la comunidad en la elaboración de proyectos crea un sentimiento de orgullo y pertenencia que hará más probable la participación.

La experiencia ha demostrado repetidas veces que al participar la comunidad en actividades de auto-ayuda y autocuidado éstas tienden a durar más y ser más eficaces.

- Frente a la realidad de que el crecimiento de la riqueza es cada vez menor frente al crecimiento de la población y sus expectativas, se deben realizar todos los esfuerzos para orientar la inversión hacia el desarrollo comunitario como medio para lograr la salud, aclarando que el modelo a implementarse dependerá de las características y condiciones propias de cada país y de cada comunidad, y se debe comprender en su ejecución, a toda la población buscando la mejor manera de integrar a la comunidad para que los objetivos buscados en favor del bienestar de la misma, sean compartidos por ésta y se logre realmente su colaboración. (7)

- Médico Familiar: El Médico Familiar como coordinador del Equipo multidisciplinario de Salud.

El Médico Familiar puede ser coordinador y guía de las actividades del equipo de salud para optimizar su acción, sin embargo, cada uno de los miembros del Equipo de salud asume el liderazgo en cuanto se aborde su área.

El Equipo multidisciplinario de Salud, deberá de tener características genéricas que compartan entre si (8)

- Identificarse con las bases filosóficas de la Seguridad y Solidaridad.
- Identificarse con los objetivos de la Institución.
- Mantenerse dentro del marco ético Institucional.
- Realizar sus acciones dentro de un marco humanista.
- Desarrollar acciones con espíritu de servicio constante.
- Poseer preparación técnica adecuada según su área.
- Realizar sus acciones con bases científicas.
- Sentirse parte del equipo de salud.
- Interesarse por optimizar los recursos.
- Poseer espíritu de crítica constructiva.
- Interesarse en la promoción y participación de la Educa
ción Continua.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

- a) Ubicación Histórica Social e Institucional del Problema. La Declaración de Alma - Ata estableció otorgar Atención Primaria a la Salud a la población como un medio para lograr el objetivo de salud para todos en el año 2000, así mismo en esa declaración se anunció la necesidad de lograr la participación comunitaria como un requisito y medio para desarrollar dicha atención.

Con base en esa declaración, los gobiernos del mundo y los de América Latina y las Instituciones de Seguridad Social de la Región han venido desarrollando programas de Atención Primaria con el afán de elevar los niveles de salud de su población. Por ello conviene detenerse en esta situación para revisarla como área básica - de acción de la Seguridad Social.

Desde la reunión de Alma - Ata, la Atención Primaria a la Salud apareció como intento de los organismos internacionales por mejorar los sistemas tradicionales de atención médica enfocados a la atención del daño y organizados en sistemas de Alta Especialidad Médica, lo cual, ha más de costosa tenía una incidencia reducida sobre los niveles de salud de la población. (20)

Este propósito inicial se vio reforzado cuando en virtud de la crisis económica de la década de los 80's, los niveles de vida y de salud de la población de los países sub-desarrollados se vieron deteriorados. Para los países de América Latina la década de los 80's se caracterizó por un abatimiento del nivel y calidad de vida de la

población, aunada a una disminución significativa de - las inversiones gubernamentales en los renglones de política social, educación, salud y seguridad social.

Lo anterior, a provocado que las Instituciones de Salud y Seguridad Social persivan a la Atención Primaria como un medio para mejorar la Salud de la Población, -- amortiguar la crisis y apoyar el complicado proceso de recuperación de las economías, tanto aportando una mejor fuerza de trabajo como propiciando una actuación - más amplia de la sociedad en su salud y en su apoyo al proceso, en este ultimo sentido, la participación comunitaria en la A.P.S. aparece tanto como medio para ser más eficiente el sistema de salud como para dar bases de desarrollo comunitario participativo y mejorar los niveles de vida de la población. (9)

b) Delimitación de la Investigación.

1. Conceptos:

- Comunidad
- Atención Primaria a la Salud
- Participación Comunitaria
- El Médico Familiar

" Comunidad: Es una agrupación organizada de personas que se perciben como comunidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés elemento, objetivo o función en común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto." (10)

Atención Primaria a la Salud. Es la - Asistencia Sanitaria esencial basado en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, está al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y un costo -- que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de Autoresponsabilidad y Autodeterminación.(5)

Participación Comunitaria: Proceso mediante el cual los individuos y las familias asumen la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al de la -- comunidad.

Proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, - - adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar

y el de su colectividad, así como la capacidad para contribuir consiente y constructivamente en el proceso de desarrollo.

Un proceso activo en el cual los participantes emprenden iniciativas y acciones a partir de su propia reflexión y deliberación, sobre el cual pueden ejercer un control eficaz. (3)

Médico Familiar: El Médico Familiar es aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar funciones técnicas médicas, técnicas administrativas y de enseñanza e investigación contribuyendo a mejorar la calidad de la Atención Médica Primaria de los pacientes asignados a él. (8)

Area Técnico Médica:

- Funciones de Asistencia Médica, Integral y Continúa tanto al individuo como a su familiar contribuyendo con ello a la salud comunitaria.
- Es capaz de ofrecer Atención Médica eficiente tanto en el consultorio como en el domicilio del paciente.
- Reconoce los límites de su competencia y responsabilidad, consul-

tando a otros especialistas y -
derivando a otros niveles de --
atención cuando el paciente así
lo amerite.

- Realiza acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria de acuerdo al modelo de historia natural de la enfermedad.
- Usa los recursos de la familia, la Institución y la comunidad - para la adecuada solución de -- problemas de salud.
- Integra sus conocimientos sobre los aspectos biológicos, psico-
logicos y sociales en la Aten--
ción Médica del Paciente y su fa-
milia inersa en la colectividad.
- Reconoce aspectos de la relación Médico- Paciente, Médico-Familia empleandolas para la solución de problemas.
- Se responsabiliza del manejo de padecimientos agudos, crónicos, infecciosos o degenerativos y - organico o psicosociales.
- Tiene conocimientos suficientes para realizar estudios de estruc-
tura y dinamica familiar.
- Realiza dianóstico de algunas -- entidades nosológicas que ameri-
ten tratamiento quirurgico.

- Reconoce cuando la evaluación post-operatoria a mediano y largo plazo es o no satisfactoria, derivando a tiempo cuando es necesario.
- Realiza periodicamente el estudio de salud de su población - identificando grupos especificos de riesgo.
- Efectua acciones de promoción de la Salud y Protección especifica.
- Las acciones son orientadas -- principalmente a la conservación de la salud más que a la restauración de daños.
- Diseña y participa junto con su equipo de salud, en programas especificos de salud publica y medicina preventiva.

Area Técnico - Administrativa:

- Funciones de Planeación y Organización.
- Planifica sus acciones para la Atención Médica de pacientes - que requieren un cuidado breve o prolongado.
- Establece un plan de visitas a domicilio para fines de estudio individual y familiar.
- Organiza los recursos disponibles en el primer nivel para -

ofrecer a su población una -
atención eficiente, oportuna
y con sentido humano.

- Funciones de Dirección.
- Establece niveles de respon-
sabilidad para desarrollar -
las actividades de atención-
médica.
- Señala a cada uno de los ---
miembros de su equipo de sa-
lud funciones y actividades
específicas para la atención
del paciente y su familia.
- Utiliza los recursos de la -
familia para la solución de
sus problemas.
- Funciones de control y eva--
luación.
- Identifica el grado en que -
se logran las metas persona-
les e institucionales, em---
pleando para ello instrumen-
tos de evaluación apropiados.
- Define junto con su equipo -
de salud los factores que --
influyen como facilitadores
u obstaculizadores en el de-
sarrollo de acciones sanita-
rias.

Area de Enseñanza e Investiga-
ción.

- Funciones de Enseñanza e investigación.
- Desarrolla actividades dirigidas a su equipo de salud, a la población derecho habiente y al personal en formación.
- Participa en actividades de educación continua.
- Desarrolla su autoenseñanza con el propósito de elevar la calidad y cantidad de sus conocimientos.
- Diseña y realiza investigaciones de problemas de salud de su población y aplica los resultados a la solución de los mismos.

Dado lo anteriormente expuesto, queda la necesidad de plantearse las preguntas siguientes:

¿ Cuáles son los elementos teóricos y conceptuales desarrollados para la participación comunitaria ?

¿ Cuáles han sido las actividades y resultados de la participación comunitaria ?

¿ Cuáles han sido algunos de los problemas que enfrenta la participación comunitaria ?

¿Cuál ha sido el papel del Médico Familiar como el coordinador del equipo de Salud en la participación dentro de la comunidad ?.

H I P O T E S I S

Con el Modelo Estructural de un Sistema Integral de Salud - basado en los principios de la práctica de la Atención Primaria a la Salud, y la Coordinación del Médico Familiar, la comunidad recibirá mayores beneficios mediante su participación, a partir de la identificación de las necesidades sentidas. (11)

A esta hipótesis principal, podríamos agregar la hipótesis secundarias siguientes:

- La participación comunitaria constituye un poderoso - apoyo para el logro de la Atención Primaria a la Salud.
- Hay un amplio desarrollo teórico y conceptual para fi nes de participación comunitaria en APS.
- Las Instituciones de Seguridad Social han introducido su organización particular y específica para fines de participación comunitaria.
- Existen todavía diversas dificultades para lograr la participación comunitaria en los términos enunciados por la Declaración y Recomendaciones de Alma - Ata.
- El Médico Familiar, a través de las actividades de -- Atención Primaria, es quien puede coordinar los servi cios de salud para fomentar la participación comunita ria.

OBJETIVO GENERAL

Ofrecer al Médico Familiar un Modelo estructural basado en Atención Primaria a la Salud para coordinar las acciones de Salud en la Comunidad a su cargo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Conocer aspectos teóricos y conceptuales sobre la participación comunitaria.
- 2.- Identificar los problemas que confronta la participación comunitaria.
- 3.- Comentar el modelo de administración de la Atención - Primaria a la Salud y estimar su viabilidad de aplicación, en la acción del Médico Familiar.
- 4.- Sugerir al Médico Familiar, algunas estrategias para promover la participación comunitaria dentro de la Atención Primaria a la Salud.

M E T O D O L O G I A

A fin de conocer las formas en que se ha dado la participación, los alcances y problemas de la misma; así como la -- participación del médico familiar como posible coordinador del equipo de salud, se recurrirá a la consulta documental y el desarrollo abarcará la descripción siguiente:

- Teorías y conceptos sobre comunidad en general. (10)
- Elementos que constituyen una comunidad. (10)
- Teoría y concepto de "Declaración de Alma - Ata". (1)
- Teoría y concepto de "Salud para todos en el año 2000" (6)
- Teoría y concepto sobre "Participación Comunitaria". (5)
- Teoría y conceptos de Atención Primaria a la Salud como estrategia del Médico Familiar. (20)
- Perfil del Médico Familiar como posible coordinador de la participación comunitaria. (8)
- Formas que asume la participación comunitaria. (12)
- Desarrollo del Modelo estructural de un sistema Integral de Salud, basado en Atención Primaria a la Salud. (11)
- Conclusiones Evaluación de Resultados.

- **Recomendaciones sugeridas para lograr la participación comunitaria como estrategia de Atención Primaria a la Salud.**

" Por comunidad entendemos aquí la organización de los individuos o los grupos, biótica o económicamente independiente, junto con la organización inconsciente a que dá lugar esta interdependencia"

(Donald Pearson).

"Un grupo de personas que viven juntas, se relacionan entre sí de modo de compartir no sólo este o aquel interés particular, sino todo un conjunto de intereses bastante amplios y completos como para incluir en sus vidas"

(Robert M. Maciver).

"Una comunidad es esa colectividad de miembros que comparten un área territorial común como base de operaciones de sus actividades cotidianas"

(Talcott Persons).

"Son grupos sociales exclusivos, territorialmente definidos dentro de los cuales los hombres pueden seguir todo el curso de sus vidas, si bien pueden contener divisiones internas"

(Ely Chinoy).

"Comunidad es el sentido de bien común que una localidad o población puede ser ayudada a alcanzar"

(William Biddle).

Se observa que en esta conceptualización esta presente una gran variedad de orientación. Por otro lado, la comunidad es vista como algo global; por otro, se le ve como un fragmento de una sociedad global, en la cual las relaciones de intimidad son las que determinan el sentido de comunidad. En un sentido, la comunidad es vista como zona geográficamente definida en la que habita un grupo humano; en otro sentido, lo más -

significativo es el agrupamiento humano.

Para algunos autores comunidad es sólo un grupo de personas que ocupa un territorio definido, con el cual se identifican, y en el cual existe un determinado grado de solidaridad.

Es una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo interés elemento, objetivo o función común, con conciencia de pertenencia situadas en una determinada área geográfica en la cual la popularidad de personas interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto. (I.M.S.S.)

Se observa en general, algunos elementos presentes, implícito o explícitamente en las distintas conceptualizaciones de la comunidad:

- a). Un espacio físico delimitado
- b). Un grupo humano
- c). Intereses comunes
- d). Un sentido de solidaridad

FUNDAMENTACION

La atención primaria como estrategia principal para alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000" recomienda la participación de la comunidad, como uno, de los métodos más importantes para extender la cobertura de los servicios de salud a la población, siempre considerando las características propias de cada país y de cada comunidad (6)

Basados en la necesidad de obtener apoyo y la participación de la comunidad en la planificación y ejecución de los programas de salud para mejorar la prestación de estos servicios el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en 1980, pidió a los países miembros que fomentaran y apoyaran la participación de la comunidad en la prestación de servicios de salud en sus programas.

De acuerdo a estudios realizados en 1984 (13) en países de América Latina, se encontró que en solo el 50% existe cierto grado de participación y en los demás casos se revela únicamente algún tipo de cooperación. ¿Será que no se han utilizado los mecanismos adecuados para alcanzar la participación de la comunidad?

Estudios realizados en 1989 por la Organización Mundial de la Salud (14) expresa que existen ciertas debilidades en relación al adiestramiento y capacitación de los trabajadores comunitarios de Salud en los programas de atención Primaria en Salud según se describe a continuación.

Las inadecuadas políticas organizacionales que tienden a programas verticales, en donde se hacen planes muy entusiastas pero muy apresurados, involucran solamente un pequeño grupo, de alto nivel como supervisores del trabajo de salud comunitaria. los cuales no han participado en el proceso de planificación.

Otro de los aspectos que desvirtúan la finalidad del trabajo comunitario es la mala definición de funciones, se entrenan los trabajadores en campos específicos como nutrición, planificación familiar, control de la malaria y luego son distribuidos en las comunidades en donde se les responsabiliza en otras labores para las cuales no han sido preparados, situación que causa verdaderos problemas dentro de la comunidad.

Existe la tendencia de que la comunidad no selecciona a sus propios trabajadores, recayendo esta tarea en algunos líderes comunales que no tienen la motivación e información suficiente para hacerlo, además buscan beneficio propio o el de sus familiares.

Otro aspecto negativo es la discontinuidad en el entrenamiento educacional, esta deficiencia de conocimientos hace inoperante la funcionalidad de los programas.

La supervisión ha sido punto álgido dado que la mayoría de los supervisores pertenecen a altas jerarquías médicas o no tienen el interés o entrenamiento adecuado para atender este importante proceso. (2)

Las condiciones inciertas de trabajo han sido otro factor relevante, muchos trabajadores desertan por los bajos salarios percibidos en relación a las labores que se les asignan.

Otro tanto sucede con los voluntarios que una vez entrenados se retiran creando fuga de los mejores recursos humanos.

En cuanto al financiamiento de los programas, la crisis económica de la época por sí ha provocado restricción de los recursos monetarios, debilitándose con esto la ejecución de planes.

La escasa monitorización y evaluación ha impedido que se realicen nuevos planes que llevarían al mejoramiento de -- los planes y programas.

Analizados los resultados de los estudios, encontramos que cuales quiera que sean las debilidades del sistema, todas provocan en última instancia la insuficiente participación de la comunidad.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DESARROLLO

LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN LOS PROGRAMAS DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD, Y LA FUNCION DEL MEDICO FAMILIAR COMO COORDINADOR DE RECURSOS.

I. LA COMUNIDAD

Para poder establecer lo que ha sido la participación comunitaria en primer término mencionaremos - la definición que de comunidad ha adoptado la OPS - (10) Grupo reunido o disperso de morada fija o migratoria, que presenta diversos grados y formas de organización y cohesión sociales. Sus miembros -- compiten en distintos grados, características socio culturales, socio-económicas y socio-políticas, así como intereses, aspiraciones y problemas también comunes incluidos los de la salud.

Por lo que respecta a participación comunitaria de OMS (6) la define como "EL PROCESO MEDIANTE EL -- CUAL LOS INDIVIOS Y LAS FAMILIAS ASUMEN LA CAPACIDAD DE CONTRIBUIR A SU PROPIO DESARROLLO Y AL DE LA COMUNIDAD".

Por su parte la OPS la define como (10) "El proceso mediante el cual los individuos se transforman de - acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el de la colectividad. Así como la capacidad para contribuir conciente y constructivamente con el proceso de desarrollo.

Estos conceptos concretan en la participación como -

un fin en si misma, sin embargo también puede concebirse como un medio para alcanzar un fin. Así -- pues, se hace necesario analizar la participación comunitaria como un elemento de un proyecto integral - que puede planificarse, apoyarse, seguirse y evaluarse de mima manera que los otros componentes.

La participación comunitaria es un instrumento que - permite alcanzar objetivos concretos de salud, en este sentido Ahmed advirtió que " A menos de que contribuya a mejorar la salud y bienestar de la comunidad, el proceso participatorio se convierte en un ritual hueco y en una gesticulación simbólica vacía -- (11). La necesidad de justificar la participación - por los resultados reduce esa participación comunitaria de un principio universal a una consideración estratégica o trágica.

Rao cita a la Ace Fask Force on Rural Development a definir a la participación comunitaria como "Un proceso activo en el cual los participantes comprenden iniciativas y acciones a partir de su propia reflexión y deliberación y sobre el cual pueden ejercer - un control eficaz", en contraposición con la idea de una participación pasiva que sólo involucra a la gente en acciones que han sido imaginadas y diseñadas - por extraños y que se controlan desde afuera. (15)

Aunque se ha teorizado sobre el proceso de participación comunitaria como un proceso activo, los componentes instrumentales pueden enterarse mejor si se conciben como un continuo, que va de lo activo a lo pasivo y que cubre una amplia gama de acciones participativas.

Esta idea se basa en los 3 niveles más simplificados elaborados en un estudio reciente de la A.P.S. a 8 países de Latinoamérica y el Caribe. (3)

Formas en que las comunidades pueden participar -- dentro de los programas de A.P.S.:

- a) Mayor disponibilidad de servicios:
- Decidiéndose a participar.
 - Proporcionando trabajadores voluntarios de la salud.
 - Construyendo instalaciones sanitarias.
 - Convenciendo políticos y servidores públicos.
 - Ayudando en Planificación Familiar, vacunación y otros servicios.
- b) Mayor utilización de los servicios:
- Estableciendo prioridades.
 - Determinando los servicios.
 - Seleccionando a los trabajadores sanitarios de la comunidad.
 - Estableciendo criterios de selección para los trabajadores sanitarios de la comunidad.
 - Decidiendo los horarios de servicio.
 - Estableciendo las tarifas por la prestación del servicio.
 - Decidiendo la ubicación de las instalaciones u otros puntos de prestación de servicios.
 - Colaborando en la selección de las medicinas básicas.
 - Publicitando los servicios.
- c) Modificación de Comportamiento:
- Proporcionando información sobre los hábitos.

- Proporcionando apoyo social.
- Educando y motivando a otros miembros de la comunidad.
- Adoptando un nuevo comportamiento.

d) Realizando actividades comunitarias relacionadas -- con la Salud.

- Recolectando basura
- Drenando agua estancada
- Construyendo letrinas
- Trabajando en hortalizas colectivas, actividades pecuarias y otros tipos de producción alimentaria.

e) Recursos Contribuyentes:

- Contribución de mano de obra para la construcción de puestos de salud, letrinas y pozas.
- Contribución de materiales para lo mismo.
- Instalaciones de mantenimiento y limpieza.
- Pago de medicamentos.
- Pago de salarios para los trabajadores sanitarios de la comunidad.
- Pago por servicios de salud.
- Pago por el uso de agua.

f) Realización de Funciones Administrativas:

- Supervisión de los trabajadores comunitarios de salud.
- Administración de puestos de salud.
- Mantenimiento de puestos de salud y otras instalaciones sanitarias como pozos y bombas.
- Administración de recursos para apoyar a los trabajadores y a los servicios comunitarios de salud.

- Organización y condición de estudios de evaluación.
- Recolección de información y estadísticas vitales.
- Discusión e implementación de actividades en base a los resultados y evaluaciones de los estudios de salud.

Se afirma que la participación se presenta cuando la comunidad: (16)

- a). Utiliza los servicios e instalaciones proporcionados por el Programa.
- b). Coopera con la iniciativa presentada por las agencias externas a través de los servicios contribuyentes de la comunidad.
- c). Se involucra en la planeación administración e implementación al asumir algún grado de compromiso, responsabilidad e iniciativa al identificar y ayudar a resolver los problemas de salud ya sea por sí misma o con ayuda del exterior.

Esta misma idea ha sido desarrollada con más detalle por Klein (13) quien operacionalizó la participación utilizando la toma de decisiones como el criterio clave. Así elaboró una escala que va del uno al cuatro, que cuenta con el extremo inferior con la no toma de decisiones por parte de los participantes (a quien solo se les informa) y que va progresando por las etapas de consulta, negociación y participación, para llegar finalmente al veto en donde los participantes tienen un control absoluto sobre las decisiones:

GRADOS DE PARTICIPACION

GRADO	TERMINO	DESCRIPCION
1	INFORMACION	Un sentido: Autoridad Gobierno hacia los participantes.
2	CONSULTA	Dos sentidos: la autoridad solicita - los participantes responden- la -- autoridad decide.
3	NEGOCIACION	Intervención en el proceso de toma de decisiones.
4	VETO	Intervención en la toma - de decisiones con la capacidad de bloquearlas una vez tomadas.

Así, mientras que la toma de decisiones debe considerarse - el factor clave de la participación comunitaria, el componente de acción también debe tomarse en cuenta aún cuando quienes realicen las actividades no se hayan visto involucrados en la toma de decisiones.

El sentido, contenido y radio de acción de la participación comunitaria están regidos por el marco sociopolítico. No - existe una fórmula establecida para la participación, pero sí puede constituir un proceso completo que puede adquirir cualquiera o varias dimensiones diferentes. La participación se perfecciona en la práctica. En el transcurso de su desarrollo, la participación puede llegar a ser: (17)

- a). Activa, cuando la gente toma parte en las diferentes etapas.
- b). Conciente cuando la gente comprende cabalmente los problemas, los traduce en necesidades sentidas trabaja para resolverlos.
- c). Responsable cuando la gente se compromete y decide avanzar siendo plenamente conciente de las consecuencias y de sus obligaciones.
- d). Deliberada, cuando la gente presta su resolución voluntaria.
- e). Organizada, cuando percibe la necesidad de conjuntar esfuerzos para alcanzar un objetivo común.
- f). Sostenida, cuando se une permanentemente para resolver los diversos problemas de su comunidad.

En este modelo el concepto de participación comunitaria es bastante complejo y sus componentes serán: el grado de toma de decisiones en el inicio de las actividades. El grado de toma de decisiones en el control sobre las acciones y el grado de participación real en la realización de las actividades.

II. EL MEDICO FAMILIAR

PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR (18) (8)

El Médico Familiar, es aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención Médica primaria e integral del individuo y su familia dentro del contexto social en que se encuentran inmersos.

En la mayoría de las ocasiones actúa como la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención médica, coordinando la utilización de los recursos, de acuerdo a las necesidades de sus pacientes, ejerciendo su práctica independientemente de edad, sexo o padecimiento.

La medicina que practica este profesional, está encaminada al desarrollo de acciones de mantenimiento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de padecimientos agudos y crónicos, así como rehabilitación y manejo posterior.

Debe continuar con la responsabilidad y seguimiento de su población cuando, mediante el juicio clínico necesario, solicite interconsulta o refiera a sus pacientes a otros profesionales de la salud para investigaciones adicionales, instalación de tratamiento y evaluación de los resultados del mismo.

Desarrolla el hábito de la autoenseñanza, revisa y actualiza periódicamente su competencia profesional participando en programas de educación médica continua, autoevaluación y auditoría médica. Es capaz de analizar, evaluar y desarrollar actividades de investigación.

EL PORQUE DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA

La participación comunitaria en A.P.S. se sitúa en dos niveles uno ideológico y otro práctico.

El primero parte de que la gente tiene un potencial humano a desarrollar sobre su medio ambiente, mientras que el -- práctico es por ser la única esperanza de recibir los servi cios para mejorar su nivel de salud. Ambas generan la acep tación de la atención y su adaptabilidad a las condiciones culturales.

La palabra participación remotó su importancia en la década de 60's cuando pasó a formar parte del vocabulario político - popular (14), (10)

Roseau consideraba que la participación tiene tres funciones:

- a). Incrementar el valor de la libertad del individuo per mitiendole ser (y seguir siendo) su propio patrón.
- b). Permitir que las decisiones colectivas sean más facil mente aceptadas por los individuos.
- c). Incrementar el sentimiento de pertenencia a la comuni dad entre los cuidades individuales (14).

Actualmente la brecha entre los distintos niveles de salud de los países desarrollados y subdesarrollados es enorme, - claramente expuestos por los índices de mortalidad infantil y los de expectativa de vida, que además crecen ponde ralmente por el aumento de la población.

Tal situación ha generado la creación de sistemas burocráticos de bienestar social y un cambio del modelo médico al modelo social de la atención a la salud que incluya la radicalización de la profesión en salud para dirigirla hacia la Atención Primaria, lo que originó la declaración de "ALMA-ATA" en cuanto se asocia muy estrechamente A.P.S. a participación comunitaria, en donde ésta última se consideró como un derecho que deberían disfrutar todos.

Los Artículos 4 y 7 mencionan que la A.P.S. requiere y promueve un máximo de autosuficiencia y participación comunitaria a través de una educación adecuada.

El Banco Mundial concluyó que la participación local en el diseño e inspección de un programa de salud puede significar una mejor aceptación y por lo tanto utilización, las necesidades detectadas pueden ser fácilmente satisfechas y el estilo de trabajo más afín con las costumbres del lugar. Además de daría una alta prioridad al programa (19).

A partir de "ALMA - ATA" se han realizado diversas investigaciones sobre la participación comunitaria caso siempre desde un panorama anecdótico o teórico; los beneficios encontrados se describen así:

- Incremento del status sanitario y acceso a los medica

mentos.

- Desarrollo de autosuficiencia.
- Definición de prioridades que identifican las necesidades de salud de la comunidad.
- Servicios al menor costo.
- Facilita e incrementa la cobertura de programas superando la no aceptación.
- Favorece los deseos de mayor bienestar que impulsan el desarrollo socioeconómico.
- Crea un sentido de responsabilidad social, incrementa el liderazgo, modifica actitudes.
- Lleva al uso del conocimiento y la experiencia autóctonos.
- Integra el equipo técnico al contexto local.
- Disminuye la dependencia en profesionales.

Martín también ha señalado algunas de las limitaciones y -- riesgos de la participación comunitaria en la A.P.S. incluyendo:

- a). Relevo de toda responsabilidad al gobierno.
- b). La amenaza a las autoridades políticas en término de sus posiciones y poder.
- c). El fomento de apoyo a las élites locales.
- d). Desilusión de los miembros de la comunidad cuando se presenta el fracaso.

Tres son aspectos puramente políticos y uno se refiere al nivel personal y no tiene que ver directamente con la salud.

A menos que las comunidades se involucren y participen directamente en todos los aspectos de la A.P.S. Los beneficios mencionados serán difíciles o imposibles de alcanzar en condiciones de subdesarrollo.

Factores claves de la participación comunitaria: (6) (2)

No se puede suponer que la participación comunitaria ocurrirá universal y automáticamente, ya que es un elemento difícil de implementar.

Un elemento fundamental para que exista la participación comunitaria es la organización.

Debe tomarse en cuenta la estratificación social, modelos de liderazgo, estructura de poder, disfunciones étnicas, religiosas, raciales y la migración para sensibilizar las diferencias que pudieran presentarse entre los participantes.

Ninguna comunidad geográfica deberá considerarse jamás como unidad socio económicamente homogénea.

Los participantes voluntarios son quienes pueden hacer flo-

recer o fracasar cualquier programa participativo de A.P.S.

Es importante la participación de los grupos más pobres dentro de la comunidad en la planeación de los proyectos, así como la motivación y el interés permanente de todos los individuos, además de la existencia de un liderazgo dinámico y entusiasta.

Los voluntarios requieren información, entretenimiento, supervisión y apoyo logístico suficientes.

La mejor estrategia es la selección y entrenamiento de los trabajadores comunitarios de la salud, preferentemente procedentes de las mismas comunidades, y elegidos por ellos, debiendo ser considerados como elemento fundamental dentro del equipo de salud.

Consideraciones políticas:

Se ha sugerido que las burocracias sean reestructuradas de manera que las compensaciones lleguen a quienes efectivamente trabajan en el poder comunitario y que el poder sectorial ministerial sea descentralizado y permita una mayor respuesta a las iniciativas procedentes de la base (12).

El nivel de tecnología utilizado en el programa debe ser acorde al nivel de la comunidad.

Dentro de la organización los aspectos importantes para el éxito de la participación comunitaria se cuentan los canales de comunicación (17). La flexibilidad del programa, la intensidad de las interacciones del personal y participantes, tanto entre ellos como de la comunidad, la estructura para la toma de decisiones, los mecanismos de recompensa y los movimientos de personal (12).

Sin embargo el factor más importante quizás sea la estructura de poder; la gente se siente más inclinada a contribuir con tiempo, dinero y trabajo cuando la estructura les permite tener cierta ingerencia en el proyecto.

Martín (22) y Hervis (10, 16) han identificado diversas estructuras organizativas de poder que existen en programas de Atención Primaria a la Salud, entre las que se incluyen:

a). COMITES:

En la mayor parte de los casos cuenta con una pequeña estructura jerárquica compuesta por ciudadanos locales.

b). ASAMBLEAS:

Suelen organizarse para desarrollar funciones políticas y revisar las actividades y progresos del proyecto.

c). **LIDERES:**

Los beneficios de la participación resultan limitados o puramente instrumentales.

d). **TRABAJADORES:**

Comunitarios de Salud.

Por supuesto que existe una problemática potencial relacionada con los aspectos organizativos, destacando los siguientes (18):

- a). Apoyo inadecuado de las organizaciones comunitarias - (entrenamiento, asistencia organizativa y supervisión).
- b). Falta o disminución de la inversión de la comunidad - para determinar responsabilidad (toma de decisiones - en donde no participa la comunidad causando deserción en la participación).
- c). Tolerancia limitada de participación (la no inclusión de gente de la comunidad de ambos sexos)
- d). Educación insuficiente (provoca baja moral de los trabajadores y pérdida de confianza).

La promoción y el mantenimiento del personal y la salud en la comunidad es una tarea mucho más amplia que el simple suministro de servicios adecuados de salud. Hay muchos otros sectores formales íntimamente ligados a ésta actividad y se pueden incluir los educativos, agrícola, sanitario, industrial desarrollo comunitaria urbano y rural.

**MODELO ESTRUCTURAL DE UN SISTEMA INTEGRAL DE SALUD
BASADO EN A.P.S. Y SU IMPLEMENTACION EN LA
PRACTICA DEL MEDICO FAMILIAR**

Las políticas de los gobiernos, sus estrategias y los planes para poner en práctica y sostener la A.P.S. tendrán que desarrollarse en un ambiente capaz, donde las condiciones conduzcan a los principios de la Atención Primaria a la Salud en términos de un sistema de atención integrado (11) y que logre el éxito por:

- 1). Calidad de la Atención Individual
- 2). Mejorar el estado de salud de toda la población.
- 3). Utilizar más equitativamente los recursos de salud.
- 4). Ofrecer cobertura más amplia a la población.
- 5). Ejercer mas responsabilidad personal y control sobre el "Ambiente de salud".
- 6). Los servicios de salud deben ser eficaces, eficientes, accesibles y aceptables.
- 7). Tomar en cuenta las condiciones económicas, socioculturales y políticas del país y sus comunidades.
- 8). Implementación de los resultados relevantes de investigaciones relacionados con los servicios sociales, - biomédica y de salud.
- 9). Experiencia en salud pública.
- 10). Reorganizar los servicios de salud para enfrentar retos por medio del enfoque integrado a la salud, esto dirigió a prevenir enfermedades, promover la salud, atención médica para curación y rehabilitación adecuada, en base a un estudio continuo de las necesidades relacionadas con la salud y sus prioridades específicas.

Este modelo plantea la A.P.S. en toma multidimensional y - esta relacionado, en uno de los ejes con:

- a). Capacitación para la salud, para identificar, prevenir, controlar y resolver problemas de salud existentes.
- b). Alimentos y nutrición adecuada, promoviendo su calidad y mejorando el suministro.
- c). Medio ambiente saludable, relacionado con abasto de agua, instalaciones sanitarias indispensables y mejorar la calidad del aire.
- d). Salud materno - infantil y Planificación Familiar para mejorar el desarrollo de este binomio y favorecer el crecimiento y el desarrollo de la familia.
- e). Prevención de enfermedades abatibles por vacunación efectiva.
- f). Tratamiento efectivo de enfermedades y lesiones más frecuentes.
- g). Prevención y control de enfermedades más comunes.
- h). Abasto de medicamentos imprescindibles.

Otro de los ejes tiene que ver con los niveles de atención de servicios de salud:

Los sistemas de salud basados en la A.P.S. se identifican - programas porque prestan servicios en la localidad y a los -

cuatro niveles, dirigiéndose a las necesidades de la población en vez de solo prestar atención individual, tanto en el núcleo familiar como en el hogar, por medio de actividades comunitarias, conociéndole a este como la primera instancia de salud. En el primer nivel de referencia, generalmente se trata de una clínica, Centro de salud o Unidad de Medicina Familiar, lo cual sirve como puerta de entrada al sistema de salud. El segundo nivel esta constituido por un hospital donde existan especialidades básicas. El tercer nivel de atención son los correspondientes a los hospitales regionales, Centros médicos, donde existen todas las demás especialidades o subespecialidades.

La A.P.S. debe de apoyarse en sistemas de referencia integrales, funcionales y de ayuda mutua.

Como tercer eje de estudio se encuentra la infraestructura administrativa para la atención primaria a la salud, la cual esta constituida por:

- a). Sistemas de Información, los cuales son indispensables para evaluar a la comunidad, problemas y necesidades, monitorear programas e incorporar sistemas de retroalimentación.
- b). Acción administrativa cuya acción es primordial para planear y organizar programas integrales, así como - evaluaciones continuas.
- c). Desarrollo de recursos humanos: contratación, capacitación, supervisión, educación continua.
- d). Instalaciones planeación, diseño, localización, construcción equipamiento y mantenimiento de unidades.

- e). Logística: suministro, medicinas, transporte y comunicaciones.
- f). Investigación: Relacionada con los principios de - A.P.S. y orientada a la comunidad.

El último eje de estudio se refiere a lo relacionado con -- los medios para la acción administrativa y la cooperación - intersectorial.

Participación comunitaria: Un sistema de salud basado en -- A.P.S., tiene como base fundamental a los individuos y las comunidades, quienes tienen el poder y la responsabilidad de cuidar su propia salud y aumentar sus niveles de salud, por lo tanto. Debe de motivarse al personal profesional -- del sector salud para que acepte un nuevo concepto que per - mita a las comunidades involucrarse en la toma de decisio - nes de acuerdo a sus propias necesidades, en base a un - - diagnóstico de salud medio por la misma comunidad.

La participación comunitaria se ha interpretado como el me - dio de obtener el apoyo de la comunidad, así como su co - laboración con los proyectos diseñados fuera del sistema - para desarrollar la salud. Se considera una manera de - - crear una base organizada para que los residentes de la lo - calidad hagan públicas sus opiniones y puedan negociar sus inquietudes.

La participación comunitaria contiene cinco elementos indis - pensables:

- 1). Desarrollar una base organizada para facilitar la - participación comunitaria.

- 2). Fomentar la auto-confianza para lograr la participación.
- 3). La población local ejercer control directo sobre -- los recursos necesarios para fomentar la salud.
- 4). El apoyo continuo y el liderazgo que se proporcione a la comunidad deberá comprometerla a llevar el -- programa activamente.
- 5). Los líderes deberán ser de la comunidad lo cual favorecera su colaboración y apoyo.

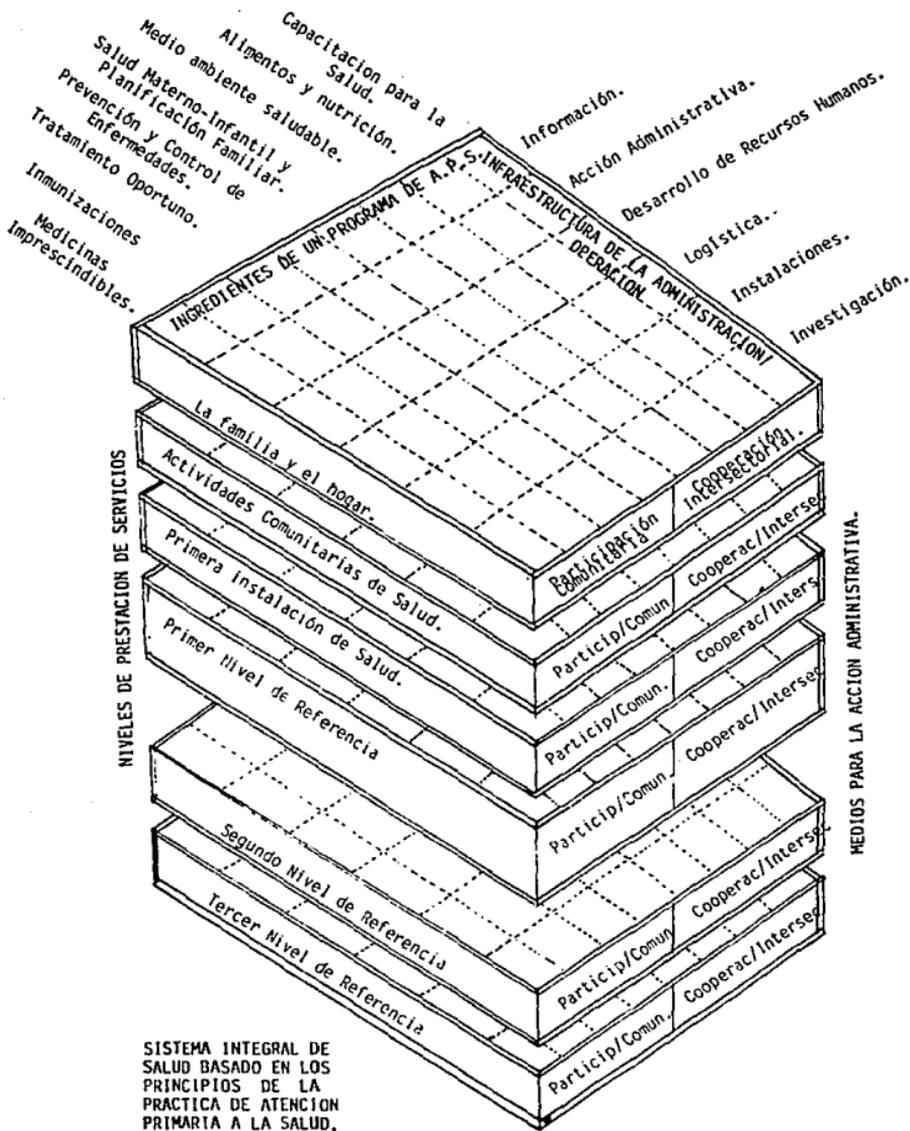
Colaboración Intersectorial:

La A.P.S. exige que exista colaboración entre los siguientes elementos:

- 1). Sector salud y otros sectores afines
- 2). Diferentes grupos de profesionales
- 3). Especialistas dentro de los equipos de salud
- 4). Sectores de la sociedad, la economía, el ambiente y la salud, la industria, la educación, las obras públicas de la comunidad.

Para poner en vigor la cooperación y la colaboración entre los sectores, es necesario que la infraestructura operativa se administre eficazmente a nivel local y por eso se -- apoyo en la voluntad política para descentralizar adecuadamente el manejo de la A.P.S. mientras que el control y la responsabilidad por la salud se dedica a los niveles prácticos más bajos. Es necesario también establecer lineamientos claros que puedan ser comprendidos con toda claridad e inteligencia por todas las personas involucradas en desarro

llar la salud y la sociedad a nivel local. La colaboración intersectorial exige y funciona mejor cuando hay un patrocinador de fondos, lo que mantendrá un sistema de calidad continúa. El poder compartir base de datos intersectorial -- ayudará a crear un sistema de información comparable, lo -- que permitirá evaluar necesidades, medir los niveles de salud, la administración, los costos y en general, revisar -- constantemente la política que llevan.



CONCLUSIONES

1. Existe un acuerdo con la definición de participación comunitaria de la OMS que se define como "El Proceso mediante el cual los individuos y las familias asumen la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y - al de la comunidad".
2. La participación comunitaria se sitúa en la estrategia de A.P.S. en los niveles ideológicos y práctico.
3. Las principales formas de participación comunitaria - son:
 - Mayor disponibilidad de servicios.
 - Mayor utilización de los servicios.
 - Modificación del comportamiento.
 - Realizando actividades comunitarias de salud.
 - Contribuyendo con recursos
 - Realizando funciones administrativas
4. La toma de decisiones y el grado de participación - real de las actividades son los factores clave de la participación comunitaria.
5. Posterior a "ALMA - ATA" se encontraron importantes beneficios de participación comunitaria:
 - Incremento de estatus sanitario y acceso a los medicamentos.
 - Desarrollo de autosuficiencia.
 - Definición de prioridades.
 - Servicios a menor costo.
 - Incremento de cobertura de programas

- Mayor sentido de responsabilidad social
- Incremento de liderazgo
- Integración del equipo técnico al contexto local
- Disminución de dependencia a profesionales

6. Los factores claves de la participación comunitaria son:

- La organización
- Estratificación social
- Modelos de liderazgo
- Estructura del poder
- Participación Voluntaria
- Participación de los grupos más pobres
- Apoyo logístico
- La selección y entrenamiento de los trabajadores comunitarios.
- La tecnología utilizada

7. Los riesgos de la participación comunitaria en la - Estrategia de A.P.S. son:

- Relevar de responsabilidad al gobierno
- Amenaza a autoridades políticas
- Apoyo a élites locales
- Desilusión de la comunidad por el fracaso

8. Con base en lo expuesto se concluye en forma general que la participación comunitaria es un elemento basico en la práctica de la Medicina Familiar.

9. Son causas de insuficiente participación de la comunidad las siguientes:

- Escaso adiestramiento - capacitación
- Inadecuadas políticas organizacionales
- Mala definición de funciones.

- Discontinuidad en el entrenamiento educacional
- Supervisión inadecuada
- Restricción de los recursos económicos
- Escasa evaluación

10. Para avanzar en el cumplimiento del derecho a la protección de la salud, para alcanzar mejores niveles de salud entre la población y para impulsar el bienestar y el desarrollo sociales con la salud, la estrategia de medicina familiar debe siempre de tomarse en cuenta.

11. Se deberá reforzar la idea de que la práctica de la Medicina Familiar tiene que ver con el análisis, interpretación y propuesta de solución a problemas de salud y que, en consecuencia, el ejercicio de la misma demanda, fundamentalmente, amplia capacidad clínica, que deberá ser probada reiteradamente por el especialista. En el momento en que los pacientes demanden la presencia de este personaje de la Atención Médica para la resolución de sus problemas de salud, se habrá dado un paso definitivo en la consolidación de esta especialidad.

RECOMENDACIONES

1. Deberán formarse equipos multidisciplinarios para los programas de salud preferentemente con participación de miembros de la comunidad elegidos por ellos mismos, con lo que se fomentara su aceptabilidad.
2. Establecer programa de entrenamiento de Salud Comunitaria, acorde con los objetivos de la A.P.S. de cada región.
3. Los capacitadores a cargo de estos programas deberán ser prácticos en la movilización de la comunidad, desarrollando la comunicación.
4. La supervisión debe ser parte activa del equipo de trabajo comunitario.
5. Dado que el trabajo comunitario requiere de mucho tiempo, debería ser remunerado en efectivo por parte de la comunidad o del gobierno.
6. Fortalecer la evaluación y monitorización involucrando a todo el Equipo de Salud coordinado por el Médico Familiar.
7. Deberán estimularse las organizaciones no gubernamentales a efecto de apoyar los esquemas de trabajo de Salud Comunitaria.
8. Fortalecer la implementación de Comites de Salud multisectoriales, para mantener la relación entre los sectores involucrados y la comunidad.

9. La tecnología utilizada deberá ser acorde con la comunidad de que se trate.

10. El Médico Familiar será aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica integral del individuo y de su familia y deberá contar con un cuerpo de conocimientos que le permitan realizar con eficiencia funciones técnico-médicas, técnico-administrativas y funciones de Enseñanza e Investigación específicas las que a través de su práctica diaria contribuyan al logro de los objetivos Institucionales.

B I B L I O G R A F I A

1.- Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, U.R.S.S, 6-12 de septiembre -- 1978. pags. 3-37.

2.- Miranda G. Participación de Recursos Humanos de las Instituciones de Seguridad Social y la acción comunitaria en las Estrategias Nacionales de Atención Primaria. Panamá. 1983.

3.- Organización para la Salud. Participación de la comunidad em la Salud y el Desarrollo de las Américas. Análisis de Estudio de casos seleccionados. Publicación científica número 473. Año de 1984. páginas 33-37.

4.- Organización para la Salud. La participación comunitaria en salud. Avances, prespectivas y retos. Cambio -- estructural. Guadalajara Jal. 1987. UNICEF.

5.-Zakus D. La participación comunitaria en los programas de Atención Primaria a la Salud en el Tercer Mundo. Salud Pública de México. 1988. Páginas 151-174.

6.- Salud para Todos en el año 2000. Documento de clase. Diplomado en Seguridad Social. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. I.M.S.S., The University of Birmingham. 1991.

7.- Atención Primaria. VIII Congreso Médico de la Seguridad Social. Panamá. 1983.

8.- Irigoyen A. Fundamentos de Medicina Familiar. Editor Fco. Méndez Cervantes. 1985. Páginas 149-154 y 173-180.

9.- Ley General de Salud del Gobierno de México. México. Editorial Porrúa. 5a. Edición. 1989.

10.-Da Gándara S. El concepto de Comunidad y su relación con los Programas de Salud. Educación Médica en Salud. - 1977. Vol. II, número 3. Páginas 205-234.

11.-Schofield D. Administración de la Atención Primaria a la Salud. Una perspectiva Internacional. Centro Interamericano de Estudios en Seguridad Social. I.M.S.S., The University of Birmingham. 1991.

12.-Téllez-Fernández I. Participación Social y Deserción. Editorial Umbral XXI. 1989. Páginas 27-31.

13.-Mosandu JO. Primary Health Care: Intersectorial integration for increased participation by communities. Kenya Nursing Journal. Vol.15 (1). Páginas 27-33. June 1987.

14.-World Health Organization. Strengthening the performance of community health workers in primary health care. Report of a WHO study group. Switzerland. 1989. -- Páginas 3-45.

15.-Vanaja R. Agentes comunitarios de Salud. Una fuerza en evolución. Foro Mundial de la Salud. Vol. 9 Número 2 O.M.S. Ginebra Suiza. 1988.

16.-W.H.O. Interaction between Health and social services and the Public in the provision of Health Care: Report on a W.H.O. working group, Granada España. 16 al 20 November 1987. Report No. WHO-EUR-PHC 330, World Health Organization, Copenhagen.

17.-O.M.S. Determinantes del Sistema de la Calidad en el cuidado Primario de la Salud. Ginebre Siuza. 1989. -- páginas 1-41.

18.-Programa Academico del Curso de Especialización en - Medicina Familiar. Depto. de Medicina Familiar U.N.A.M.- 1987. Pag. 3

19.- Plan Nacional de Desarrollo. 1989-1994. Poder Ejecutivo Federal. 1989. México.

20.- Narro J. La Medicina Familiar. Documento presentado en el V. Ciclo de diez simposios sobre la Administración de la Atención Médica. Academia Nacional de Medicina, -- México, D. F. 27-29 Noviembre de 1986.

21.- W.H.O. 1989: District Health Systems in Action. -- Ten years after Alma Ata experiences and future directions, report on a work shop. Neudrandenburg. G.D.R. 5 -9 december 1988. World Health Organization.

22.- Martin, Pa. Community Participation in Primary Health Care, 1983.

23.- Rojas. R. Guia para realizar investigaciones sociales, Textos Universitarios U.N.A.M. 1980.

24.- Festinger L. los Metodos de Investigación en las -
Ciencias Sociales Ed. Paidos. 1979.

25.- Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. De-
finición y Metodos de Evaluacion. La Prensa Médica Mexi-
cana, S. A. 1984.

I N D I C E

MARCO TEORICO:	- - - - -	2
INTRODUCCION	- - - - -	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- - -	12
HIPOTESIS	- - - - -	20
OBJETIVO GENERAL	- - - - -	21
OBJETIVO ESPECIFICO	- - - - -	22
METODOLOGIA	- - - - -	23
FUNDAMENTACION	- - - - -	27
DESARROLLO	- - - - -	30
MODELO ESTRUCTURAL DE UN SISTEMA DE SALUD BASADO EN LA A.P.S. Y SU IMPLEMENTACION EN LA PRACTICA DE MEDICO FAMILIAR	- - - - -	46
CONCLUSIONES	- - - - -	53
RECOMENDACIONES	- - - - -	56
BIBLIOGRAFIA	- - - - -	58
INDICE	- - - - -	62