



seminario

atención primaria de salud

ALGUNAS EXPERIENCIAS EN LA LINEA DE LA

=====

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD,

=====

DESARROLLADAS EN NUESTRO MEDIO POR EL

=====

EQUIPO DE SALUD DEL CLAEH

=====

- I. Introducción
- II. Trabajo con los Servicios de Salud Populares Privados
- III. El trabajo de la comunidad
 1. Lineamientos metodológicos
 2. Experiencias de trabajo con promotores locales de salud
- IV. Algunas conclusiones

Equipo de Salud del CLAEH:

Dra. Obdulia Ebole
Dr. Daniel Alonso
Br. Alvaro Arroyo
Dr. Luis Faral
A.S. Patricia Hauser
A.S. Iris Lauz
A.S. Miriam Mitjavila
A.S. Nair Moreira
Dra. Marta Napol

I. - INTRODUCCION -

La APS es una nueva forma de ver y de actuar en favor de la salud; es una nueva ordenación de las prioridades y de los recursos, que debe influir en todos los niveles y en todos los sectores relacionados con el fomento de la salud.

Este es el criterio señalado en Alma-Ata, como un proceso de respuesta a las necesidades de las poblaciones, y es el pensamiento que guía nuestras actividades de APS sustentados por el Departamento de Promoción del CLAEH.

A su vez, observamos las dificultades que implica la implantación de la APS en nuestro país, bajo condiciones negativas tanto desde el punto de vista de la estructura socio-económica como de las políticas sociales y, en particular, la de salud.

Por ese motivo, somos conscientes de que nuestros objetivos están dirigidos sólo a algunas de las varias dimensiones de la APS, pero que, sin embargo, consideramos de interés prioritario en el marco de la situación actual de nuestras unidades de trabajo.

Es así que, sin restarle importancia a otras dimensiones de la APS (asistencial, administrativa, tecnológica, etc.) dirigimos nuestro esfuerzo a promover desde las policlínicas populares privadas y las comunidades, la participación de la población organizada territorialmente para el análisis y la búsqueda de soluciones a los problemas de salud que la afectan.

Conviene aclarar que no pretendemos con ello que a este tipo de experiencias se les otorgue un carácter acabado de forma tal de procurar su réplica.

Por el contrario, nos interesa que nuestro trabajo con servicios de salud y sus respectivas comunidades, además de constituir un beneficio directo para las poblaciones que participen en esos programas, nos permita obtener elementos y conclu-

siones que se transformen en aportes a propuestas que, junto a otros sectores, se elaboren con carácter global.

A continuación nos referiremos a los aspectos más salientes del trabajo desarrollado por el equipo a dos niveles: policlínicas y comunidades.

Con las policlínicas populares privadas, los objetivos están dirigidos a que las mismas desarrollen condiciones organizativas y de orientación al trabajo en la línea de APS.

Esto se procura alcanzar a través de actividades de dos tipos:

- Al interior de las policlínicas, acompañando la consolidación de equipos de trabajo que integrando al personal, a los usuarios y a los vecinos tomen a su cargo la responsabilidad de iniciar estas actividades.

- A nivel de la coordinación entre las policlínicas apoyando no sólo la discusión y programación de actividades referidas a la orientación y proyección de estos servicios a las necesidades de la población, sino también la búsqueda permanente de problemas comunes y, en consecuencia, de acciones colectivas.

Por otro lado, en las comunidades, se generan condiciones que lleven a lograr la participación organizada de la población para encarar los problemas de salud, partiendo de esfuerzos ya existentes que, en términos de la movilización social de los sectores populares, surgieron en los últimos años.

Las formas de trabajo empleadas en cada barrio varían según las características de las situaciones inicialmente detectadas.

Sin embargo, el estilo de trabajo predominante se caracteriza por la acción de agentes locales de promoción de la salud integrados por personas del propio barrio, como son en nuestro caso las Comisiones de Salud y los grupos de promotores barriales de salud.

II. TRABAJO CON LOS SERVICIOS DE SALUD POPULARES PRIVADOS.

El trabajo que está realizando el Equipo de Salud del CLAEH, toma como base de acción los Servicios de Salud Populares Privados de Montevideo y sus respectivas "comunidades".

Denominamos Servicios de Salud Populares Privados a aquellas policlínicas barriales relacionadas con comisiones vecinales, instituciones religiosas, clubes sociales y deportivos, cooperativas de vivienda, y en general, toda aquellas sin fines de lucro, impulsadas por una motivación solidaria y vocacional.

1. Características de los Servicios de Salud Populares Privados.

1.1) De acuerdo a la información disponible existen alrededor de cincuenta, ubicados casi en su totalidad en barrios periféricos de Montevideo. En la mayor parte de las zonas constituyen el único servicio de salud en el nivel primario.

1.2) Brindan asistencia a un volumen considerable de población, especialmente a aquellos sectores más vulnerables de nuestra sociedad. Concurren a los mismos, en los distintos barrios, gran parte de la población sin cobertura, así como también personas con cobertura asistencial por el Ministerio de Salud Pública o las Instituciones de Asistencia Médica Colectivizada, por ser ser vicios más accesibles tanto geográfica como económicamente.

1.3) Dichos servicios son considerados, según una encuesta realizada en diciembre de 1984 en seis zonas de Montevideo (1), como el tipo de recurso para el barrio positivamente más valorado, seguido por comedor, alumbrado, cabina telefónica y guardería.

1.4) En cuanto a los recursos técnicos, materiales y financieros cuentan con grandes carencias. Las comunidades en general rea

(1) Encuesta Individual y familiar, realizada por el Equipo de Salud del Dpto. de Promoción del CLAEH, en el marco de una investigación operativa que orientó los programas de promoción de salud a nivel comunitario. Montevideo, dic.1984.

lizan un aporte que en la mayoría de los casos cubre una parte de sus necesidades, quedando el resto librado a donaciones que puedan existir. Es de destacar el aporte que alrededor del 80% de los técnicos realiza a través del trabajo honorario.

1.5) Con respecto a los enfoques de trabajo y criterios de acción, existe una amplia gama, desde las exclusivamente asistenciales hasta las que, además de cubrir el objetivo asistencial, desarrollan un trabajo de tipo promocional junto a la comunidad.

2. Razones de nuestro trabajo con los Servicios de Salud Populares Privados.

En el momento en que nuestro Equipo de Salud toma contacto con esta realidad (año 1982), para nosotros adquieren especial relevancia algunos aspectos que queremos destacar:

2.1) El importante contingente de recursos humanos técnicos y no técnicos motivados por un sentimiento solidario y de servicio; éste, con gran esfuerzo, ha impulsado y mantenido funcionando a estas policlínicas durante varios años, dando lugar a una valiosa respuesta espontánea de la población a la falta de una real y efectiva organización sanitaria y al deterioro económico y social sufrido por el país en los últimos años.

2.2) A pesar de las graves limitaciones que han debido enfrentar estos servicios, como la escasez de recursos, el trabajo honorario, el aislamiento, la falta de coordinación con los niveles superiores de atención y la inexistencia de una política sanitaria nacional que priorizara el nivel primario de atención, éstos contaban con un potencial humano muy importante cubriendo un vacío asistencial, en estrecho contacto con las comunidades y dispuesto a iniciar un proceso de acercamiento y reflexión a fin de analizar y superar las carencias percibidas y tratar de transformar el rol desempeñado hasta el momento.

2.3) En muchos de estos servicios, además, se estaba iniciando un proceso de cambio de rol y comenzaban a relacionarse con otras actividades barriales, tales como comedores, llas populares,

cooperativas de consumo, guarderías, etc. superando una concepción estrecha de la salud y en el marco de una mayor dinamización social que se dió en los barrios de Montevideo, cuya base era la canalización de una participación social, de otros modos vedada en el país en esos momentos.

2.4) Buena parte de estos servicios constituían, a pesar de las carencias señaladas, puntos de referencia importantes para la instrumentación de programas de salud a nivel comunitario, ya que estaban abriéndose al barrio y contaban con el apoyo de la población.

3. Proceso de trabajo con los Servicios de Salud Populares Privados.

Las razones antes señaladas nos llevaron a un doble abordaje de esta realidad:

- por un lado, el trabajo dentro de las policlínicas con los técnicos y otro personal actuante, así como con los usuarios y otros grupos de la comunidad;
- y por otro lado, el trabajo con el conjunto de los servicios en la resolución de problemas comunes.

3.1) Trabajo dentro de las policlínicas

Cada uno de los servicios de salud populares privados cuenta con una realidad diferente en relación a las características ante mencionadas.

Nuestro equipo dedicó su esfuerzo al trabajo en tres de ellas. El mismo se orientó, no tanto a los aspectos tecnológicos y administrativos del servicio sino a: - la consolidación de equipos de trabajo con carácter interdisciplinario;

- el fomento de la participación de los vecinos en los distintos niveles de gestión de estos servicios;

- la orientación a un trabajo de promoción de la salud, con criterios de APS.

Vamos a señalar algunas de las características de la integración de los equipos de estas tres policlínicas:

- en una, técnicos y otros colaboradores desarrollaban sus tareas sin coordinación y sin participación de los vecinos;
- en otra, las tareas eran llevadas adelante por un equipo de vecinos con una escasa participación de los técnicos en la misma;
- y una tercer policlínica, donde actuaban coordinados un equipo de técnicos y otro de vecinos.

Nuestro abordaje no consistió en el planteo de un modelo predeterminado de servicio, sino que impulsamos la consolidación de los equipos preexistentes para que fueran ellos los que establecieran los objetivos según las características de cada zona.

En estos equipos propiciamos el trabajo interdisciplinario y promovimos la integración de técnicos y representantes de la comunidad. Se trata este de un trabajo sumamente laborioso que insumió muchas horas de dedicación y de discusión en el que nuestra función fue básicamente orientadora en pro de una acción unitaria policlínica-comunidad.

Los grupos pudieron llegar a elaborar su propio plan de trabajo, con objetivos alcanzables, limitados a sus posibilidades y recursos.

Consideramos que este trabajo se encuentra todavía en sus primeras etapas y vamos simplemente a señalar algunas de las actividades y lineamientos que se han impulsado en estos servicios:

- Una de las etapas fundamentales en el logro de un cambio en la relación policlínica-barrio fue la realización de un diagnóstico participativo del barrio y sus problemas de salud.

Algunos de los instrumentos que se utilizaron para la realización del mismo fueron: reuniones con vecinos, charlas en la sala de espera, diálogos en cada consulta, entrevistas a informantes calificados.

Juntos los técnicos y los vecinos fueron descubriendo su propia realidad y buscando soluciones viables a aquellos problemas detectados y que decidieron abordar.

- Este conocimiento de la realidad permitió planificar algunas tareas de educación para la salud que se realizaron fundamentalmente a través de charlas, boletines y visitas domiciliarias, dependiendo su contenido de las características y problemas de cada zona y de la participación de los vecinos en las diferentes instancias.

- Se impulsó además la integración de los usuarios a través de tareas concretas del servicio, tales como la administración y finanzas, trámites para la gestión del carné de asistencia y divulgación hacia el barrio de las actividades de la policlínica.

- Se fomentó la formación de grupos de vecinos que mediante su integración a la policlínica se fueran acercando al concepto global de la salud, y a su vez, participaran en la toma de decisiones junto a los técnicos, generando un proceso interactivo entre los técnicos por un lado y la población por otro, tratando de no generar situaciones de dependencia entre ambos grupos.

- Se orientó a que el servicio fuera receptivo a las necesidades que, en materia de salud, expresara la comunidad y lo suficientemente motivador para que la población organizada pudiera ir buscando vías de solución a los problemas planteados.

Como veremos a continuación, algunos de los aspectos trabajados al interior de estas policlínicas nuestro equipo los abordó desde la perspectiva de trabajo con el conjunto de los servicios.

3.2) Trabajo con el conjunto de las policlínicas populares privadas.

En una segunda línea de trabajo, nuestro equipo se planteó comenzar un trabajo promocional con el conjunto de las policlínicas populares privadas de Montevideo, convocando a sus integran-

tes a iniciar un proceso de acercamiento entre ellas para discutir sus distintas problemáticas, buscar una orientación común y lograr un enfoque globalizador para el conjunto de estos servicios.

Se comenzó así con la realización de encuentros periódicos que contaron con la participación de técnicos y vecinos de cada barrio integrados al trabajo de los servicios. Nuestro equipo de salud los acompañó en cada una de estas instancias promoviendo su participación activa y la creación de grupos de trabajo que profundizaran los temas tratados.

Considerando el tiempo transcurrido desde el inicio de este trabajo, podemos hoy señalar como aspectos más relevantes del proceso vivido por las policlínicas, los siguientes:

- La existencia de policlínicas con orientaciones diferentes determinó la necesidad de definir objetivos comunes y la explicitación de los mismos al interior de cada una de ellas. Este proceso de definición de objetivos partió de un cuestionamiento al rol exclusivamente asistencial, apuntando a desarrollar una orientación que enfatizara los aspectos preventivos y promocionales y priorizara la participación de la comunidad en las acciones de salud.

Considerando las dificultades del trabajo interdisciplinario, el escaso tiempo disponible y las diferencias en formación, estos cambios han requerido, en el seno de cada policlínica y como primer paso, un importante esfuerzo en conformar y consolidar equipos de técnicos y de vecinos.

Cabe destacar el análisis que realizaron las policlínicas acerca de los principales fundamentos de la participación comunitaria, partiendo de su propia experiencia.

Es así que afirman en 1983:

- "La tarea meramente asistencial crea dependencias y una actitud pasiva en el usuario. La policlínica debe, en cambio, ayudar a que cada uno asuma la responsabilidad de su propia salud."

- "La participación de la población es un elemento indispensable en el proceso de transformaciones de lo asistencial a lo promocional" (2).

También afirman que la participación de la comunidad no debe reducirse a la colaboración en el mantenimiento y funcionamiento del servicio, sino que es fundamental que la comunidad participe también en la toma de decisiones en la gestión del mismo.

Como podrá comprenderse, todo este proceso fue requiriendo la realización de actividades de capacitación que alimentaran las instancias de reflexión y discusión y en las que participamos como equipo de salud. Los temas encarados reflejan, sin lugar a dudas, los avances alcanzados. Las principales áreas temáticas abordadas fueron:

1. Conocimiento de la realidad del barrio en vistas a la práctica de una policlínica.
2. La participación de la comunidad en programas de salud.
3. Atención Primaria de Salud: conceptos fundamentales.

- Es entonces que, como resultado del trabajo emprendido, comienza a perfilarse la necesidad de constituir un organismo coordinador como vínculo más estable. En febrero de 1984 se constituye la Coordinadora de Policlínicas Populares Privadas de Montevideo, decisión respaldada en ese momento por 17 policlínicas.

La Coordinadora aparece como el instrumento para lograr el nucleamiento de las policlínicas barriales y es el fruto de más de dos años de trabajo conjunto de personas pertenecientes a los equipos de las policlínicas, convocadas y acompañadas por nuestro equipo de salud. Este esfuerzo se orienta a la creación y consolidación de espacios y formas de participación social para hacer efectivo el derecho a la salud.

(2) Conclusiones de trabajo del "II Encuentro de Policlínicas Populares Privadas de Montevideo" realizado en mayo de 1983.

En ocasión de aprobarse un documento que recoge los principios y objetivos de la Coordinadora se estableció lo siguiente:

"Las policlínicas que estamos coordinando, en la mayoría de los casos comenzamos nuestro trabajo como forma de cubrir un vacío asistencial. Sin embargo, en nuestra práctica, hemos ido descubriendo que nuestro quehacer tiene alcances transformadores y constituye una alternativa para la salud popular.

Es así que nuestra acción en el campo de la salud apunta también a un cambio hacia un modelo de sociedad donde se haga efectivo el derecho a la salud como derecho humano fundamental, tal como ha sido definido por la OMS. Este cambio no puede darse, en forma aislada, sino en vinculación con un plan nacional de salud."

Entre los objetivos de la coordinación cabe destacar el énfasis puesto en lograr una orientación común en el marco de la estrategia de la APS para lograr la efectiva participación de la comunidad en las acciones y en las decisiones de cada policlínica y en la coordinadora.

También se coincidió en la estrecha relación existente entre la realidad de estos servicios y la problemática de la salud del país. En este sentido, en oportunidad de desarrollarse distintos eventos vinculados al tema Salud, la Coordinadora participó planteando sus puntos de vista en la línea de la Atención Primaria de Salud.

Así es que participó, por ejemplo, en la Comisión de Salud de la Concertación Nacional Programática; las policlínicas presentaron un documento que reflejaba los principios y objetivos acordados en conjunto y manifestando además su decisión de integrarse a un Servicio Nacional de Salud.

Hemos pretendido ofrecer a modo de síntesis, un panorama sobre las actividades que nuestro Equipo de Salud ha venido desarrollando con el conjunto de las policlínicas populares privadas de Montevideo y, por otro lado, sobre el trabajo más reciente al interior de tres de estos servicios.

III. EL TRABAJO CON LA COMUNIDAD

1. LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS-

El trabajo con la comunidad constituye un nivel prioritario de actuación de nuestro Equipo en el marco de las actividades que desempeña en el área de la promoción de la salud.

Esta línea de trabajo tiene por finalidad contribuir, a través de un limitado número de experiencias, a encontrar caminos para que la población desde la propia comunidad participe activamente en las diferentes instancias de reflexión, de toma de decisiones y de gestión de los programas de salud locales.

La participación de la comunidad, entendida como la población territorialmente organizada en estructuras de carácter representativo, permite que los programas de salud se conviertan en auténticas respuestas a las necesidades e intereses de los habitantes.

En una etapa inicial como la actual, parece conveniente orientarse al logro de esa finalidad promoviendo y desarrollando formas de participación popular a través de actividades concretas que convoquen a vecinos, grupos, organizaciones y servicios de salud barriales para trabajar en la resolución de los problemas planteados.

Desde esa perspectiva, nuestro grupo del CLAEH coordina acciones a nivel comunitario en seis zonas o barrios de Montevideo en los que se desarrollan experiencias de trabajo que cuentan con la participación no sólo de vecinos individualmente, sino también de otros recursos y formas de organización barriales como los siguientes:

- Las policlínicas que otorgan en la mayor parte de los casos el impulso inicial al trabajo barrial en el área de la salud.

- Instituciones tales como clubes sociales y deportivos, comedores populares, comisiones de fomento, parroquias, escuelas, etc.

- Grupos de vecinos de diferente tipo: de jóvenes, de padres de niños que concurren a comedores, de apoyo a las actividades de las policlínicas, etc.

La combinación de esfuerzos provenientes de estas diferentes formas de organización barrial actualmente tiende a cristalizarse en una estructura única de trabajo que los comprenda a todos y tenga a su cargo la identificación, el análisis y la administración de soluciones a los problemas de salud de la zona.

Este tipo de aproximación a la APS presenta variaciones según las características de cada zona o barrio. Sin embargo, consideramos que, globalmente observadas, estas experiencias tienen en común su apoyo en tres pilares esenciales: los servicios de salud, la identificación de los problemas que afectan la salud de la población y las formas de organización destinadas al tratamiento de dichos problemas.

A continuación, nos referiremos solamente a los aspectos más salientes del trabajo barrial edificado sobre estos tres pilares.

1.1. El papel de los servicios de salud. Al respecto llevamos a cabo diversas actividades con el fin de promover la integración de las policlínicas a las acciones barriales colectivas.

El trabajo desarrollado en esta línea sugiere que el abordaje comunitario de los problemas de salud es inviable o, al menos, encuentra serios obstáculos si no se cuenta con servicios de salud que, en cada barrio o zona, cumplan un papel dinamizador en la implementación de estrategias de APS. Como se señaló anteriormente, esto exige adecuar la estructura y el funcionamiento interno de las propias policlínicas a las necesidades planteadas por un enfoque de este tipo.

Por otro lado, importa destacar algunos aspectos que, a la luz de la práctica realizada, indican componentes básicos del rol de las policlínicas privadas en el nivel actual de organización de la comunidad.

Son éstos:

- Integración de estos servicios a las organizaciones barriales de salud, junto a otras instituciones y grupos locales.
- Prestación de apoyo técnico y asesoramiento a dichas organizaciones en las etapas de diagnóstico, formulación y ejecución de planes de trabajo.
- Participación activa de estas policlínicas en tareas educativas que, desde el punto de vista pedagógico, otorguen recursos a la población para establecer las conexiones necesarias entre los problemas detectados y sus efectos sobre la salud.

Finalmente, nos interesa subrayar que en aquellas áreas en las cuales las policlínicas participaron más activamente a través de alguna o varias de las formas mencionadas, se obtuvieron resultados más positivos en términos del alcance de las acciones de promoción de la salud realizadas.

1.2. La identificación de los problemas vinculados a la salud.

Este constituye el segundo pilar en el que se apoyan las tareas de coordinación y asesoramiento de nuestro equipo a las comunidades. Estas apuntan fundamentalmente a lograr que la propia población pueda identificar los problemas, discutir las relaciones existentes entre éstos y el estado de salud de la comunidad y, por último, determinar las posibles soluciones y su instrumentación.

Ahora bien, ¿qué entendemos por problemas vinculados a la salud?. En la medida que la respuesta toma en consideración las condiciones actuales de los barrios para desarrollar las actividades en la línea de la APS, conviene hacer dos precisiones.

En primer lugar, no se hace referencia aquí a los problemas observados por el equipo del CLAEH, sino a aquellos identificados por la propia población de los barrios. Esto no significa que en el desarrollo de los programas en curso, no elaboramos nuestros propios diagnósticos sobre los problemas de salud.-

En segundo lugar, se considera metodológicamente apropiado partir de los problemas inmediatamente detectados por los agentes barriales a efectos de facilitar la movilización y la organización comunitaria allí donde no existen bases organizativas previas.

Con esta orientación general, y a través de distintos mecanismos (encuestas, asambleas de vecinos, entrevistas, etc.) se pone de manifiesto la presencia de problemas genéricamente comunes a los distintos barrios y en torno a algunos de los cuales se desarrollaron experiencias de trabajo.

En efecto, situaciones vinculadas a problemas tales como la ausencia de saneamiento y de agua potable, la presencia de basurales y otros vinculados a desocupación, bajos ingresos y graves carencias en materia de alimentación, dieron lugar a la elaboración, por parte de grupos de las poblaciones afectadas por ellos, de diagnósticos de situación que en cada barrio permitieron ubicar dichos problemas en contextos más amplios de la realidad nacional.

De esta forma, se determinaron prioridades y se planificaron actividades orientadas a reivindicar las necesidades asociadas a los distintos problemas, a canalizar adecuadamente las demandas a otros niveles y a actuar en el desarrollo de las soluciones. Un ejemplo de organización de la población en torno a la ausencia de agua potable y sus efectos sobre el estado de salud se describirá más adelante en el curso de esta ponencia.

1.3. Las formas de organización barrial.

Como se señalaba al comienzo, las características que adopte el tipo de organización o de estructura a través de la cual la población pueda encarar el tratamiento de los problemas de salud se convierte en uno de los pilares esenciales del desarrollo actual del trabajo comunitario.

Al animar y coordinar la creación de estructuras iniciales de trabajo en cada barrio tuvimos en cuenta algunos criterios como los siguientes:

- Iniciar las experiencias desde las policlínicas barriales como organizaciones encargadas de impulsar las propuestas de trabajo.

- Identificar los grupos y las organizaciones barriales que, de acuerdo a ciertos criterios de decisión, manifiestan estar en condiciones de incorporarse a la primera etapa del trabajo comunitario por la salud.

- Tener en cuenta los procesos de promoción social que con carácter previo o en curso existen en cada barrio.

- Iniciar las actividades alrededor de las necesidades inmediatas de los vecinos.

- Especialmente, evitar la dependencia de agentes de promoción de la salud externos a las unidades barriales. Por ese motivo, delimitamos nuestro rol al desempeño de tareas de animación, coordinación y asesoramiento toda vez que los grupos de trabajo lo estimen conveniente.

Precisamente con la finalidad de evitar la cristalización de situaciones de dependencia, en algunos de los barrios se procedió a **utilizar un** estilo de organización del trabajo cuyo rasgo central es la creación de agentes locales de promoción de la salud. Se trata de grupos de trabajo que comprenden en cada zona una Comisión de Salud y un grupo de Promotores Barriales.

Las Comisiones de Salud están integradas por personal de las policlínicas, vecinos y miembros de los grupos e instituciones incorporadas a esta primera etapa del trabajo comunitario.

Las Comisiones de Salud junto con los Promotores barriales constituyen el centro de toma de decisiones, de planificación y de coordinación de las acciones orientadas a la promoción de la salud en el barrio.

En términos generales, estos grupos tienen a su cargo o tienden a asumir funciones como las siguientes:

- * Identificar junto con la población los problemas más importantes que afectan la salud.
- * Orientar la determinación de prioridades.
- * Elaborar los planes de trabajo que establezcan objetivos alcanzables.
- * Coordinar las acciones emprendidas por los diferentes agentes que intervienen en la ejecución de los planes de trabajo.
- * Poner en práctica los mecanismos que favorezcan la participación de la población en las diferentes instancias.
- * Orientar distintos tipos de coordinación con otros niveles institucionales, locales y nacionales.
- * Evaluar periódicamente el trabajo.
- * Contribuir a la creación de una estructura organizativa que, con carácter más acabado, atienda adecuadamente las necesidades y los intereses de la población en la resolución de los problemas que inciden negativamente sobre la salud.
- * Actuar considerando la posibilidad de que los procesos de trabajo que están bajo la responsabilidad del grupo se integren a proyectos más globales de promoción social y sectorial que involucren a la población de la zona.

En cuanto a las funciones específicas de las Comisiones de Salud y de los Promotores, estas varían según los barrios. En general, existe una línea divisoria que asigna a los promotores el trabajo de campo directo en la ejecución de actividades, mientras que las Comisiones de Salud tienden a asumir funciones más globales, administrativas y de coordinación general.

Por la importancia que otorgamos al papel de los agentes promocionales pertenecientes a los propios barrios, se describen a continuación los aspectos más relevantes contenidos en las instancias de selección y capacitación de los promotores barriales.

2. PRESENTACION DE LA EXPERIENCIA DE SELECCION, CAPACITACION Y ACCION DE PROMOTORES BARRIALES DE SALUD.

Lo que vamos a exponer ahora es una experiencia concreta realizada en tres barrios de la ciudad de Montevideo y que aún si gue funcionando en dos de ellos.

Importa señalar que la misma se desarrolló en el último año del período dictatorial, durante el cual las actividades de grupo estaban todavía limitadas, por el gobierno por un lado, y por otro por el temor de la propia gente a participar en las mismas.

Dicha experiencia se fundamentó en la necesidad de buscar formas de participación de la comunidad en actividades de salud y de enfatizar la promoción y prevención, que fueran respuestas a las características de las zonas periféricas de Montevideo.

Hasta ahora hemos señalado reiteradamente que para lograr la participación comunitaria en las acciones de salud es indispensable contar con agentes que dinamicen y movilicen a los individuos y a los grupos de una zona, los que mediante un proceso de organización podrán tener una participación más efectiva, tanto en la visualización de los problemas, así como en la programación y ejecución de las acciones tendientes a la solución de los mismos.

Nosotros pensamos, por distintas razones, que esos agentes dinamizadores de la comunidad - en particular a los que en nuestra experiencia llamamos "promotores de salud" - debían de surgir del seno de la misma comunidad, del mismo barrio:

- En primer lugar por nuestra convicción de que los propios vecinos son perfectamente capaces de entender los problemas de salud con que tropiezan y de participar de manera creadora en las intervenciones sanitarias que ellos mismos hayan ideado para resolverlos;

- Además pensamos que la pertenencia de los promotores a la propia comunidad:

a) supone un conocimiento más profundo y cercano de la población y de sus problemas de salud, y un contacto cotidiano con ellos;

b) es en sí mismo, un elemento de motivación de los promotores para la tarea, ya que trabajarán para elevar el nivel de salud de su propia comunidad;

c) facilita la aceptación por parte de la población de la labor de los promotores;

d) contribuye a establecer una mejor comunicación entre el promotor y los vecinos o grupos, discutiendo de igual a igual los problemas que éstos perciben que afectan su salud;

e) estimula y motiva a participar a otras personas de la comunidad, que habitualmente permanecen ajenas y pasivas frente a los problemas de salud del barrio;

f) por último, pero no menos importante, pensamos que contar con promotores de salud del propio barrio asegura, en lo posible, la realimentación y la permanencia de un trabajo de la población en las actividades de Atención Primaria de Salud de la zona.

Selección de Promotores Barriales de Salud.

Para realizar la selección de estos promotores partimos de las Comisiones de Salud, previamente constituídas en los tres barrios.

Estas Comisiones de Salud debieron discutir y definir primero, el tipo de promotor necesario. Así vimos que las experiencias de otros países en las que los promotores funcionan como "auxiliares médicos" realizando básicamente actividades de tipo asistencial y curativo, no se adecuaban a la realidad de nuestro departamento, que cuenta con un elevado número de técnicos en el área de la salud.

Se vio necesario, entonces, poner especial énfasis en el aspecto educativo, promocional y de carácter preventivo que tendría que tener la labor del promotor. Este sería básicamente un educador que partiendo de un conocimiento profundo de la gente, de los problemas de salud y de los recursos de la zona, trabajaría - junto a los vecinos - en la creación de formas organizativas de tipo barrial o comunitario destinadas a enfrentar esos problemas.

Es así que se pasa entonces, con las Comisiones de Salud, a definir los criterios para seleccionar a los promotores, considerándose entre los más importantes los siguientes:

- el grado de integración al barrio (el tiempo de residencia, las actividades que desarrolla la persona en el barrio);
- el grado de conocimiento, de interés y de preocupación por los problemas del barrio;
- la experiencia anterior en trabajos con grupos;
- ciertas características personales que facilitan el trabajo de promoción (como por ejemplo: la facilidad de comunicación con la gente, el respeto por las opiniones ajenas);
- la disponibilidad de tiempo para dedicarle a esta tarea voluntaria;
- y, como exigencias mínimas, el tener Educación Primaria completa y más de 18 años de edad.

La Comisión de Salud en cada barrio, a través de sus miembros o de las organizaciones a que ellos pertenecen, fue confeccionando una lista de personas que podrían cumplir con estos requisitos. Todas las personas nombradas fueron entrevistadas individualmente por nosotros, y la Comisión de Salud luego de analizar las entrevistas seleccionó a las que consideró más capaces de desempeñar la labor en el barrio.

Capacitación de Promotores Barriales de Salud.

Una vez seleccionado el grupo de promotores, llevamos a cabo en cada barrio, una serie de ocho reuniones de capacitación

a lo largo de un mes; en las mismas participaron todos los miembros de la Comisión de Salud y los promotores. Un médico y un asistente social de nuestro equipo tuvieron a su cargo, en cada barrio, la preparación y la coordinación de cada una de estas reuniones.

La capacitación abarcó dos grandes áreas temáticas:

1) por un lado, todo lo relativo al conocimiento del barrio: sus características, la identificación de sus problemas y el análisis de sus recursos, tanto organizacionales como humanos y materiales. También incluyó elementos de programación y de evaluación de actividades, y el aprendizaje de distintas técnicas de trabajo grupal.

2) por otro lado, el área de temas que tienen relación directa con la salud individual y colectiva. Trabajando a partir del concepto de salud que ve a esta como la resultante de los componentes del nivel de vida, el grupo fue descubriendo los diversos factores del macro y del microambiente que inciden sobre la misma, y la interrelación agente-huesped-ambiente, Además de reconocer en el ambiente barrial los problemas que participan en el estado de salud del barrio, el grupo analizó las conductas habituales frente a algunos de esos problemas.

En otra sesión se describieron y reconocieron los factores que intervienen en el equilibrio de salud de cada individuo, y se discutieron los principios acerca de la conducta preventiva.

Otra de las sesiones fue dedicada a descubrir los elementos más importantes que inciden en la percepción de los problemas de salud, en la demanda de los servicios y en su uso adecuado para la obtención de los resultados deseados, tanto a nivel de los problemas sanitarios individuales como colectivos; en esta oportunidad se realizó una dramatización (role-playing) que mostró algunas de las diferentes actitudes de los vecinos frente al planteo de un problema de salud que afecta al conjunto del barrio.

En estas jornadas se utilizó una metodología de trabajo que puso especial énfasis en la participación activa de cada uno de los miembros del grupo, basándose en sus propias vivencias y experiencias en el barrio y utilizando, además de la discusión en plenario, el trabajo de subgrupos, la elaboración de síntesis en rotafolios, la participación en juegos y en dramatizaciones. El máximo esfuerzo estuvo dirigido a que los adultos aprendieran a reunirse, a escucharse, a descubrir juntos los problemas que los afectan, a enfrentarse a ellos buscando, en forma cooperativa, la solución de los mismos y a elaborar y evaluar un programa de actividades.

Una vez culminada esta etapa, la Comisión de Salud y el grupo de promotores pasó a reunirse semanalmente y se dedicó a elaborar sus programas de trabajo.

Acción de los Promotores Barriales de Salud.

Luego de varios meses de labor de los promotores en el barrio, podemos decir que básicamente se utilizaron dos formas de trabajo:

- 1) trabajar junto con grupos ya organizados de la comunidad y en torno a sus intereses;
- 2) trabajar a partir de un problema del barrio con los afectados por el mismo, constituyendo un grupo, analizando el problema y buscando soluciones para el mismo.

Como ejemplo de la forma de trabajo con grupos ya organizados, podemos decir que en un barrio el grupo de promotores trabajó con una Comisión de Fomento del mismo. Esta estaba interesada en la creación de un Servicio de Primeros Auxilios en una zona con difícil acceso a los servicios de salud, y se habían planteado realizar una encuesta para validar esta acción. Los promotores colaboraron en todas las instancias de preparación, ejecución y evaluación de la encuesta.

Al margen de los resultados de la misma, estas tareas permitieron a los promotores no solo interesar a los miembros de la Comisión de Fomento por otros problemas de salud del barrio, sino también contactar con muchas de las familias que fueron encuestadas. Es de resaltar que buena parte de la población participó en la realización de la encuesta y en la visualización de otros problemas de salud del barrio.

Como ejemplo de la estrategia de trabajar a partir de un problema de salud, citaremos la labor de los promotores con los individuos y familias residentes en un pequeño barrio, que contaba con una situación sanitaria deficitaria y donde existía en ese momento, un importante foco de hepatitis. Los promotores visitaron a las 40 familias de la zona, presentándose y preguntándoles por los problemas o necesidades que ellos percibían en el barrio que más afectaban su salud, y si estarían dispuestos a participar junto a otros vecinos para buscar soluciones comunes.

Los problemas percibidos por esta población fueron varios, muchos de los cuales tenían que ver con la ausencia de servicios públicos de nivel básico, como la falta de red de agua potable, de saneamiento y de servicio de recolección de residuos, otros incluían la existencia de basurales, de roedores y de zonas inundadas por desniveles de terreno y carencia de una canalización adecuada. En especial las familias numerosas se refirieron a la malnutrición, por no poder adquirir alimentos y cómo esto afectaba la salud, sobre todo de los niños.

Luego los promotores invitaron a esta población a participar en una primera reunión, donde se trataron cada uno de estos problemas y su vinculación con la salud. El número de vecinos interesados en participar en la búsqueda de soluciones fue aumentando y en sucesivas reuniones, dada la cantidad de problemas, decidió dar prioridad a dos, atendiendo a su gravedad y al grado de preocupación manifestado en la población:

- la carencia de agua potable
- la malnutrición.

Así se constituyeron grupos de trabajo para cada uno de los dos problemas seleccionados, buscando siempre el máximo de participación.

Sin pretender ahora ahondar en detalles sobre estas actividades, nos interesa destacar que la movilización y la participación de los vecinos culminó, luego de intensas gestiones, en la obtención de la prolongación de la red de agua potable hasta el barrio, por un lado, y por otro, al unirse con vecinos de otras zonas en la organización de un comedor popular que funciona en el local de la policlínica barrial durante los fines de semana, atendiendo a casi un centenar de niños.

Los resultados obtenidos con estas experiencias, nos permiten pensar en la posibilidad de que tengan un efecto multiplicador en barrios o policlínicas donde se tienda a valorar positivamente la presencia de agentes locales de promoción de la salud.

Desde esta perspectiva esperamos integrarnos al conjunto de esfuerzos existentes, que aspiran lograr la participación activa de la población en la implementación de estrategias de APS a nivel local.

IV. ALGUNAS CONCLUSIONES

Hasta aquí hemos presentado los aspectos más relevantes de nuestra experiencia de promoción de la salud que, en la línea de la APS realizamos en algunos barrios de Montevideo.

Como pudo observarse, hacemos hincapié en los aspectos de organización y participación de la población para descubrir, analizar y actuar planificadamente en la resolución de los problemas de salud que la afectan.

Desde esta perspectiva se desarrollaron actividades de tres tipos:

- Al interior de las policlínicas populares privadas procurando que las mismas puedan adecuar su estructura y funcionamiento a los requerimientos de un trabajo comunitario por la salud.

- Con el conjunto de las policlínicas coordinando la combinación de esfuerzos entre los servicios, de manera que estos puedan actuar colectivamente en su orientación a la APS.

- En la organización de la comunidad, promoviendo la participación de la población a partir del trabajo de agentes locales de promoción de la salud: Comisiones y Promotores Barriales.

En la medida que estas experiencias aún no han concluído, actualmente no nos encontramos en condiciones de identificar con cierto rigor los logros y las dificultades planteadas.

Sin embargo, nos parece importante señalar algunos aspectos que, en términos de conclusiones, queremos poner en común:

1. Acerca de las policlínicas señalamos:

- La ausencia de instancias formales e informales de capacitación para el personal de los servicios, de forma tal que lo habilite para el desempeño de tareas en la línea de la APS.

Al mismo tiempo hemos podido detectar entre el personal de varias policlínicas potencialidades y un elevado nivel de motivación que contienen demandas de capacitación de difícil satisfacción con los recursos actualmente disponibles.

- La necesidad de que estos servicios puedan incrementar su nivel asistencial, extendiendo su cobertura a toda la población local y brindando servicios eficientes. Ello favorecerá tanto la integración de la población al servicio como la legitimidad de las acciones comunitarias que el mismo impulse.
- La imprescindible conexión y coordinación de estos servicios con todos los niveles de atención de la salud que corresponda.
- La necesidad de que los servicios participen activamente en la organización barrial que tenga a su cargo el tratamiento de los problemas de salud. Nuestra experiencia indica que a mayor integración de las policlínicas a estas actividades se obtienen mejores resultados desde el punto de vista organizativo y de participación de la población.

2. Acerca del trabajo con la comunidad, queremos señalar:

- La importancia de la participación activa y organizada de la población en las actividades de promoción de la salud. Ello garantiza que los programas a aplicar respondan auténticamente a las necesidades e intereses de la población.
- El impacto positivo de la utilización de agentes de promoción de la salud, integrados con los recursos humanos y organizativos de los propios barrios.
- La iniciación de actividades bajo propuestas a la comunidad que se caractericen por respetar las formas de organización preexistentes de manera que puedan ser la base de elaboración de programas de promoción de la salud.

Finalmente, queremos expresar que, de acuerdo a nuestra experiencia, este tipo de abordaje de la APS exige, al mismo tiempo, integrar tareas de capacitación e investigación que aseguren un adecuado nivel técnico al desarrollo de los programas.