



TRABAJO COMUNITARIO COMO UNA ESTRATEGIA PARA LA ATENCION EN SALUD María Clara Yopez Chamorro Enf. Ms¹, Cristina Cerón Souza Enf. Mg.², Nancy Guerrero Rodriguez Enf. Mg.³

RESUMEN

Aplicando un modelo de intervención comunitaria se desarrollo un trabajo con comunidades de bajos recursos económicos en el Municipio de Pasto, Nariño. Colombia, por parte de profesionales de diferentes disciplinas vinculados al sector salud, estudiantes del programa de Especialización en Salud Familiar que ofreció la Universidad de Nariño en convenio con la Universidad del Valle. El modelo implementado se realizó en cuatro fases: Caracterización socioeconómica y demográfica de la población, identificación y priorización de problemas, plan de acción, evaluación y seguimiento. Los resultados obtenidos se orientaron hacia el acompañamiento a la comunidad por parte del grupo interdisciplinario para autogestionar la solución de problemas de infraestructura básica y hacia el compartir formas de cubrimiento de necesidades biosicoafectivas. Para los profesionales que laboraban en instituciones hospitalarias, la experiencia fue una oportunidad para resolver problemas de salud de una manera integral, teniendo en cuenta al individuo como parte de la familia y la comunidad.

ANALISIS SITUACIONAL

El Departamento de Nariño es una región ubicada en el suroccidente colombiano, presenta rasgos culturales, sociales y familiares del complejo andino que tienen como base el poblamiento señorial, que dio origen a la confluencia de valores indígenas e hispánicos, con formas de organización económica y familiar vinculada básicamente al sistema de explotación agrícola y artesanal.

El escaso desarrollo de la región, su situación geopolítica, la existencia de áreas inaccesibles, la pluralidad étnica, son factores que determinan y condicionan la salud de la región.

La población del Departamento de Nariño es aproximadamente de 1.300.000 habitantes de los cuales el 40% pertenecen al área urbana y el 60% a la rural. El promedio de integrantes por familia es de 5 miembros y la tasa de mortalidad es de 2.7 .

La población del Municipio de Pasto es de 293.138 habitantes, el 9.5 pertenecen al área rural y el 90.5 a la urbana.

Las primeras causas de morbilidad en el municipio son, el embarazo, enfermedades de tejidos dentarios, enfermedad diarreica aguda, infecciones urinarias, infecciones ortopédicas ulteriores y las de mortalidad son, las hemorragias intracerebrales, trastornos relacionados con la corta gestación, insuficiencia cardíaca y bronconeumonía.

Las características de la población con la cual se trabajó no difiere grandemente de otras poblaciones de los países andinos por lo cual, el modelo de trabajo comunitario que se aplicó puede ser una experiencia replicable en contextos similares.

La experiencia se desarrolló siguiendo los principios postulados en el Programa de Especialización en Salud Familiar en el cual, la salud es un concepto integral en donde el hombre se concibe como parte de una familia y esta de una sociedad con múltiples necesidades que satisfacer para desarrollarse armónicamente.

Los grupos humanos que conforman una comunidad deben ser gestores de su propio desarrollo con el fin de aprovechar todas las oportunidades que el estado y

¹ Profesora Asociada Universidad de Nariño, Directora Centro de Estudios en Salud, Universidad de Nariño.

² Profesora Auxiliar Universidad de Nariño. Coordinadora Tecnología en Promoción de la Salud.

³ Coordinadora Especialización en Epidemiología. Universidad de Nariño.

los organismos no gubernamentales pongan a su disposición aunadas a sus propias potencialidades.

Los anteriores conceptos obligan a los profesionales vinculados al sector salud a resolver los problemas con una visión interdisciplinaria, teniendo en cuenta el medio ambiente en el cual se desenvuelve el individuo, su cultura y todos los aspectos relacionados con su situación socioeconómica, de tal manera que realmente en los organismos de salud la solución a la enfermedad sea el resultado de un análisis del contexto del cual proviene el paciente.

Bajo estas concepciones se propuso desarrollar el trabajo con comunidad siguiendo el "Proceso de atención primaria orientado a la comunidad según el planteamiento de Abramson en un ciclo secuencial y continuo de retroalimentación positiva" modificándolo de acuerdo a los objetivos que el Programa de Especialización en Salud Familiar se había propuesto.

El esquema general que se siguió fue:

1. Caracterización socioeconómica y demográfica de la comunidad.
2. Identificación y priorización de problemas con la comunidad.
3. Plan de acción.
4. Evaluación y seguimiento.

PLAN DE INTERVENCIÓN:

El trabajo comunitario se realizó con cinco grupos interdisciplinarios conformados por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, educadores, estudiantes del Programa de Especialización en Salud familiar que ofreció la Universidad de Nariño en convenio con la Universidad del Valle durante el período comprendido entre 1995 a 1997. El grupo de estudiantes y las comunidades recibieron asesoría y supervisión por parte de los docentes de la universidades del convenio.

El plan de intervención se realizó con una metodología participativa seleccionando una comunidad de la cual se tuviese algún conocimiento previo.

1. CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA Y DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN.

La caracterización de la población se realizó mediante métodos participativos, lo cual permitió al grupo multidisciplinario acercarse a la comunidad, elaborar un diagnóstico comunitario y desarrollar planes de acción acordes con su realidad.

El trabajo comunitario se realizó en 5 zonas del Municipio de Pasto clasificadas como urbanas, rurales y marginales, con una población aproximada de 5.800 habitantes, con las siguientes características: La pirámide poblacional es de tipo expansiva, constituida en su gran mayoría por grupos de adolescentes y adultos jóvenes sin diferencias significativas entre sexos.

La población está agrupada en 967 familias, con un promedio de 4 hijos.

La actividad económica predominante de la cual derivan sus ingresos pertenecen a lo denominado "Economía informal" es decir actividades independientes con ingresos no estables y dependientes de la oferta y demanda de sus servicios.

El nivel de ingresos los ubica en los estratos socioeconómicos uno y dos (Ingresos iguales o menores a dos salarios mínimos vigentes).

Las viviendas de las zonas urbanas y rurales son construidas con ladrillo cemento y techos de teja o eternit y cuentan en su mayoría con servicios públicos completos. Además las de el área rural disponen de huertas caseras y zonas para la crianza de especies menores.

Las de las zonas marginales son casas de diferentes materiales generalmente producto de desechos de maderas, cartón, plástico. No tienen servicios públicos por ser barrios de invasión.

En general las condiciones de saneamiento básico son deficientes por la convivencia con animales, disposición de basuras a campo abierto y los deficientes servicios públicos.

En cuanto a la escolaridad predomina el nivel de primaria es decir, 5 años de educación básica.

Las principales causas de morbilidad para la población infantil son la Enfermedad Diarreica Aguda, Infección Respiratoria y para la población adulta, Enfermedad Acido-Péptica, Hipertensión y Enfermedades de piel.

Con respecto a la utilización de los servicios de salud que presta el Estado la comunidad los utiliza cuando existe facilidades en el acceso. La cobertura para algunos programas de prevención como vacunación es amplia, más no así, en cuanto a otros programas como los de salud oral y reproductiva.

La caracterización de la población se realizó mediante métodos participativos, los cuales permitieron al grupo acercarse a la comunidad, elaborar un diagnóstico comunitario y desarrollar planes de acción acordes con su cultura.

2. IDENTIFICACION Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE LA COMUNIDAD.

Los métodos utilizados fueron participativos en donde los miembros de la comunidad o grupos representativos como Juntas de Acción Comunal, Asociaciones de Mujeres, Grupos Juveniles y líderes comunitarios actuaron como expertos y los grupos multidisciplinarios de estudiantes actuaron como asesores, aplicando encuestas y entrevistas a muestras representativas de la población que se complementaron con lluvias de ideas realizadas en reuniones con los habitantes.

Los problemas identificados se clasificaron así:

- Problemas de infraestructura física, tales como servicios públicos, vías de acceso, recreación y saneamiento ambiental.
- Problemas biosicoafectivos a nivel familiar e individual, como deprivación psicoafectiva, deficiente comunicación intrafamiliar, maltrato físico y verbal, desconocimiento e inasistencia a programas de prevención.

3. ELABORACION DE PLANES DE ACCION

Una vez priorizados los problemas los grupos de trabajo conjuntamente con la comunidad elaboraron los planes de acción, cuya ejecución se realizó a través de coordinación intersectorial, capacitación, campañas de promoción de la salud y prevención de

enfermedades comunes o prevalentes en el área, consultas médicas y odontológicas, programas recreativos y de integración familiar y comunitaria.

4. EVALUACION Y SEGUIMIENTO.

La evaluación se realizó con participación de los grupos una vez finalizada cada una de las actividades programadas. Los principales logros se describen a continuación:

A través de la coordinación intersectorial con entidades públicas y privadas se resolvieron problemas de infraestructura como adoquinamiento de vías, alumbrado público, mayor frecuencia en la recolección de basuras.

Quedaron en vía de solución los siguientes proyectos:

- Conexión de la red principal de Acueducto
- Redes telefónicas
- Remodelación y ampliación de alcantarillado
- Consecución de una ruta de buses
- Reciclaje de basuras

Por medio de la capacitación se logra:

- Asistencia de grupos a talleres de liderazgo y autogestión.
- Asistencia de diferentes personas a cursos de modistería y peluquería para mejorar sus ingresos.
- Concientización de los padres para mantener y mejorar la salud de la familia.
- Conocimientos sobre autoestima.
- Manejo de técnicas para concertar en pareja.

Con las campañas de promoción y prevención y consulta se obtiene:

- Tratamiento de pediculosis en el 60% de niños.

- Erradicación del parasitismo intestinal en el 80% de los niños.
- Inicio de tratamiento odontológico en el 50% de los niños.
- Orientación para la utilización de los servicios de salud.

Con las actividades de recreación e integración se fortalecen las relaciones familiares y comunitarias, se organizan grupos de líderes comunitarios motivados y capacitados para continuar con las actividades pendientes, y la programación de nuevos proyectos de acción.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El trabajo comunitario es una estrategia que induce a los profesionales vinculados al sector salud a tener un conocimiento más real de la población a la cual están atendiendo y convierte las acciones en un servicio acorde a sus necesidades.

El concepto de salud se refuerza con las actividades que tienen como objetivo proveer de infraestructura básica que brinda a la comunidad el bienestar necesario para mejorar su calidad de vida.

La utilización de una metodología que permitiera a la comunidad conocerse así misma, identificar sus problemas y autogestionar la solución de los mismos, redundó en su propio desarrollo y la potencializó para continuar su trabajo en forma independiente.

A nivel interdisciplinario, el trabajo comunitario brindó la oportunidad de realizar acciones de atención integral teniendo en cuenta al individuo la familia y la comunidad en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

BIBLIOGRAFIA

1. AGREDA Nancy, HINESTROSA Miriam. et al. Salud familiar Comunitaria Barrio Sindamanoy. Pasto. Nariño. Colombia. 1.995 p.p. 60.
2. AGUIRRE Blanca, BARONA Nohemy. et al. Comunidad Familiar y Salud. Edit. XYZ. Cali. Colombia 1993. p.p. 190.
3. AGUIRRE Blanca, VILLEGAS Luz Stella. Formando líderes. Edit. Industrial Offset A.A. 2151. Armenia. Colombia. 1.993. p.p. 120.
4. BENAVIDES P., CORDOBA J. et al. Intervención Familiar a nivel Comunitario Corregimiento de la Laguna. Pasto. Nariño. Colombia. 1995. p.p. 93.
5. BURGOS R., CONTRERAS Lucy. et al. Intervención en salud familiar Trabajo Comunitario San Miguel de Jongovito. Pasto. Nariño. Colombia. 1995. p.p. 38.
6. CALVACHE Socorro, MUÑOZ M. et al. Perfil epidemiológico Barrio Figueroa. Pasto. Nariño. Colombia 1995. p.p. 140
7. JIMENEZ Neyda, ORTEGA Patricia. et al. Diagnóstico Comunidad Barrio Caicedo Alto. Pasto. Nariño. Colombia. 1997. p.p. 107
8. RICO J. Demografía Social y Salud Pública. Edit XYZ. Cali. Colombia 1990. p.p. 173.
9. SELLANAVE, J. P. Gerencia y Planeación Estratégica. Edit. Norma. 1985. p.p. 165.
10. ZURRO M., CANO PEREZ J.F. Atención Primaria Conceptos, organización y práctica Clínica. Edit. Mosby Doyma Libros S.A. Barcelona, 1996. p.p. 1158.