

**ATENCIÓN PRIMARIA. CONCEPTOS.
DIAGNOSTICO DE SALUD,
PLANIFICACIÓN E INTERVENCIÓN
COMUNITARIA.**

1

INDICE DE CONTENIDOS:

1. INTRODUCCION	3
2. DEFINICIÓN	5
3. FUNDAMENTOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.....	6
4. ESTRUCTURA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	8
4.1. El Departamento de Salud	8
4.2. La Zona Básica de Salud (ZBS)	9
<u>Ley general de sanidad</u>	9
5. ORGANIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	13
5.1. Elementos conceptuales.....	13
5.2. Actividades asistenciales en APS	15
5.3. Organización y funcionamiento de los centros de salud	15
5.4. Fomento, promoción y prevención de la enfermedad.....	19
5.5. Cartera de servicios	20
6. DIAGNOSTICO DE SALUD.....	21
6.1. Requisitos que debe cumplir el DS:.....	23
6.2. Etapas del DS	23
6.3. Metodología.....	24
6.4. Características del DS.....	25
7. PLANIFICACIÓN E INTERVENCION COMUNITARIA.....	25
7.1. Planificacion.....	26
7.2.- Planificación participativa	28
8. INTERVENCION/PARTICIPACION COMUNITARIA	37
9. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA	38
9.1. Recurso en la web	39
10.- SABER MÁS.....	39

1. INTRODUCCION

Cada época, la historia lo confirma, refleja los valores, características, enfoques filosóficos y orientaciones políticas de la sociedad correspondiente. Estas circunstancias condicionan de manera notable la estructura orgánica y funcional de los sistemas de atención sanitaria. Los sistemas sanitarios y la práctica de la medicina han tenido tradicionalmente casi como único objetivo, aún lo tienen hoy, la enfermedad, y han dirigido sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos para el abordaje de las patologías establecidas, prestando poca o nula atención a su prevención, promoción y conservación de la salud. Profesionales sanitarios, educadores, políticos y ciudadanos somos cada vez más conscientes de que la función primordial básica de un sistema sanitario no radica en exclusiva en garantizar el derecho del individuo enfermo a ser correctamente diagnosticado y tratado, si no también, y primordialmente, en procurar que no enferme, que se mantenga sano, asegurar en definitiva el derecho a la salud, considerando la enfermedad como el resultado de un fracaso en el logro de este objetivo.

La ordenación de la APS se basa en el Decreto de Estructuras básicas de salud, RD 137/84 y Ley General de Sanidad 1986.

El nacimiento de la atención primaria se fundamenta en una serie de necesidades:

- Superar las dificultades económicas, geográficas y culturales de acceso de la población a los servicios de salud.
- Resolver problemas de incremento de costes.
- Superar la sobre tecnificación.
- Escaso rendimiento de centros y servicios.
- Conseguir un derecho efectivo a la salud.

Para que el sistema sanitario responda adecuadamente a las necesidades de salud de la población es necesario que esta participe activamente en su planificación y

gestión, participación que es consustancial al concepto de Atención Primaria de Salud (APS). La representación ciudadana ha de producirse entre en el nivel político parlamentario, pero también en los órganos locales de gobierno relacionados con las políticas de salud. Esto sería una participación fuera del sistema, o sea, a partir de las estructuras de representación política. El cambio o salto cualitativo en este terreno ha de producirse a partir de la participación “desde dentro” del propio sistema sanitario, mediante la consideración y empoderamiento de los ciudadanos como elementos protagonistas de este en la toma de decisiones en el centro de salud, y en la discusión de las directrices de los programas concretos y sus resultados.

4

La protección de la salud es un derecho fundamental de los ciudadanos **“artículo 43 de la Constitución española”**. Para su consecución se precisa el concurso de diferentes sectores de la administración, entre ellos el sistema de salud, aunque necesite la colaboración de otros sistemas, vivienda, educación, alimentación, etc.

La APS forma parte integrante del sistema Nacional de salud, del que constituye tanto la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud (SNS), siendo la puerta de acceso al sistema sanitario, de manera que será la vía de acceso más cercana posible a la atención de la salud desde el lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria con estándares de calidad. Esta y la clase o tipología de asistencia dependerán de factores que inciden directamente sobre la población como son: condiciones socioeconómicas y culturales, ubicación geográfica, disponibilidad del personal, etc. La APS abarcará el 85% de los actos médicos y permitirá una asistencia integral a la población. Así mismo es un órgano de filtración de la demanda hacia la atención especializada.

La salud de la población marca unas necesidades cambiantes y tienden al aumento. El sistema de salud debe de acompañar dichos cambios manteniendo una

flexibilidad orientando sus prestaciones a esos cambios, priorizando sus intervenciones a las necesidades y demandas de la población.

2. DEFINICIÓN

La atención primaria de salud (APS) puede ser definida y conceptualizada desde distintas perspectivas. Frecuentemente, en nuestro entorno, se la considera como una parte esencial o nuclear del sistema sanitario: la puerta de entrada a través de la que los usuarios y pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de salud. Esta aproximación es ciertamente simplista y no permite visualizar de forma suficiente la importancia y complejidad del papel que la APS debe desempeñar en el conjunto de los procesos de atención de salud individual y colectiva.

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata (1978) estableció la siguiente definición de la APS:

“La APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados 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 puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”

En esta definición está incluida la conceptualización de la APS como el primer nivel de contacto del sistema sanitario, pero además contempla otros elementos esenciales, como su carácter accesible y próximo, su necesaria adaptación a las posibilidades y necesidades de cada entorno o país y el enfoque a las familias y a

la comunidad de la atención de salud que se presta en su seno. También se señala que la APS puede y debe actuar como puente y enlace entre el sistema sanitario y otros componentes del desarrollo social y económico de la comunidad, abriendo así la puerta a la imprescindible colaboración intersectorial en el abordaje de muchas necesidades y problemas de salud. No se debe confundir el concepto de APS con el de asistencia médica primaria o atención familiar. La APS incluye un abanico más amplio de actividades, algunas de las cuales no son responsabilidad directa o exclusiva de los sistemas sanitarios de muchos países desarrollados, pero sí forman parte de los determinantes del nivel de salud colectivo o comunitario.

3. FUNDAMENTOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Todo sistema sanitario tiene dos objetivos principales. El primero, mejorar la salud de la población empleando conocimientos actualizados acerca de las enfermedades y su manejo, y de la optimización de la salud. El segundo objetivo, de igual importancia, es disminuir las diferencias entre los grupos de la población, de manera que determinados grupos no estén siempre en desventaja respecto a otros en el acceso a los servicios de salud y en la consecución de una salud óptima.

Al reconocer que en casi todos los países crecen las desigualdades sociales y sanitarias, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó una serie de principios en los que deben basarse los servicios de salud de atención primaria. Redactados como la Carta de Ljubljana (1996), establece que los sistemas sanitarios deben:

- Guiarse por los valores de la dignidad humana, la equidad, la solidaridad y la ética profesional.
- Buscar la protección y la promoción de la salud.
- Centrarse en la población y facilitar que los ciudadanos influyan en los servicios de salud que reciben y que sean responsables de su propia salud.
- Poner énfasis en la calidad, incluida una buena relación coste-efectividad.
- Fundarse en una economía sostenible, la cobertura de toda la población y el acceso equitativo.

- Orientarse hacia la atención primaria.

H. Vuori (1985) durante la declaración de Alma-Ata (Kazajistán), indicó cuatro formas de contemplar la atención primaria: como un conjunto de actividades, como un nivel de atención, como una estrategia organizativa de la atención y como una filosofía que impregna la atención de la salud. El primer enfoque es inapropiado, ya que son muy pocas las actividades exclusivamente al ámbito de atención primaria. En cambio, los niveles de atención, las estrategias organizativas de la atención y la atención primaria como “filosofía” son conceptos interrelacionados, y la definición de Atención Primaria debe incluir dicha relación.

7

1. Actividades de la Atención Primaria.

Al respecto, en el artículo VII de la declaración de Alma-Ata, se recogen las consideraciones mínimas.

- 1.1. Educación sanitaria.
- 1.2. Promoción del suministro de alimentos, abastecimiento de aguas cloradas y aptas para el consumo y saneamiento básico.
- 1.3. Inmunizaciones.
- 1.4. Cuidados materno-infantil.
- 1.5. Tratamiento básico de los problemas de salud.
- 1.6. Prevención de las enfermedades endémicas.
- 1.7. Abastecimiento de fármacos.

2. Nivel asistencial.

Es el primer nivel o eslabón asistencial desde el cuál se realiza la derivación a otros niveles asistenciales.

3. Estrategias de organizativas.

La APS como estrategia de organización de los servicios sanitarios, hace referencia a la necesidad de que estos deben estar diseñados y coordinados para poder atender a toda la población y no sólo a una parte de ella, ser accesibles y proporcionar todos los cuidados propios de la Atención Primaria. Al mismo tiempo, los servicios sanitarios deben mantener una relación adecuada costo-beneficio en sus actuaciones y resultados, y estar

abiertos a la colaboración intersectorial. Potenciar la estrategia de la APS de un país significa proceder a una adecuada redistribución de los recursos totales empleados en el sistema sanitario, tanto en lo que se refiere a los humanos como a los materiales y financieros.

4. Filosofía.

La APS como *filosofía* implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud en el marco de los fundamentales de las personas, y que garantice su defensa prioritaria y responda en todo momento a criterios de justicia e igualdad en el acceso disfrute de este derecho por todos los ciudadanos, con independencia de cualquier otro factor. Por tanto, lleva incluida la ideología de igualdad social.

4. ESTRUCTURA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

- Decreto de Estructuras Básicas de Salud 1984 y Ley General de Sanidad 1986.
- Decreto 42/1986, de 21 de marzo, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se define y estructura la APS de la Comunidad Valenciana.
- La atención primaria de salud se estructura físicamente en:
 - Departamento de salud.
 - Zonas básicas de salud

4.1. El Departamento de Salud

Es la demarcación geográfica y poblacional para la planificación programación, gestión y coordinación de la atención de la salud de la comunidad y del individuo. Abarca poblaciones entre 200.000 y 250.000 habitantes.

En el Departamento de Salud se integran las zonas de salud y los equipos de APS, así como las unidades de apoyo de la atención primaria.

Son funciones del Departamento de Salud:

- La promoción de la salud o desarrollo de actividades para la mejora.
- Protección de la salud.
- La prevención de la enfermedad.

- La coordinación de la asistencia primaria.

Órganos del Departamento de Salud son:

- El Consejo de salud del área de participación.
- El consejo de dirección del departamento es un órgano de dirección.
- La dirección de gerencia es el órgano que dirige y gestiona la actuación sanitaria y administrativa del departamento.

9

4.2. La Zona Básica de Salud (ZBS)

- La zona básica de salud es la demarcación geográfica y poblacional que constituye la unidad territorial de la atención primaria sanitaria. Para su determinación, debe tenerse en cuenta:
 - Las isócronas o distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios.
 - El grado de concentración o dispersión de la población.
 - Las características epidemiológicas de la zona.
 - Las instalaciones y los recursos sanitarios.

Ley general de sanidad

- 1986 marco legal actual.
- Artículo 43 constitución

Comprende entre 5.000 y 25.000 habitantes. El ámbito demográfico y territorial de influencia del centro de salud es la zona básica de salud, marco territorial de la atención primaria de salud. Cada ZBS debe contener al menos un centro de salud e incluso consultorios auxiliares si fuese necesario, con el fin de dar cobertura sanitaria a toda la población contenida en dicha zona.

4.2.1. El Centro de Salud

En la evolución histórica de los centros de salud se pueden distinguir dos fases claramente diferenciadas: la anterior a la conferencia de Alma-Ata (1978), en la

que el concepto de centro muy diversas, y a la posterior a esta fecha, que se caracteriza por una concepción moderna, directamente ligada a la atención primaria de salud y el trabajo en equipo.

Experiencias de centros de salud en España en la década de los 70, a partir de algunas iniciativas aisladas, en la mayoría de los casos promovidas por grupos de profesionales descontentos con el vigente modelo de ambulatorios. Se constituyeron entonces en equipos multidisciplinares que intentaron poner en práctica unas teorías basadas en el fomento de la protección de la salud en el ámbito local, con la participación de la propia comunidad. La implantación con carácter oficial y de manera generalizada en España se produce a partir del Real decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud que, a pesar de presentarse como medidas preparatorias del tratamiento normativo definitivo que comenzaba a irse en el parlamento por aquellas fechas, constituyó, sin embargo, un cambio cualitativo importante en la nueva concepción de la atención sanitaria.

El centro de salud integral, entendido no sólo o principalmente como un edificio (fig. 1) sino como una estructura funcional que permite el desarrollo de la mayor parte de las actividades propias de la APS, es una opción organizativa adecuada para que los distintos profesionales que integran los equipos de salud puedan realizar sus funciones: desde las de acogida inicial del usuario hasta las asistenciales curativas, de promoción y prevención. En el centro de salud integral se pueden asumir los siguientes grandes grupos de actividades:

- Diagnóstico y tratamiento de pacientes.
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención domiciliaria.
- Rehabilitación (no en todos los centros).
- Atención continuada y urgente (no en todos los centros).
- Vigilancia epidemiológica.
- Docencia e investigación.
- Gestión (funcionamiento interno y soporte).

En el centro de salud, con un número y extensión que dependerá del tamaño de la población atendida (Zona Básica de Salud), existirán espacios para la acogida de los usuarios y la programación de visitas, para las consultas a cargo de los distintos profesionales del equipo, salas comunes (reuniones y sesiones, educación para la salud...), espacios para actividades de salud comunitaria y otros para el soporte e infraestructuras.

Funciones del Centro de Salud

Centro de salud desarrollarán de forma integrada y media en el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, curación, curación y rehabilitación de la salud, individual o colectiva, de los habitantes de la zona de salud. Las funciones serán las siguientes:

- Albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población de la ZBS.
- Disponer de los recursos materiales precisos.
- Servir como centro de la reunión entre los profesionales y la comunidad.
- Facilitar el trabajo en equipo.
- Mejorar la organización administrativa de la atención de la salud en su zona de influencia.

Es importante el resaltar que aún hoy, las funciones de un centro de salud en el mundo no han tenido un carácter unívoco.

Estructura física



Figura 1 Centro de Salud en la Comunidad Valenciana

La estructura física de Centro de salud deberá comprender entre los 800 y 1000 m². Debe de ser un edificio accesible con todos los aditamentos necesarios para aquellas personas que presenten déficit en la movilidad. Deberá de diferenciar claramente las áreas de adultos, de niños, salud mental y la zona específica para el personal.

Recursos humanos

El equipo de salud, definido a partir de objetivos y metodologías de trabajo comunes de sus componentes y contando con su participación y responsabilización conjunta en la génesis y la evaluación de los resultados obtenidos, es el pilar fundamental de la organización del trabajo en el centro de salud. No es fácil conseguir desarrollar un verdadero trabajo en equipo; sus componentes tienen profesiones y procedencias diversas, y a veces carecen de experiencia en dinámicas de funcionamiento basadas en la asignación de responsabilidades y tareas en función de la propia capacidad competencial del profesional y no bajo una simple perspectiva estamental vertical. El desarrollo de la APS no puede centrarse de forma exclusiva en los profesionales médicos. Esta afirmación categórica implica la necesidad de reconocer el papel esencial de todos y cada uno de los componentes de los equipos de salud en el desarrollo de las funciones y tareas propias de la APS y, por tanto, en la consecución de los objetivos y la generación y evaluación de los resultados obtenidos.

La composición de los equipos de salud no puede responder a criterios con validez universal y, por el contrario, debe adaptarse a las posibilidades y necesidades

locales, de su ámbito de actuación. En España, los equipos pueden incluir médicos de familia, pediatras, enfermeras, matronas y ginecólogos de apoyo, auxiliares de clínica, farmacéuticos, veterinarios, trabajadores sociales, equipo de salud mental, odontólogos e higienistas dentales y personal auxiliar polivalente. Los componentes básicos de los equipos son las enfermeras, los médicos, los trabajadores sociales y el personal auxiliar polivalente. El jefe de la zona básica de salud (JZBS) y la coordinación de enfermería son figuras de gran importancia para que éste alcance un nivel óptimo de funcionamiento. Su capacidad de liderazgo participativo es esencial y por ello debe cuidarse especialmente su elección. En muchos centros de salud también pueden trabajar otros profesionales que desarrollan tareas de apoyo especializado en distintos ámbitos relevantes para la atención primaria. Es el caso de salud mental, salud pública, rehabilitación, laboratorio y radiología, entre otros. Las actividades de los distintos componentes de los equipos de salud son las propias del centro señaladas previamente y tanto desde una perspectiva de atención personal individual como familiar y comunitaria. Para conseguir un desarrollo adecuado de todas las actividades es importante programar una introducción progresiva de éstas y diseñar un cronograma de implantación que permita a sus miembros asumirlas de forma positiva, huyendo del riesgo de fracasos y desmotivaciones que puedan hipotecar el futuro del equipo. En la mayoría de las ocasiones en cada centro de salud solamente trabaja un equipo, con más o menos recursos de apoyo especializado, pero a veces, sobre todo en las ciudades, en un mismo centro están radicados varios equipos de salud. En la primera situación coincide la cantidad de población atendida con la asignada al centro.

5. ORGANIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

5.1. Elementos conceptuales

Los que caracterizan a la APS, con independencia del país o comunidad en que se desarrolle, son los siguientes:

- **Integral:** abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes

biológicos, psicológicos y sociales como partes indisolubles de los procesos de salud-enfermedad.

- Integrada: asumiendo que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
- Continuada y longitudinal: desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja y en el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema sanitario (centro de salud, hospital, urgencias...).
- Activa: realizada por unos profesionales que no se limitan a actuar como receptores pasivos de los problemas y demandas, sino que trabajan de forma activa y anticipatoria detectándolos en sus fases más precoces.
- Accesible: sin existencia de barreras que dificulten la utilización de sus recursos por las personas que los necesiten o que las discriminen en función de su raza, creencias o situación económica.
- Desarrollada por equipos: formados por profesionales sanitarios (medicina, enfermería...) y no sanitarios (trabajo social, administración...).
- Comunitaria y participativa: enfocando la atención de las necesidades y problemas de salud tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria, y contando con la participación activa y constante de los actores implicados.
- Programada y evaluable: a partir del desarrollo de actuaciones que respondan a objetivos y métodos predeterminados y con herramientas de evaluación adecuadas.
- Docente e investigadora: con capacidad y reconocimiento docente e investigador en los ámbitos que le son propios.

Para desarrollar en la práctica una APS que responda a los conceptos anteriores se pueden diseñar distintos entornos organizativos que van desde la asistencia en consultas individuales aisladas hasta el trabajo en equipo en el seno de centros de salud integrales, con múltiples variantes dependiendo del contexto. Sin menospreciar los valores de los diferentes modelos, parece existir un

consenso mayoritario sobre las ventajas que ofrece la organización en equipos multidisciplinares al incrementar la efectividad y la eficiencia de muchos de los componentes de los procesos de atención.

5.2. Actividades asistenciales en APS

- Control del niño sano.
- Control de la embarazada y puérpera.
- Orientación y planificación familiar.
- Exámenes de salud a escolares y adultos.
- Inmunizaciones para elevar el nivel inmunitario de la población.
- Control de las enfermedades transmisibles. Y un sistema de vigilancia epidemiológica.
- Atención prioritaria sobre enfermedades infecciosas.
- Control de grupos de población con mayor riesgo, entre ellos hipertensos, diabéticos, cardiopatas, mayores de 65 años y adolescentes.
- Asistencia social del individuo, grupo y comunidad, como parte integrante de los diversos programas.
- Higiene y salud mental.
- Atención odontológica a la población de mayor riesgo.
- Tramitación de incapacidades.
- Información estadística actualizada de la morbimortalidad.
- Rehabilitación.
- Control de locales y medio ambiente.

5.3. Organización y funcionamiento de los centros de salud

La *accesibilidad* es una característica fundamental de la atención primaria. Los usuarios de los centros de salud pueden demandar consulta a sus profesionales de referencia (médicos y enfermeras) por propia iniciativa, con o sin cita previa, o por indicación de los propios profesionales del equipo o de los especialistas consultores. En muchos centros de salud también existen servicios de urgencia y

de atención continuada que posibilitan que el paciente pueda recibir asistencia de forma inmediata.

De acuerdo con los datos estadísticos del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2008), la media de tarjetas sanitarias individuales por **médico de familia es de 1.410, de 1.029 para los pediatras y de 1.663 para las enfermeras**. Sin embargo, existen importantes oscilaciones entre las distintas CCAA del Estado y entre los ámbitos urbano y rural. Por otro lado, las cargas asistenciales generadas por cada persona varían también en relación con la existencia de doble aseguramiento (público y privado) y con el nivel socioeconómico, siendo menores cuando tienen cobertura mixta pública y privada y mayores en las que pertenecen a las capas sociales más desfavorecidas. La realidad es que los profesionales sanitarios de atención primaria perciben estar sometidos a una importante *sobrecarga asistencial* que les impide disponer de tiempo suficiente para el desarrollo de otras actividades como las de docencia e investigación al tener que atender a más de treinta pacientes diarios en la consulta, cifra que, en el caso de los médicos de familia del ámbito urbano, puede ser mayor de cuarenta en bastantes centros. La *disponibilidad de tiempo para cada consulta* es uno de los puntos críticos para la garantía de la calidad asistencial en APS.

Un bloque importante de actividad de los profesionales de atención primaria es el desarrollado en el *ámbito domiciliario*. A pesar de ello es frecuente que estas actuaciones no se organicen correctamente y que no sean objeto de atención prioritaria por parte de los responsables y profesionales de los equipos de salud. Los médicos, enfermeras y trabajadores sociales deben dedicar más tiempo a la atención domiciliaria ya que es en este contexto donde mejor puede valorarse la funcionalidad del soporte familiar de sus pacientes. Por otro lado, el envejecimiento progresivo de la población y el aislamiento de las personas mayores están generando cada vez más situaciones de dependencia graves que requieren actuaciones domiciliarias frecuentes, tanto desde la perspectiva sanitaria como de soporte social.

Resumiendo: las características en la organización de la APS deben ser:

- Programada y evaluable: debe responder a las necesidades de salud, mediante el diagnóstico de salud.
- Accesible y de cobertura total.
- Coordinada.
- Integral e integrada.
- Continuada y permanente.
- Realizada por todo el EAP.
- Con participación de la comunidad.

Funciones del Equipo de Atención Primaria (EAP)

- Área de atención directa: prestación de atención integral, en el centro, domicilio, a demanda, programada y de urgencia. Prevención, promoción, reinserción social, educación y rehabilitación.
- Área de salud ambiental: Control e higiene del medio ambiente.
- Área administrativa.
- Área docente: formación continua EAP, participación en los programas de salud. Formación posgrado.
- Área investigadora: diagnóstico de salud, investigación clínica, epidemiológica o socio sanitaria.

Funciones del coordinador de enfermería

- Del coordinador de enfermería dependerá funcionalmente, el personal del EAP, matronas, técnicos de laboratorio y radiología, adscritos al EAP y las auxiliares de enfermería.
- El coordinador de enfermería defenderá orgánica y funcional mente del JZBS.
- Sin perjuicio de las actividades propias que debes de realizar como miembro del equipo, corresponde al coordinador de enfermería desarrollar las siguientes funciones:
 - Garantizar la programación, ejecución y evaluación de las acciones del personal.
 - Garantizar el cumplimiento y de lo establecido por el EAP.

- Velar por la obtención y distribución de los recursos necesarios para el funcionamiento del centro de salud.
 - Garantizar la elaboración de los documentos o datos de carácter evaluativo, referente al personal de enfermería.
 - Promover el trabajo en equipo.
 - Garantizar la Asunción progresiva de todas las actividades y funciones propias de un equipo, asegurando la atención integral, la participación comunitaria, la formación en designación, así como el estudio y vigilancia de los problemas de salud prioritarios de la zona.
- El coordinador de enfermería será nombrado por el procedimiento de libre designación entre el personal que preste servicios en el mismo EAP.

Funciones del equipo de enfermería

- Aplicar el plan de cuidados de enfermería (PAE) en aquellos pacientes que lo requieran, en las diferentes modalidades de atención, de forma coordinada con el resto todo de miembros del EAP y registrando convenientemente dicha actividad.
- Aplicar los tratamientos que se deriven de la atención médica e informar al paciente o su familia sobre la administración correcta de los mismos.
- Realizar las actividades de educación para la salud, detección de riesgos, apertura de historias; así como el seguimiento de los pacientes, solicitud de pruebas complementarias, y realización de controles de salud periódicos según los protocolos y programas establecidos en el centro.
- Supervisar el abastecimiento, buen estado y conservación del material del centro de salud.
- Participar en la elaboración y ejecución de programas de salud, así como en todas las tareas comunes del equipo.
- Registrar y evaluar la actividad realizada.
- Aquellas otras que le correspondan como miembros del EAP.
- Potenciar la promoción y prevención de la salud.

5.4. Fomento, promoción y prevención de la enfermedad

Fomento de la salud son aquellas actividades y técnicas dirigidas a que el individuo, grupo o comunidad aumenten su nivel de salud.

La promoción de la salud se refiere a un conjunto de actividades y técnicas orientadas a incrementar el nivel de salud del individuo, grupo o comunidad y de protegerlos enfermedades o accidentes susceptibles de prevención. Equivale a los conceptos de protección y fomento juntos. Consejo, recomendación, actividad o intervención que haya probado su capacidad para mejorar la calidad de vida de las personas o disminuir su mortalidad es, en sí misma, una medida de promoción de la salud. Hacer promoción de la salud no es otra cosa que ayudar a las personas, grupos o comunidades adquirir conocimientos y aceptar.

Las actividades propias de la atención primaria de salud dirigidas a la promoción de la salud de la comunidad se suelen clasificar en dos grupos, según vayan dirigidas al individuo o al medio. Las dirigidas al individuo se basarán en actividades propias tanto de fomento como de protección (inmunizaciones, EpS drogas, accidentes etc.) y las dirigidas al medio estarán relacionadas con el programa de atención al medio.

Prevención de la enfermedad; la enfermedad es el resultado de un proceso dinámico en el que los agentes etiológicos y los factores de riesgo interaccionan con el huésped. A este proceso se le reconocen tres períodos:

- a) Prepatogénico.
- b) Patogénico.
- c) De resultado.

Los niveles de actuación preventiva son:

1. Prevención primaria: es el conjunto de actividades y técnicas dirigidas a impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada, las actuaciones se desarrollen en el periodo prepatogénico. Dentro de estas se incluyen las de promoción de la salud y la educación para la salud.

2. Prevención secundaria: conjunto de actividades y técnicas dirigidas fundamentalmente al diagnóstico y tratamiento precoces de una enfermedad. Pretenden detener su evolución mediante acciones desarrolladas en la fase preclínica, los signos y síntomas no son aparentes aún, pero existen en estado embrionario o subclínico, y por ello nos permiten detectar precozmente el proceso patológico, para impedir así su progresión.

5.5. Cartera de servicios

La cartera, constituye un conjunto de servicios que responden a las necesidades y demandas de la población, que favorecen el desarrollo de la APS.

Los servicios, son las actividades desarrolladas fomentadas por los profesionales de atención primaria, destinadas a atender o prevenir un problema de salud o satisfacer una demanda sanitaria.

La cartera de servicios se utiliza para la gestión del trabajo de los profesionales primaria. Es un instrumento de política de salud y gestión del sistema con el que se pretende definir los mínimos ligados, establece una cierta homogenización de la oferta de los servicios de los departamentos o sectores de APS.

Es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. Ley de Cohesión de APS (2003).

Dentro de cada uno de los servicios, la cartera aporta los indicadores de actividad cobertura, criterios de inclusión y normas técnicas de calidad, que deben ser tenidas en cuenta en su realización y evaluación.

RD1630/2006 del 15 de septiembre, vienen recogidos los servicios incluidos en la cartera de APS.

- A demanda, programada y urgente, tanto en la consulta con el domicilio del enfermo.

- Indicaciones prescripción y realización, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar.
- Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud: vigilancia epidemiológica (Salud Pública.).
- Rehabilitación básica. Atenciones y servicios específicos y relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, los ancianos, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- Atención paliativa a enfermos en situación de terminalidad.
- Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada.
- Atención a la salud bucodental.

6. DIAGNOSTICO DE SALUD

El análisis de la situación de salud de una comunidad tiene su base teórica en una serie de elementos conceptuales tales como el concepto de salud, los determinantes de la misma, su medición, el concepto comunidad o las nociones de problema y necesidad, que conviene recordar.

El diagnóstico de salud (DS) es la primera etapa del proceso de planificación y constituye la base de cualquier proyecto de intervención. En APS el análisis de la situación se conoce como *diagnóstico de salud de la comunidad*. Se basa en la recogida de datos, que se transforman en información para conocer los problemas y necesidades de salud de la población, así como los factores que la determinan. El gran reto de cualquier diagnóstico de salud por tanto será determinar el grado de bienestar, de adaptación al medio o la labor que desempeña las personas en la comunidad. No obstante, si la salud es bienestar y equilibrio armónico, si es calidad de vida y si la vida es organizada en comunidad, estudiar y mejorar la salud si una comunidad es, en definitiva, promover y alcanzar el fin último de la vida en sociedad.

El análisis de la situación de salud parte de una concepción ecológica basada en el modelo lógico de la multicausalidad según el cual ningún problema de salud tiene una causa única. El nivel de salud de una comunidad, como de una persona, estará determinado por la interacción de diferentes factores que, con distintos grados de intensidad y durante periodos de tiempo variables, ejercen su acción sobre la población. Estos factores se denominan “determinantes de salud”. (Ver tema 8 Determinantes de Salud)

Resumiendo; el DS consiste en una descripción de la comunidad y del estado de salud de sus habitantes, de los factores responsables de dicho estado, de las características de las prestaciones sanitarias que recibe la población y de las necesidades y problemas sentidos por esta. Por tanto, estos datos nos aportarán:

- Información general y particular para el estudio de algún problema.
- Señalará las necesidades y prioridades en materia de salud.
- Evaluará los recursos sanitarios existentes.
- Servirá de base para la planificación y programación en salud.

Para medir la salud se pueden utilizar tres posibles alternativas: medir la positivamente, tratando de cuantificar directamente el grado de bienestar de las personas; medirla negativamente, valorando su pérdida (morbilidad y mortalidad); o medirla de forma indirecta, a través del estudio de todos aquellos factores que determinan el nivel de salud.

Identificación de los problemas de salud de una comunidad constituye uno de los objetivos fundamentales de la fase inicial del proceso de planificación. Sin embargo, aunque todos los individuos están familiarizados con el término *problema*, no siempre se está en condiciones de definirlo y, sobre todo, distinguirlo del concepto de necesidad. Por problemas, en términos comunes suele entenderse algo que provoca preocupación, una situación difícil que debe ser resuelta, un dilema, conflicto o inconveniente. En definitiva, se trata de una situación considerada como discrepancia respecto a lo que se cree adecuado hoy, es decir en términos de salud el problema representa una desviación o situación deficiente con relación a lo que se haya considerado como óptimo. A partir, por tanto, de un

concepto de salud óptima, que ya se ha comentado, cualquier situación de malestar, incapacidad, desequilibrio o enfermedad es considerada como un problema de salud.

Debemos de hacer una clara diferenciación entre problema y necesidad. Se puede definir la necesidad como la falta de cosas necesarias para vivir o como a las situaciones de alguien que precisa de algo para disfrutar de una situación normal.

23

Existen varios tipos de necesidades:

- Necesidad normativa, que se establece a partir de lo que los expertos consideran como tal.
- Necesidad percibida, se refiere a las necesidades que la población cree tener.
- Necesidad expresada, consiste en la que cada individuo expresa mediante la demanda de servicios.
- Necesidad comparativa, se determina comparando los servicios que se ofrecen a una comunidad con los mismos servicios que se necesitan en otra de características similares.

6.1. Requisitos que debe cumplir el DS:

- Objetividad.
- Integral.
- Delimitación del área de salud de la comunidad a estudio.
- Delimitación del tiempo.

6.2. Etapas del DS

- Fase preparatoria.
- Fase de recogida de datos.
- Fase de tratamiento y elaboración.
- Fase de análisis e interpretación.
- Fase de conclusiones.

6.3. Metodología.

Los métodos y procedimientos para medir la salud en el estudio de la situación de la misma en una comunidad son relativamente numerosos. Con carácter general se pueden clasificar en métodos cuantitativos y cualitativos.

1. Métodos cuantitativos: son los más utilizados tradicionalmente están basados en registros y fuentes documentales ya existentes, por lo que no generan una información nueva, sino que recopilan lo que ya se sabe, por otra parte, no siempre se dispone de registros suficientes y con garantías de fiabilidad para tener todos los datos que se precisan a la hora de estudiar la salud de una comunidad. Tienen el inconveniente de que tengo que coger las necesidades sentidas por la población.
2. Métodos cualitativos: son aquellos cuya fuente de información se basa mentalmente en la opinión de personas expertas o suficientemente conocedoras del tema en cuestión. Se utiliza, sobre todo, para generar información e ideas nuevas cuando los métodos cuantitativos no son suficientes para identificar los problemas, necesidades o factores determinantes de la salud. Probablemente los resultados de dos grupos diferentes sobre un mismo asunto no serán estadísticamente iguales, pero si se emplea la técnica de modo correcto tiene el valor de una opinión cualificada sobre asuntos complejos, cuyas características o matices no son posibles de valorar con métodos cuantitativos. Estos métodos también se pueden utilizar para evaluar las necesidades de salud.

Dentro de los métodos cualitativos destacamos los siguientes:

- Métodos de observación.
- Método entrevistas.
- Encuestas técnicas documentales.
- Métodos grupales.

3. Métodos mixtos: son las encuestas nacionales de salud, censo y encuestas.

El diagnóstico comunitario de un problema de salud de alta prioridad se diferencia del análisis de la situación de una comunidad, en que se orienta a un solo problema de salud. Se trata de un proceso activo que genera información nueva y, en la medida de lo posible, es exhaustivo porque tiende a conocer en profundidad el

problema y sus determinantes, y a identificar a los individuos afectados o en riesgo, para ofrecerle las actividades de salud.

6.4. Características del DS

- Descripción de la situación de salud.
- Factores condicionantes del nivel de salud.
- Políticas de salud.
- Explicación de la situación real.
- Pronóstico de la situación de salud.
- Evaluación de la situación encontrada.

7. PLANIFICACIÓN E INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Atención integral de salud exige no sólo la realización de una asistencia de calidad que comprenda cuidados preventivos, curativos y rehabilitadores, sino, además, otro tipo de actividades, sin las que aquellos no podrían llevarse a cabo adecuadamente. Son estas las relacionadas con la administración. La administración, que ha sido definida por Schaeffer como *“La solución de los problemas sociales por medio de una acción cooperativa y racionalizada”*, precisa un método para llevar a cabo sus misiones de una forma adecuada, y es dentro de esto, donde pueden incluirse la planificación y la programación.

Componentes esenciales del tema

La planificación participativa

“Es la implicación de una comunidad en la formulación de sus demandas o necesidades, en la decisión sobre sus prioridades, en la resolución de sus problemas y en la utilización adecuada de los recursos” (Grupo de Participación e Intervención Comunitaria de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. SEMFYC)

26

¿Cómo entendemos la participación?

El diccionario: La raíz etimológica del término participar (del latín *participare*) significa tomar parte. El diccionario de la Real Academia Española define la participación como “la acción de tomar parte en algún asunto en el que se tiene parte”.

La evaluación

La evaluación debe ser una *herramienta de análisis y mejora* de todo el proyecto, tanto en la planificación participativa como en programas de promoción y educación de la salud que pensemos desarrollar.

Evaluar implicación y procesos:

- 1.- La observación y la medida.
- 2.- La comparación de lo observado con los criterios o normas que se consideran un buen resultado.

7.1. Planificación

“Planificar es aplicar un proceso que conduce a decidir qué hacer, cómo hacerlo, y cómo evaluar lo que se hará antes de la acción” (Bégin)

“Un proceso metódico consistente en definir un problema por análisis, para satisfacer las necesidades y demandas no satisfechas que constituyen el problema, fijar unos fines realistas y posibles, determinar el orden de prioridades, inventariar los recursos necesarios, conseguir y proyectar las acciones administrativas, considerando las diversas estrategias de intervención posibles para resolver los problemas” (Schaefer).

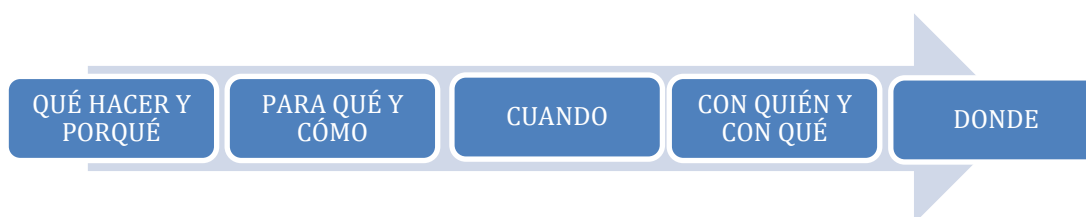
“Un proceso continuo de previsión de recursos y de servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la o las soluciones óptimas entre muchas alternativas, esta elección toma en consideración el contexto de dificultades, internas y externas, conocidas actualmente o previsibles en el futuro” (Pineault)

27

La planificación es una herramienta útil en muchos campos de la vida, ya que de esta manera se supera la improvisación.

Organizarse para lograr con los recursos que se tienen los objetivos deseados permite lograr mejores resultados, ahorrando dinero, tiempo y esfuerzo.

Se trata de responder a las preguntas de:



Cuadro resumen del tema en cuanto a la participación y evaluación de un programa de participación comunitaria.



28

Fuente: Adaptado de: Hawe P, Degeling D, Hall J. Evaluación en promoción de salud. Barcelona. Editorial Masson 1993.

7.2.- Planificación participativa

Participación comunitaria: “conjunto de procesos por los que los individuos y las familias asumen responsabilidad para su propia salud y bienestar y para los de la comunidad, aumentándola capacidad de contribuir al desarrollo propio de la comunidad” (OMS)

Cuando una organización decide realizar una intervención comunitaria sea esta un programa de servicio completo o una campaña de un solo evento para lograr una meta específica, a menudo ésta puede aumentar las posibilidades de conseguir determinado éxito usando el proceso *planificación participativa*. En este tema veremos lo que es el proceso de planificación participativa, por qué es valioso, sus potenciales ventajas y desventajas, y cómo usarlo para planificar.

7.2.1.- El concepto y la definición

El concepto de participación comunitaria es fundamental en todo el proceso de Atención Primaria, ahora bien, el significado, el contenido y los alcances de la participación de la comunidad depende del contexto sociopolítico de cada país. Existen factores que favorecen o no la participación de la comunidad, tanto en el orden gubernamental, como en los grupos de población o de los técnicos que participan en el sector salud. La participación pues debe de entenderse como parte del proceso de información, planificación, realización y evaluación en el que la comunidad es partícipe activa de todas y cada una de las fases del mismo, para que, de esta forma, decida cuáles son las prioridades en el campo de la salud, y cómo y con qué recursos se producen las acciones encaminadas a corregirlas.

Hoy en día no es posible concebir la salud sin la participación de la comunidad. Ya en 1920 Winslow, al definir el concepto de salud pública decía que esta era *“la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficacia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”*.

Existen muchas definiciones de participación, pero cualquier definición particular, parte necesariamente de su raíz etimológica. La raíz etimológica del término participar (del latín *participare*) significa tomar parte. El diccionario de la Real Academia Española **la define como “la acción de tomar parte en algún asunto en el que se tiene parte”**. Para la Promoción de la salud supone la capacitación de la población encaminada a **“la toma de parte activa”** de los implicados en los asuntos que les conciernen.

En la Conferencia de Alma Ata se define en su informe final el concepto de participación de la comunidad como *“el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario”*.

Más recientemente, la carta de Ljubljana (1996) sobre reformas de los sistemas sanitarios en Europa recomienda que *“las reformas de los sistemas sanitarios deben dirigirse a las necesidades de los ciudadanos, teniendo en cuenta, a través de los*

procedimientos democráticos, sus expectativas sobre la salud y los servicios sanitarios. Han de garantizar que la voz y la capacidad de elección de los ciudadanos influyan de forma decisiva en la organización y prestación de los servicios sanitarios. Los ciudadanos deben también compartir responsabilidades sobre su salud”.

En general, todos los informes y documentos oficiales de organismos internacionales y grupos de expertos en materia de salud pública enfatizan la necesidad de la participación comunitaria en temas de salud.

30

En definitiva, es participar en la toma de decisiones, para elegir un proyecto comunitario o grupal, planificarlo, implementarlo, gestionarlo, supervisar y controlarlo. En los programas de promoción de la salud y educación para la salud, los protagonistas directos de la acción participativa son habitualmente los técnicos y la población. El papel que cada uno de ellos represente en la dirección y el control del proceso de planificación y gestión de la intervención proporcionará información valiosa para identificar el estilo de participación que se aplica en cada una de ellas.

El rol de los profesionales debe ser el de facilitador del proceso, un rol negociador. El grupo al que va dirigida la intervención es insustituible, por lo que tendrá que tomar parte junto con el resto de los implicados identificados en la exploración de la necesidad, que obliga metodológicamente a su inclusión y a tratar en condiciones de igualdad en relación al poder en el control del proceso a las personas implicadas en todas sus fases.

En general, todos los informes y documentos oficiales de organismos internacionales y grupos de expertos en materia de salud pública enfatizan la necesidad de la participación comunitaria en temas de salud.

7.2.2.-Modelos de participación comunitaria

A continuación, nombramos algunos de los modelos de participación en la comunidad.

- Voluntarios comunitarios de salud.
- Consejos locales.
- Participación de los consumidores mediante encuestas de opinión.
- Consejos locales de salud.
- Asociaciones de vecinos

Ejemplo de la planificación. Fuente: <http://www.galileo.edu/futuro/PE.htm>

31

Imagínese usted al capitán de un barco a la deriva después de una tormenta, en medio del mar. Las condiciones del ambiente lo obligan a fijar una nueva ruta y reúne a los miembros de su tripulación para hacer un plan que los ayude a llevar la nave a buen puerto.

- Lo primero que hacen los navegantes es fijar el lugar hacia el que se quiere dirigir: Esa es lo primero que debemos determinar, una puesta en común, un faro. Es muy probable que cada uno de los marinos pudiera pensar en dirigirse hacia diferentes lugares antes de tal puesta en común, pero después de haber llegado a un consenso, esta situación cambia.

- Inmediatamente después hacen un **análisis de la situación alrededor del barco**: cómo está el mar, si está picado, si hay rocas, si hay tiburones, cuál es la velocidad del viento, eso es un análisis del entorno para determinar las **oportunidades y amenazas** que pueden encontrar los marinos para llegar al lugar que se han fijado. Luego que se han puesto de acuerdo y hecho un análisis **del entorno**.

-Luego, empiezan a hacer un **análisis interno** para determinar Luego, empiezan a hacer un **análisis interno** para determinar quiénes son los mejores remeros, quién es un buen guía, con qué elementos se cuentan: si tiene agua, comida, remos, velas, si el barco tiene partes débiles, si hay un grupo de personas dentro del equipo que puedan fallar y armar un motín, etcétera.

La planificación es una herramienta útil en muchos campos de la vida, ya que de esta manera se supera la improvisación. Organizarse para lograr con los recursos que se tienen los objetivos deseados permite lograr mejores resultados, ahorrando dinero, tiempo y esfuerzo. Esta manera de entender la participación permite el diseño de las actuaciones. La Salud desde el nivel en que cada uno de ellos se encuentre, y su participación será el eje para el desarrollo del proceso de planificación de las actuaciones.

7.2.3.- El enfoque en la planificación participativa

Una definición de lo más simple del enfoque participativo es uno en el que todos los participantes en la intervención tienen voz, ya sea porque estén presentes o sean representados. Los miembros del personal de la organización que va a ponerla en marcha, los miembros de la población objetivo, los funcionarios de la comunidad, ciudadanos interesados, y personas de las agencias involucradas, escuelas, y otras instituciones deben ser todos invitados a la mesa. Toda participación debe ser bienvenida y respetada, y el proceso no debe ser controlado o dominado por ningún individuo o grupo, o por un solo punto de vista.

32

Esto es el ideal. La realidad puede ser a menudo muy diferente. Algunas personas podrían no desear estar involucrados ellos podrían sentir que les lleva mucho tiempo, o que no tienen las habilidades necesarias. Algunos individuos o grupos podrían sentirse excluidos o no respetados si no son invitados a participar. El proceso de planificación puede ser una aprobación mecánica de ideas que ya han sido desarrolladas. Las opiniones de algunas personas pueden ser escuchadas más cuidadosamente que las de otros. En algunas de estas situaciones, un proceso participativo puede causar tantos problemas como el no involucrar a la gente en absoluto.

Lo importante a recordar aquí es la palabra participativo. El uso de este término implica no solamente preguntar la opinión de alguien antes de realizar lo que vas a hacer de cualquier modo, sino que cada participante se convierta en un contribuyente importante del proceso de planificación.

Un verdadero enfoque participativo es aquel en el que la perspectiva de cada uno es considerada. Esto no significa que las personas no puedan desafiar las suposiciones de los otros, o no puedan argumentar sobre cuál de las estrategias podría ser la mejor. Esto significa, sin embargo, que las ideas de cada uno son respetadas, y no se asume que los profesionales o los más formados automáticamente saben qué es lo mejor. Todos en el momento presente participan en el proceso de planificación y tiene algún rol en la toma de decisiones.

7.2.4.-Ventajas del enfoque de planificación participativa

- La participación lleva consigo el sentimiento de pertenencia, y construye una base fuerte para la intervención en la comunidad.
- Asegura que la intervención tendrá mayor credibilidad en todos los segmentos de la comunidad.
- Un enfoque en la planificación participativa evita obstáculos ocasionados por la ignorancia de las realidades de la comunidad o de la población a la que va dirigida.
- Desde el inicio involucra a los actores importantes.
- El tener una mayor diversidad de personas en el proceso de planificación permite tener un acceso a una más amplia gama de ideas y perspectivas.
- Un enfoque en la planificación participativa evita obstáculos ocasionados por la ignorancia de las realidades de la comunidad o de la población a la que va dirigida
- Implica respeto para todos en la comunidad.
- Un proceso de planificación participativa construye confianza, tanto entre tu organización y la comunidad y entre los individuos involucrados. Refleja las metas y la misión de las organizaciones de base y basadas en la comunidad.

7.2.5.- Desventajas del enfoque de la planificación participativa

- Algunos miembros de la población objetivo o de la comunidad pueden no estar de acuerdo con los "expertos" en relación a lo que se necesita.
- Mucha educación puede ser necesaria para ambos, tanto los miembros de la comunidad como de la organización.
- Un proceso de planificación participativa necesita paciencia y el compromiso de parte de todos.

7.2.6.- Niveles de planificación participativa

Hay varias maneras de considerar la planificación participativa. Como se ha demostrado en lo descrito anteriormente de las ventajas y desventajas, esta clase de proceso siempre presenta, aún en el mejor de los casos, un elemento de

compensación entre la eficiencia y la inclusión. La presión del tiempo, las necesidades de la comunidad, las habilidades y las experiencias de los participantes, y la naturaleza de la intervención, entre otros factores, ayudan a imponer la forma actual del proceso de planificación. A continuación, se detallan los niveles.

- *Información* -Lo menos que puedes hacer es decirles a las personas lo que se ha planificado.
- *Consulta* -Usted ofrece un número de opciones y se retroalimenta escuchando.
- *Decidir juntos* -Usted anima a otros a dar algunas opciones e ideas adicionales, y a unirse para decidir lo mejor para seguir adelante.
- *Actuar juntos* -No tan solo diversos intereses deciden juntos qué es lo mejor, sino que construyen una sociedad para realizarlo.
- *Apoyar iniciativas comunitarias independientes* -Usted ayuda a otros a hacer lo que ellos quieren - quizás dentro de un marco de subvención, del asesoramiento y del apoyo provisto por el dueño de los recursos.

Cada uno de estos niveles puede ser apropiado en diferentes circunstancias, o con diferentes grupos, aunque solo y por encima de todo “decidiendo juntos” comienzan a ser plenamente participativos en el sentido que este término se usa en esta sección.

7.2.7. - ¿Quiénes deben de estar involucrados en el proceso de planificación participativa?

- Miembros de la población *diana* tanto aquellos en que la intervención se enfoca de forma específica, como otros con los que comparten cultura, edad, lengua, u otras características.
- Personas que la comunidad considera como importantes formadores de opinión. Pueden ser miembros de la población objetivo en sí, o bien forasteros, del clero, consejeros, antiguos miembros de la comunidad

quienes ahora se mueven en los círculos de poder, políticos, etc. Personas en las cuales la población objetivo confía y cree.

- El equipo de salud de Atención Primaria.
- Miembros de los consejos de salud.
- Asociaciones de vecinos
- Políticos miembros de la comunidad

35

7.2.8.- La evaluación de la planificación participativa

Los constructores de comunidad con experiencia saben que involucrar a las personas interesadas, las personas que están directamente conectadas a sus proyectos y que son afectadas por ellos en su trabajo es tremendamente importante. Eso les da la información que necesitan para diseñar, y para ajustar o cambiar, lo que ellos hacen para conocer mejor las necesidades de la comunidad y de las poblaciones particulares, que una intervención o iniciativa se supone que beneficia. Esto es particularmente cierto en relación con la evaluación.

7.2.9.-Diferencia entre evaluación del proceso y de los efectos del programa en la participación comunitaria

Evaluación del Proceso

“La primera tarea de la evaluación del proceso consiste en asegurarse de que el programa planificado se preparó y ejecutó de acuerdo con las intenciones originales”.

“La evaluación del proceso cubre todos los aspectos de provisión del programa e, incluso, aspectos como el contenido, la asistencia a las sesiones y lo que las personas opinan de ellas”.

“Un programa funcionará sólo si se ejecuta en la forma adecuada, llega a las personas adecuadas y éstas se muestran satisfechas con él. Hay que evaluar el proceso antes de efectuar cualquier otra forma de evaluación que valore los efectos del programa”

“Incluso si se tiene la certeza de que la marcha del programa es óptima, es conveniente realizar la evaluación del proceso para mantener la vigilancia como precaución. A esto se le denomina garantía de calidad, *“asegurarse de que la calidad con que se ejecuta el programa alcanza las normas de buena práctica”*.”

Las principales preguntas de la evaluación del proceso son:

- 1) ¿El programa llega al grupo diana? ¿Cada parte del programa llega a todas las partes del grupo diana?
- 2) ¿Los participantes están satisfechos con el programa?
- 3) ¿Se llevan a cabo todas las actividades del programa?
- 4) ¿Son de buena calidad todos los materiales y componentes del programa?

36

Evaluación del impacto y de los resultados: valorar los efectos del programa.

A diferencia de la evaluación del proceso, a través de la valoración del impacto y de los resultados valoramos el grado de consecución de los objetivos que nos hemos planteado en el programa.

Evaluación de los efectos: diferencia entre evaluación del impacto y evaluación de los resultados

Tanto la evaluación del impacto como la de los resultados implican la valoración de los efectos del programa, pero de distinto modo.

- La evaluación del impacto suele centrarse en la valoración de los efectos inmediatos del programa y, en general, se corresponde con los objetivos del programa.
- La evaluación de los resultados se centra en los efectos posteriores o más a largo plazo y, en general, se corresponde con la meta del programa” (Have P. 1993)

7.2.10.-A modo de resumen en cuanto a la planificación participativa

Un proceso de planificación participativa- uno en el cual los interesados estén involucrados es a menudo la forma más efectiva e incluyente de planificar una intervención comunitaria. Un proceso participativo provee a la comunidad de un

sentido de pertenencia y de apoyo a la intervención, información sobre la historia de la comunidad, políticas, y pasados errores, y respeto y voz para todos. También toma tiempo, cuidado, respeto mutuo, y compromiso.

Con la finalidad de dirigir este proceso bien, debes considerar cuidadosamente qué nivel de participación es el más adecuado dentro de las circunstancias. Debes identificar a los interesados, y asegurarte de que todos se reúnan, usando las técnicas de comunicación diseñadas para lograrlo.

37

Debe tenerse cuidado al poner el proceso en curso. La persona y los métodos escogidos para convocar pueden enviar mensajes sobre cuáles son tus intenciones, y tiene un gran efecto sobre cuáles y cuántos participantes atraerás. El proceso debe mantenerse en el tiempo, de modo que el impulso no se pierda. Si puedes manejar un proceso de planificación que cumpla con estos requisitos, lo más probable es que vas a lograr una intervención comunitaria con éxito, una que realmente funcione y cumpla con las necesidades de la comunidad.

Por último, todo programa de participación debe de ser evaluado de manera continua para conseguir el efecto deseado.

8. INTERVENCION/PARTICIPACION COMUNITARIA

Son acciones que los servicios de salud emprenden sobre la población con el objetivo de mejorar sus niveles de salud.

El objetivo general es:

- Tratar de ayudar a las personas para adquirir confianza y habilidades necesarias para resolver sus problemas de salud.
- Pretende asegurar que se produzcan cambios concretos en el entorno social que corrijan desigualdades y marginación social.

Profesionales en la intervención comunitaria: trabajadores o colaboradores del EAP

- Voluntariado.
- Profesionales sanitarios.
- Trabajadores sociales.

Las acciones concretas de la intervención comunitaria son:

Atención primaria orientada a la comunidad (APOC)

- Práctica de la AP que combina la atención individual con la comunitaria.
Para su desarrollo es preciso.
 - Un servicio prestado por la APS
 - Una comunidad delimitada.
- Para la identificación de las necesidades de la APOC:
 - Examen preliminar de la comunidad.
 - Diagnóstico comunitario.
 - Planificación e intervención.
 - Puesta en práctica y seguimiento del programa de intervención.
 - Vigilancia del programa.
 - Evaluación del programa.
 - Reexamen del resultado de la evaluación.

38

Deben de estar presente los autocuidados y la ayuda mutua como las asociaciones.

Por último, destacar la necesidad de la EPS en la promoción de hábitos saludables impartida tanto a nivel de la consulta, como en el domicilio y la comunidad.

9. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. Zurro, M. et. al. Compendio de Atención Primaria. 4ª ed. Elsevier. Barcelona. 2016
2. Gil, V.F. et. al. Manual de metodología de trabajo en enfermería de Atención Primaria. Jarpio Editores S.A. Madrid 1997.

3. Starfield, B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson Editores. Barcelona 2001.

4. Piédrola, G. Et. al. Medicina Preventiva y Salud Pública. Salvat. 12ª ed. Elsevier. Barcelona 2016.

3.-Guzmán Valenzuela, J.M.: Diseño de un programa de EpS, en Serrano González, M.ª I La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud. Madrid. (2002). Díaz de Santos.

4.- Hawe P. Evaluación en Promoción de la Salud, guía para trabajadores de la salud. Barcelona, Masson. 1993.

5.- Hernández J., Colomer C. Promoción de la Salud y Cambio social. La Participación Comunitaria. Páginas: 89-98.

6.- OMS. Reformas Sanitarias en Europa. Carta de Ljubljana. Madrid: OMS Ministerio de Sanidad y Consumo. 1997

7.-OMS Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional Alma Ata. Ginebra: OMS 1978

9.1. Recurso en la web

http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_08_08_promoci_salud.pdf

<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v23n1/v23n1a02.pdf>

10.- SABER MÁS

<http://www.galileo.edu/futuro/PE.htm>

En esta dirección podremos analizar el concepto de capacitación de los grupos y las comunidades:

<http://www.scn.org/ip/cds/mpfc/modules/tm-curs.htm>

En este enlace encontraremos toda una guía que podemos utilizar para entender mejor el proceso de capacitación el Adiestramiento para la gestión de programas.

<http://www.scn.org/ip/cds/mpfc/modules/tm-curs.htm>

El concepto de Participación social. <http://www.alter.org.pe/alt13108.htm>

La participación comunitaria, la definición, las actitudes de los actores sociales y el poder

[http://www.gruposaludgtz.org/proyecto/pass-gtz/calsap/Documents/Participacion %20Comunitaria.pdf](http://www.gruposaludgtz.org/proyecto/pass-gtz/calsap/Documents/Participacion%20Comunitaria.pdf)

En este enlace hay un estudio de caso sobre la participación comunitaria en un programa de planificación familiar.

<http://erc.msh.org/readroom/espanol/increase.htm>

En este enlace, encontraremos, métodos participativos para el proceso de planificación del programa

<http://www.worldbank.org/poverty/spanish/impact/methods/ba.htm>