De la Medicina Comunitaria a la Práctica Profesional en Salud

Gilberto Bastidas (Coord) • Tadeo Medina
Lino Rada • Ligia Gámez • Diomelis Maurera
Gustavo Oviedo • María Karina Arvelo
Ariel Reyes • Zoraida Castillo Lara

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

De la Medicina Comunitaria a la Práctica Profesional en Salud. Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad de Carabobo. 1ra Ed. Valencia, Venezuela. 2020

p.124;

1. Ciencias de la Salud – Salud pública - Medicina – Educación

Primera edición, 2020

© Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

Autores: Gilberto Bastidas, Tadeo Medina, Lino Rada, Ligia Gámez, Diomelis Maurera, Gustavo Oviedo, Ariel Reyes, María Karina Arvelo, Zoraida Castillo Lara.

Editora literaria: Zoraida Castillo Lara.
Coordinador General: Gilberto Bastidas.
Compiladores: Diomelis Maurera, Ariel Reyes
Corrector: Lino Rada.
Revisor: Gustavo Oviedo.

Cuerpo de Arbitraje: Leticia Lorena Da Costa Leites Da Silva (Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador), Anabel Sarduy Lugo (Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador), Everilda Artega (Universidad de Carabobo), Antonio Domínguez (Universidad de Carabobo).

Imagen de portada: Collage de imágenes tomadas por los docentes y estudiantes de Medicina Comunitaria.

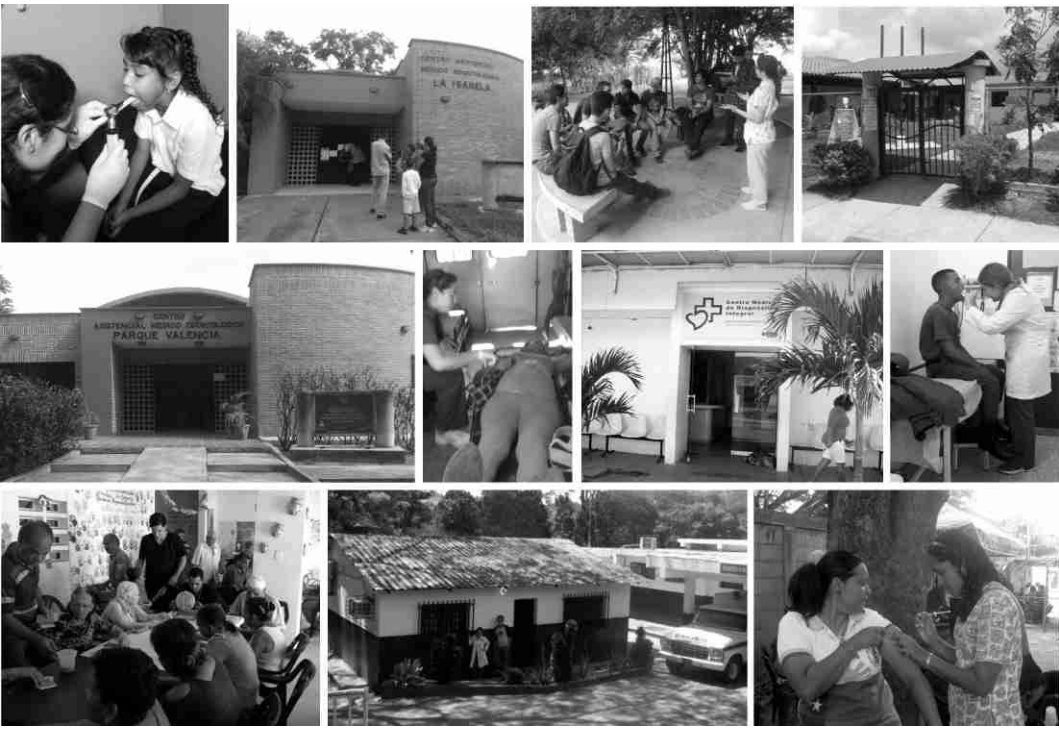
Diagramación y Montaje: Zoraida Castillo Lara.

Libro Electrónico:

Depósito Legal: CA2020000078
ISBN Electrónico: 978-980-233-774-3
Hecho en Venezuela - Made in Venezuela

Este libro está protegido bajo la licencia Creative Commons **Reconocimiento Internacional - No Comercial - Compartir Igual (CC BY-NC-SA),** para copiar, distribuir y comunicar públicamente por terceras personas si se reconoce la autoría de la obra en los términos especificados por el propio autor o licenciante. Está permitido que se altere, transforme o genere una obra derivada a partir de esta obra, siempre deberá difundir sus contribuciones bajo la misma licencia que la creación original. No Puede utilizarse esta obra para fines comerciales. Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.

De la Medicina Comunitaria a la Práctica Profesional en Salud



Gilberto Bastidas • Tadeo Medina
Lino Rada • Ligia Gámez • Diomelis Maurera
Gustavo Oviedo • María Karina Arvelo
Ariel Reyes • Zoraida Castillo Lara

Venezuela 2020

De la Medicina Comunitaria a la Práctica Profesional en Salud

Gilberto Bastidas • Tadeo Medina
Lino Rada • Ligia Gámez • Diomelis Maurera
Gustavo Oviedo • María Karina Arvelo
Ariel Reyes • Zoraida Castillo Lara

Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Venezuela 2020

Autores

Gilberto Bastidas: Médico Cirujano con Diplomados en: Atención de Emergencias Prehospitalarias, en Dirección Ejecutiva para la Alta Gerencia en Salud, y en Salud y Seguridad Laboral. Con Curso de Gerencia en Salud equivalente al Curso Medio de Salud Pública. Con Maestrías en Gerencia de la Educación, en Protozoología y en Salud Pública y Gestión Sanitaria. Doctor en Parasitología. Docente e Investigador del Departamento de Salud Pública, Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

Tadeo Medina: Médico Cirujano Especialista en Psiquiatría y en Educación Superior. Con maestría en Desarrollo Curricular. Con Doctorado en Ciencias Sociales mención Salud y Sociedad. Docente e Investigador del Departamento de Salud Pública, Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

Lino Rada Alfonzo: Médico Cirujano y Partero. Abogado. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Docencia para la Educación Superior. Con Maestrías en Gerencia Avanzada en Educación y Desarrollo Curricular. Doctor en Ciencias Médicas. Post-Doctorado de Gerencia en las Organizaciones. Docente e Investigador del Departamento de Salud Pública, Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

Ligia Gámez: Médica Cirujano Especialista en Medicina Familiar. Con Cursos Medio en Salud Pública mención Administración Sanitaria y Medicina Tradicional China. Con Maestría en Docencia Universitaria. Docente e Investigador del Departamento de Salud Pública, Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

Diomelis Maurera: Médica Cirujano Especialista en Medicina Familiar. Con Doctorado en Ciencias Sociales mención Salud y Sociedad. Docente e Investigador del Departamento de Salud Pública, Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

Gustavo Oviedo Colón: Médico Cirujano con Maestría en Nutrición. Doctor en Ciencias Médicas. Docente e Investigador del Departamento de Salud Pública, Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

María Karina Arvelo: Licenciada en Enfermería. Especialista en Educación Superior. Con Maestría en Investigación Educativa. Cursante del Doctorado en Educación. Docente e Investigador del Departamento de Salud Pública, Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

Ariel Reyes: Médico Cirujano con Curso Medio en Salud Pública mención salud ocupacional. Con Maestría en Educación mención Investigación Educativa. Con Doctorado en Educación. Docente e Investigador del Departamento de Salud Pública, Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

Zoraida Castillo Lara: Licenciada en Educación. Magister en Investigación Educativa. Doctorante en Ciencias Sociales mención Estudios Culturales. Diseñadora Gráfica. Docente e Investigadora del Departamento de Salud Pública, Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

Comité de Arbitraje

MSc. Leticia Lorena Da Costa Leites Da Silva: Licenciada en Nutrición, Magister en Nutrición con énfasis en Salud Pública. Experiencia como supervisora en programas gubernamentales sobre primera infancia, nutricionista en atención hospitalaria, en geriátricos y docente en Universidad Tecnológica de Uruguay. Actualmente docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador.

MSc. Anabel Sarduy Lugo: Licenciada en Enfermería, Máster en Enfermedades Infecciosas, Docente de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud en Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador.

Dra. Everilda Artega: Médico Cirujano, Pediatra Puericultor, Especialista en Salud y Desarrollo de Adolescentes, Doctora en Ciencias Médicas, y Directora de Extensión de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

Dr. Antonio Domínguez: Médico Cirujano, Especialista en Epidemiología, Doctor en Ciencias Médicas, asumió importantes cargos gerenciales en la Administración Sanitaria venezolana, y gran experiencia en la Medicina Comunitaria.

Índice

Prólogo..... 11

CAPÍTULO 1. La Medicina Comunitaria 13
1.1. Concepto de comunidad..... 13
1.2. Concepto de medicina comunitaria..... 13
1.3. Origen de la medicina comunitaria..... 20
1.4. Factores que influyen sobre el desenvolvimiento del sector salud. Apuntalamiento de la medicina comunitaria.... 22
1.5. Apreciación de la medicina comunitaria en el contexto profesional..... 24
1.6. Medicina comunitaria intra y extrahospitalaria..... 26
1.7. Medicina comunitaria y programas de salud..... 27
1.8. La interdisciplinaridad en la medicina comunitaria..... 28
1.9. Medicina comunitaria y participación comunitaria..... 29
1.10. De hospitales a centros de medicina comunitaria..... 36

CAPÍTULO 2. Epidemiología en medicina comunitaria 39
2.1. Concepto de epidemiología..... 41
2.2. Epidemiología comunitaria..... 43
2.3. Concepto de salud pública..... 44
2.4. Paradigmas de la medicina y políticas de salud pública 45
2.5. La formación en epidemiologia para la puesta en práctica de la medicina comunitaria un nuevo enfoque de la administración en salud..... 47

CAPÍTULO 3. Atención en salud en la medicina comunitaria 57
3.1. Objetivos de la atención primaria..... 59
3.2. Atención primaria orientada a la comunidad..... 60
3.3. Atención primaria en salud desde el contexto integral o de la medicina comunitaria..... 62
3.4. Promoción de la salud..... 65
3.5. Educación para la salud..... 65
3.6. Atención primaria en salud en el adulto mayor..... 67
3.7. Principios bioéticos en la atención en salud..... 68
3.8. Sistemas locales de salud..... 70

CAPÍTULO 4. Diagnóstico de salud 77
4.1 Modelos explicativos del fenómeno salud-enfermedad.. 79
4.2 Registro de información..... 81
4.3 Diagnóstico de salud..... 82
4.4 Seguimiento en el cuidado de la salud..... 83

CAPÍTULO 5. La salud integral, la atención médica y el hospital 85
5.1. Concepto de hospital..... 87
5.2. Origen de los hospitales..... 87
5.3. Dirección de hospitales..... 89
5.4. La salud integral, la atención médica y el hospital..... 90
5.5. Hospitales y formación en salud..... 91

CAPITULO 6. Paradigma educativo estructurado para aprender Medicina Comunitaria a través de la práctica profesional. 95
6.1. Introducción..... 97
6.2. Diseño educativo para la enseñanza de actitudes positivas hacia la medicina comunitaria..... 98
6.3. Conceptualización de la práctica profesional..... 100
6.4. Subáreas de las prácticas profesionales..... 101
6.5. Enseñanza y aprendizaje basado en la comprensión como elemento definitorio de la medicina comunitaria..... 103
6.6. Aprender a través de la práctica en Medicina Comunitaria..... 105
6.7. Funciones del profesor como tutor académico de la asignatura medicina comunitaria..... 106
6.8. Funciones del instructor local o tutor laboral en la unidad operativa de la red ambulatoria en la práctica de la medicina comunitaria..... 108
6.9. Funciones del pasante de medicina comunitaria en zonas rurales y urbanas..... 109
6.10. Prácticas sociales y Salud Pública..... 110

Referencias bibliográficas..... 113

Prólogo

La medicina comunitaria tiene carácter netamente social por ello se afianza en la participación de la colectividad y se fundamenta en la atención primaria en salud, en el enfoque holístico y en las cualidades humanísticas de quienes la imparten o reciben. Además persigue el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de las personas que viven en grupos, esto dentro del marco de la salud pública, en los planes y programas de salud estatal y en el Sistema Nacional de Salud. La salud es un derecho humano y social vital que debe garantizársele especialmente a los ciudadanos de menores recursos económicos, es decir, a los más desposeídos, es aquí que cobran gran valor los principios de la medicina comunitaria.

El aspecto comunitario de la práctica de la medicina surge, o podría mejor decirse resurge, con la conferencia en Alma-Ata de la Organización Mundial de la Salud en 1978 sobre la atención primaria en salud, cuyos pilares fundamentales son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con sus implicaciones interdisciplinarias, estrategias, métodos y actividades orientadas hacia el mejoramiento del estado de salud de una población definida, la que se encuentra dentro del ámbito de trabajo de los equipos de salud, pero entendiéndose que no está exclusivamente circunscrita a la atención primaria, sino que también involucra el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de quien enferma. Se trata, pues de llevar la atención socio-sanitaria a la comunidad, con base en diagnósticos previos, hechos dentro de ella con la participación de la misma como requisito indispensable.

Este libro, aunque inicialmente concebido para brindar información a estudiantes de medicina y a los médicos tiene como objetivo final servir como fuente de referencia a todos aquellos

estudiantes o profesionales relacionados con la prestación de servicios de salud. En este texto se presentan los conceptos, análisis, reflexiones y divergencias de otros autores y de nuestra experiencia como docentes en el área; que vienen a dar respuesta a la carencia de información compacta y compendiada sobre el tema. Finalmente esperamos que este documento contribuya con la formación integral y humanista de los profesionales del sector sanitario dentro y fuera de Venezuela.

Gilberto Bastidas

LA MEDICINA COMUNITARIA

Gilberto Bastidas

1.1 Concepto de comunidad

Ha sido abordada como representación estructural en referencia primordialmente con límites geográficos, organización y actividades interrelacionadas; y como proceso social en que interactúan los individuos (Silva, 2009), al respecto, se mencionan en la tabla siguiente algunas apreciaciones sobre el significado del término "comunidad":

Concepto/apreciaciones	Autor
Cualquier agrupamiento de individuos conscientemente organizados, habitando un área o localidad específica, dotada de autonomía política, con instituciones primarias como escuelas e iglesias entre las cuales son reconocidos ciertos grados de interdependencia, con un proceso de interacción social que genera actitudes y prácticas más intensiva y extensiva de interdependencia, cooperación y unión.	Lindman (1951).
Asociaciones humanas restringidas al sentido de pertenencia.	Ferrara y col (1972).
Al tener valores comunes los individuos interactúan intensamente en el desempeño de los roles que ha establecido el grupo.	Silva (2009).
Comunidad implica las asociaciones donde los conflictos superfluos fueron eliminados.	

1.2 Concepto de medicina comunitaria

La medicina comunitaria o la medicina socializada es la que persigue solventar la salud del pueblo, por ser la que llena, o al menos lo intenta, el vacío dejado por la práctica de la medicina pública y privada, con la inclusión no solo de procedimientos de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad,

sino también a través de la implementación de serios esfuerzos curativos, con base en la utilización del cuerpo de conocimiento de otras disciplinas, si se quiere distintas de la netamente médica como la sociología, la psicología social, la ecología, la genética, entre otras; todo ello en un intento, por demás loable, de apuntalar el estudio y la aplicación de las ciencias sociales en el entendimiento y resolución de la salud por ser, así lo creemos firmemente y en acuerdo con otros autores, una representante avanzada de la salud pública clásica, pues involucra la participación activa de la comunidad organizada. Comienza con esto a hablarse como señalara González y col (2010) de:

> "La medicina social orienta su búsqueda, hacia la salud colectiva. Desde este marco epistémico, propone que nuestro objeto de reflexión e intervención no sean los individuos, sino los actores/as sociales. Su centro de atención serían las poblaciones vistas como totalidades, cuyas características trascienden al mero agregado de individuos; ampliando así la definición de problemas, la investigación y prácticas dentro del encuadre materialista histórico y no solo en determinantes de la enfermedad. Enfrenta a la mirada positivista al incorporar otras categorías de análisis como lo económico, lo social, lo político, y lo ideológico como mediación para comprender la salud-enfermedad, como expresión de unas relaciones de producción histórico cultural".

Pero, cuando se habla de medicina comunitaria, como afirmara Vidal (1975):

> "…en general existe la tendencia a considerar exclusivamente la que se aplica a un conjunto de pobladores, y dentro de estos, a los que se encuentran más postergados económica, social o culturalmente. Esto no es más que la consecuencia de transpolar los conceptos y acciones fundamentalmente vividos en

> los departamentos de medicina preventiva, sanitaria y social. Ello conduce a dos errores básicos: primero, restringir los objetivos y contenidos de la medicina comunitaria que derivan de su carácter de integral, y segundo, confundirla con los programas extramurales de esos mismos departamentos, lo que lleva a desplazar al hospital (comunal, regional, de la seguridad social o académico) como unidad de base para practicarla".

Como puede apreciarse la medicina comunitaria para algunos es un nuevo calificativo de la medicina social, para otros una redefinición de la salud pública y para muchos entre ellos Vidal (1975) es un nuevo enfoque de la medicina, en este sentido este último señala que:

> "…la medicina comunitaria propicia la formación de personal extraído de la misma comunidad (voluntarios y promotores de salud "de cuadra") y el desarrollo de un nivel de atención de salud en la propia comunidad, donde ella misma solucione los problemas de salud de ese nivel participando en la prevención, promoción, recuperación, e inclusive en la referencia de pacientes a niveles más complejos y recibiendo aquellos de sus miembros que en fase de convalecencia necesitan de una rehabilitación física y psíquica al reincorporarse a la vida familiar y comunal. Propiciamos así la apropiación del conocimiento médico por parte de la población".

Igualmente señala Vidal (1975) que:

> "Se entiende por medicina comunitaria el conjunto de acciones intra y extrahospitalarias de medicina integrada que realiza un equipo de salud con la participación activa de la comunidad. Indudablemente, esta sucinta definición requiere de una explicación, más aún porque la medicina comunitaria constituye un nuevo enfoque de la docencia para la formación de profesionales de salud y está indisolublemente unida a los sistemas de salud".

En este sentido, autores como Devoto (1970) apuestan por una práctica en salud con base en equipos de trabajo polivalentes (cuyo líder no siempre será el médico), que se sientan parte de la comunidad y que se apoyen en lideratos reconocidos y aceptados por la misma, en consecuencia señala que: "Solo una participación activa de la comunidad, en una empresa que otorgue salud, en cuyo seno exista un espíritu de comunidad de trabajo, realizado mediante métodos democráticos y de autogestión, podría ser el fundamento de una medicina comunitaria".

Sería más prudente según opinan otros hablar de aproximaciones antes que de definiciones, porque la medicina comunitaria también es considerada como el resultado de la medicina curativa y preventiva, o como dirían algunos un concepto evolutivo más que nuevo, porque ha tenido que afrontar o pasar por 4 etapas continúas:

Etapa	Tema central	Identificada
Tradicional.	Saneamiento ambiental y epidemiología bacteriológica.	Higiene y Salud Pública.
Incorporativa.	Servicios de salud, Programas de salud verticales.	Medicina preventiva.
Comprensiva.	Enfermedad como fenómeno de masas con antecedentes biopsicosocial.	Medicina social.
Trascendente participativa.	El hombre y la comunidad a la que pertenece pasan de ser objeto de las acciones de salud a ser el sujeto de la misma, ya que, participa en la búsqueda de soluciones a sus problemas de salud.	Concepción estructuralista.

Fuente: Diseñado por los Autores.

Lo cierto es que la medicina comunitaria no puede considerarse como el simple resultado de la evolución experimentada por la docencia médica, es decir, desde la enseñanza de la medicina individual, pasando por la preventiva e integral con enfoque familiar y finalmente por la incorporación de la comunidad. Es sin duda, algo más, como se evidencia por el análisis que hace Vidal (1975) en su concepto:

> "La medicina integrada considera al hombre, sujeto de sus acciones, como un ser en su triple dimensión física, psíquica y social, en su interacción con su medio ambiente. En consecuencia, actúa dentro del contexto global y ecológico del ser humano y del fenómeno salud-enfermedad y se lleva a cabo mediante acciones integradas de salud. Son acciones integradas de salud las medidas de prevención de enfermedades, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud realizadas por un equipo de salud. Surge así la concepción que integra los aspectos curativos, preventivos, educativos y de rehabilitación física y psíquica, en un equipo formado por profesionales, auxiliares y personal administrativo, en el que cada uno tiene una misión que cumplir en el proceso de prestación de servicios de salud".

Para terminar creemos que al concepto de Vidal (1975) debe adicionársele la socialización para completar la definición de medicina comunitaria, variable expresada en el párrafo inicial de este apartado, porque la medicina integral es la expresión más fidedigna del derecho a la salud que persigue el abandono de la consideración de la enfermedad como una disfuncionalidad del sistema, donde la enfermedad cobra valor para la sociedad solo si incapacita al sujeto en el desempeño de su labor dentro del grupo, por ello los seguros públicos o privados cubren únicamente a aquellos que constituyen las fuerzas productivas. Es así que Parsons (1951) señala:

> "En los términos más generales se puede decir que la

> práctica médica se orienta a superar las alteraciones de la salud del individuo, es decir, la enfermedad. Se ha insistido tradicionalmente en el tratamiento o la terapia o, lo que es igual, en el tratamiento de casos que han alcanzado un estado patológico, intentando restaurarlos en la salud o normalidad. Recientemente se insiste cada vez más en la medicina preventiva, es decir, la que controla las condiciones que producen la enfermedad".

Por tanto, la orientación es hacia lo comunitario en la atención primaria en salud con base en la evaluación activa y detallada de las necesidades de la comunidad y en las soluciones que se da a las mismas, en respuesta a al menos cinco interrogantes básicas (Golfin y col., 2007):

1. ¿Cuál es el estado de salud de la comunidad?
2. ¿Cuáles son los factores responsables de ese estado de salud?
3. ¿Qué se ha hecho por parte de la comunidad y de los servicios de salud?
4. ¿Qué se puede hacer y cuál sería el impacto esperado de esas acciones?
5. ¿Qué medidas se requieren para dar continuidad a la vigilancia sanitaria de la comunidad y para evaluar los cambios en su estado de salud?

1.3 Origen de la medicina comunitaria

Es imprudente el empleo de las expresiones "salud pública", "medicina integral" o "medicina preventiva" como sinónimo de medicina comunitaria, pues propicia el comienzo de los problemas conceptuales y por tanto, operacionales, que llevan implícito el desconocimiento de la situación histórica que dio origen al término, entiéndase que para este caso (la medicina comunitaria) fue fundamentalmente la fuerte introducción de la idea de comunidad en el pensamiento y actividad profesional, con

lo que se jerarquiza la función social de la medicina.

Aunque no se conoce con exactitud el origen del término medicina comunitaria, o más acertadamente de este paradigma socio-sanitario, se cree que nace en la década de 1960, en Estados Unidos, en coincidencia con las políticas de combate de la pobreza que para entonces impulsaba el gobierno de ese país del norte de América, cuyo enfoque de acción se centraba en el trabajo multiinstitucional y multiprofesional desde dentro de las poblaciones, principalmente las agrupadas en guetos, es decir, las que tenían el más bajo nivel socio-económico, que para Venezuela se corresponden con las denominadas barriadas. Por tanto, la aparición de la medicina comunitaria en países desarrollados y en vía de desarrollo, están sin duda, en relación directa con la crisis del sector salud, que en el caso particular de Latinoamérica se caracteriza por tener morbilidad en relación con la pobreza (enfermedades infecciosas y carenciales) y morbilidad moderna, la que se produce en los trasplantes, por ejemplo.

Desde su origen la medicina comunitaria es abordada, visualizada o entendida bajo dos vertientes, que para nuestro entender no son mutuamente excluyentes, la primera como el empeño de los entes dispensadores oficiales de salud o asociaciones sin fines de lucro (voluntariado) para llenar los vacíos que, en ofertas socio-sanitarias, dejan el ejercicio de la medicina pública y privada; la segunda, entendida como la participación de las escuelas de medicina, en su intento, diríamos supremo, para operacionalizar la prevención en salud. En este contexto la medicina comunitaria atiende, según opinión de Silva (2009), a cinco proposiciones:

a) Como operacionalidad del concepto de medicina integral en la formación de los recursos humanos para la salud.
b) Como posibilidad de experimentación de modelos de

prestación de servicios de salud, asimilados o no por el sistema de atención médica.

c) Como forma de llenar lagunas entre la medicina privada y la medicina pública.
d) Como la acción que procede del Estado a través o no de sus universidades, en el sentido de modernizar la concepción de salud de la población.
e) Como posibilidad de intervención en el sentido de dirigir los hábitos, actitudes y comportamientos de la población hacia fines definidos por sectores dominantes, o sea, el control social, pero siempre el que tienen como meta el mayor bienestar del individuo de la comunidad.

1.4 Factores que influyen sobre el desenvolvimiento del sector salud. Apuntalamiento de la medicina comunitaria

Son varios los factores que provocan que el sector salud muestre saldo negativos en la atención a las poblaciones y que han servido para el incremento de adeptos de la medicina comunitaria, entre ellas destacan: la universalización de los servicios, es decir, el tener que hacerlos accesibles a toda la población como resultado de una progresiva conquista social que no puede desatenderse, aunque sí desvirtuarse, por las desigualdades sociales que se evidencian; la aplicación desmedida de las más sofisticadas y costosas tecnologías tanto para el diagnóstico como para la terapéutica; el control, casi exclusivo, de las aplicaciones de esos costosos procedimientos por parte de los profesionales del sector que se constituyen en dueños de la oferta y la demanda; la incapacidad del sistema de salud para afrontar los costos; y la apetencia del sector privado por reclutar más estratos sociales con capacidad de pago, aunque esta sea mínima, tal como expresara González y col. (2010):

"Este reduccionismo, ha obviado otras dimensiones de

la producción social de la salud: La gente y su mundo de acción y relación. Se han construido toda una serie de representaciones simbólicas que han distorsionado lo que significa la salud como un componente de la calidad de vida. Se puso énfasis en los costos de la atención de salud, con una visión de productividad y eficiencia, con un claro posicionamiento ideológico centrado en lo utilitarista- individualista; lo cual ha promovido las tendencias privatizadoras en detrimento de la visión de solidaridad humana. Los costos han sido la coartada perfecta para justificar la tendencia hacia la transferencia de lo público a lo privado, dominio de las transnacionales en salud, consolidación del complejo médico industrial, conformación de una cultura de masas en salud para el consumo de bienes y servicios, y focalización de las políticas sociales".

Son estos factores los que sirven de base para la fundamentación filosófica de la medicina comunitaria que a continuación se indican:

Derroteros.	Medicina orientada a todos los aspectos del ser humano, va más allá de lo biológico y de la práctica profesional netamente asistencial.
	Mide el estado de salud individual y colectiva con su interrelación o interdependencia.
	Reconoce en el ambiente y en la organización social factores condicionantes del estado de salud, así como los factores de riesgo para la salud en lo individual y colectivo.
	Se sustenta en la epidemiologia, en su interpretación, para definir la realidad socio-sanitaria de la comunidad.
	Se debe trabajar en equipo, entonces se exalta la interdisciplinariedad.
	Cada acto médico ocasiona un impacto social del que es responsable el galeno.
	Los proyectos comunitarios, específicamente su diseño, ejecución y evaluación deben formar parte de la destreza del médico, del equipo de salud.
	Atención en salud para todos, es el grito para acallar a la inequidad que se ausculta en la sociedad.

Fuente: Diseñado por los Autores.

1.5 Apreciación de la medicina comunitaria en el contexto profesional

Lo primero que debe decirse es que la medicina comunitaria no es ni puede ser calificada de bajo nivel, como opinan algunos profesionales de la medicina, tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo, al punto de verla como el retorno a la medicina medieval, esto no es cierto, porque la formación en medicina comunitaria no es sinónimo de generalismo, por el contrario, se trata de la formación de médicos integrales que pueden dedicarse a más de una especialidad y que pueden actuar en todos los niveles de atención en salud, en consecuencia no es un médico mediocre, sino un médico con amplia formación. El prejuicio que se tiene sobre la medicina comunitaria tiene su asidero en dos aspectos, por demás interrelacionados, el estatus profesional y el margen de incertidumbre, en relación con el primero se señala que es una sociedad que premia el prestigio del profesional, muchas veces inmerecido, pues recurre el médico a costosas campañas publicitarias para apuntalar una imagen de excelencia y de ser poseedor de los más novedosos conocimientos y del mayor desarrollo tecnológico, incluso se agrupan en castas, muy exclusivas y excluyentes. Por eso y como afirmar Santos-Suarez (2001) la medicina comunitaria:

> "Es una especialidad horizontal en contraste con la verticalidad de las hospitalarias. Ello ha comportado un cambio en el concepto del cuidado médico, desde una atención puntual y concreta hacia otra continuada e integral ejercida en la propia comunidad, pero que no ha ido parejo al de la enseñanza universitaria de una medicina que, tradicionalmente, ha valorado la especialización y devaluado la generalización comprometiendo el posible entusiasmo de los estudiantes de medicina por la atención primaria en salud y ejerciendo una influencia determinante en la opinión que éstos tienen acerca de la especialidad de medicina comunitaria".

> "La medicina familiar y comunitaria es una especialidad que no debe ser vista como un compendio de otras especialidades, y aun cuando las parcelas tratadas sean comunes no lo es en la forma de aproximarse al enfermo, ni en la eficiencia de resultados ni en el seguimiento esperado por esta atención. Requiere, pues de otra óptica para ejercerla, y un aprendizaje acorde para alcanzarla mediante una enseñanza pre y posgraduada específica".

Ahora bien, el margen de incertidumbre resulta de la imposibilidad que tiene el médico de siempre hacer el diagnóstico, por más conocimientos o ayuda tecnológica que tenga, es aquí que cobra valor la medicina comunitaria, porque la integralidad de conocimientos permitirá, sin desmedro, de la especificidad médica, abordar la mayor cantidad de factores o causas probables y de esta manera hacer el diagnóstico, esto sin duda reduciría el margen de incertidumbre, porque si no se diagnostica con certeza se hace una presunción, que ahora sí, podrá confirmar el galeno de determinada especialidad clínica, como puede apreciarse, se trata más bien de niveles a escalar para reducir la incertidumbre diagnóstica, como función de la responsabilidad médica institucionalizada por el propio facultativo (hacer lo posible por recupera la salud del paciente) y por la sociedad a la que sirve, niveles que interactúan para reducir los márgenes, sin que alguno pueda ser considerado superior a otros, ya que, ninguno eliminara totalmente la incertidumbre y porque todo nivel requiere de médicos integrales para afrontar científicamente y con raciocinio los problemas.

Ya y en el contexto formativo algunas universidades como dijera Casado y col. (2002):

> "…han considerado la importancia de establecer un equilibrio entre la oferta de estos conocimientos a los alumnos, junto a conocimientos y habilidades que les permitan enfrentarse a una realidad incontrovertible

que es la Realidad holística del enfermar. En definitiva intentan establecer un equilibrio entre un sistema basado en el hospital, orientado al conocimiento de la teoría, centrado en la enfermedad y en el modelo biológico, y un modelo centrado en el paciente, basado en la resolución de problemas, orientado a la comunidad y en un modelo bio-psico-social".

1.6 Medicina comunitaria intra y extrahospitalaria

En el pasado la medicina se ejercía, aunque sin adecuado apoyo tecnológico para el diagnóstico, con el traslado de los médicos a la casa del enfermo, pero con los avances científicos, el incremento de la población y el culto al menor esfuerzo, los enfermos fueron concentrados en hospitales en el entendido de poder brindarles ambientes especiales para tratar sus dolencias (no se pretende afirmar que todas las patologías deben tratarse en el domicilio). Cada opción de abordaje médico por si sólo tiene grandes debilidades, vemos, pues que la respuesta al problema, ofrecer la mejor atención sanitaria, es la medicina comunitaria la que se práctica en y con las comunidades, pero apoyada en los centros de salud especializados, no como centro del sistema de salud, sino como una respuesta de servicio, en su nivel correspondiente y como continuidad de la comunidad. Por lo anterior señalado es que la medicina comunitaria resulta importante para la asistencia, docencia e investigación, especialmente, porque en los hospitales se fragmenta la atención, por especialidades, se brinda atención al individuo enfermo, pero se deja de lado los problemas familiares y por supuesto la comunidad.

En la medicina comunitaria se resalta el valor de conocer la historia natural de la enfermedad, concepto epidemiológico, que permite entender la enfermedad como un proceso amplio, continuo y dinámico, como base de la concepción de integralidad que define a la medicina comunitaria, y que permite superar la visión

fragmentada que sobre la enfermedad se haría en un hospital, es por ello que la exposición exclusiva del estudiante durante su formación a las patologías que se registran intrahospitalariamente resultan ser insuficientes e incluso deformante de la realidad, particularmente porque los hospitales, "inicialmente creados para pobres" ponen barreras insuperables (distancia, tiempo, horarios de atención, discontinuidad, impersonalidad entre otros) para los mismos, que impide, y no por apatía, que acudan al hospital para ellos colocados en la cumbre de una montaña. Igualmente los estudiantes se verían afectados en su formación porque serian menos las patologías que tratarían, ya que, muchas de ellas no llegarían al claustro intrahospitalario.

1.7 Medicina comunitaria y programas de salud

Los entes oficiales responsables de velar por la salud de la población diseñan, planifican y ejecutan programas de salud que persiguen la atención médica integral, dirigida al individuo enfermo y al desarrollo de actividades comunitarias en promoción y prevención, pero también en curación y rehabilitación. Sin embargo, no son los médicos asistenciales de los hospitales los que llevan estos programas, son otros los encargados, específicamente los conocidos médicos dedicados a la administración sanitaria, quienes planifican, ejecutan, supervisan y evalúan los programas, en los centros de salud periféricos (red ambulatoria), ahora bien, la medicina comunitaria permite la integración de hospitales y la red ambulatorio en el cumplimiento de los programas de salud, porque esta nace en el hospital va hacia la periferia y termina nuevamente en el hospital, logrando de esta manera que los médicos asistenciales asuman verdaderamente las riendas de los programas de salud.

Por tanto, el cambio de actitud de los médicos, estudiantes y de la misma comunidad (ya que, apuestan muchas veces por

los programas netamente curativos y circunscritos al ámbito hospitalario) creemos que únicamente puede lograrse con la medicina comunitaria la intra y extrahospitalaria, porque como señalara San Martín y col. (1988):

> "Se puede hablar de -salud comunitaria- cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación de intereses comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades, y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas a través de los programas locales de salud. En realidad, lo que llamamos "salud comunitaria" es el programa de salud pública local, planificado sobre la base de los problemas y necesidades de cada comunidad, ejecutado con la participación de la comunidad. Se trata de una estrategia para aplicar localmente los programas de salud pública, y no de una especialidad nueva de la salud pública, y menos de la medicina".

1.8 La interdisciplinaridad en la medicina comunitaria

La atención sanitaria requiere de un conjunto de disciplinas que aseguren las acciones integradas en salud en que cada una aporte su experticia al proceso de prestación de servicios, de acuerdo al programa, problema de salud y nivel de atención sanitaria en que se actuará; con responsabilidad variable según el caso, y por supuesto con la incorporación de la comunidad, de sus miembros, aunque esto signifique que tenga que adiestrarse a algunos de ellos para que desempeñen eficientemente funciones en el campo sanitario, esto en pleno acuerdo con un enfoque más completo de salud como el que expresa González y col. (2010):

> "Este enfoque transdisciplinario en salud, precisa lograr una articulación transdisciplinaria que

innove y cree nuevos conocimientos, que supere la yuxtaposición de saberes, habilidades y destrezas. Por su parte, en el enfoque sistémico de la salud, se la concibe como un proceso social en el cual se produce y reproduce la vitalidad humana colectiva e individual. Contiene dimensiones económicas, sociales, culturales, políticas, espirituales, intersubjetivas".

1.9 Medicina comunitaria y participación comunitaria

Debe comenzar este aparte reconociendo que el concepto de participación comunitaria no apunta siempre al mismo objeto, pues existen diversas concepciones sobre la forma en la que se inserta a la comunidad en los programas de salud. Asimismo resulta prudente indicar que existen argumentos a favor y en contra de la participación comunitaria, fundamentalmente dentro de las dimensiones: político-sociales y salud. A continuación se muestran las posiciones favorables hacia la participación comunitaria (Bronfman y col., 1994):

Argumentos	Descripción
Importante desde el punto de vista político-social por sus efectos democratizadores.	Implica autogestión, autosuficiencia, autonomía, independencia y desarrollo de la comunidad como un todo.
Por su papel en la salud de la población.	Como medio técnico para mejorar la aceptación y ejecución de los programas de salud. De especial utilidad: ante el fracaso de programas implementados sin considerar a la comunidad, cuando no existen soluciones terapéuticas a determinado problema de salud (no existen vacuna para una enfermedad) e insuficiencia de recursos económicos. La participación como un fin.
Como herramienta de manipulación en lo social y político.	Excusa para manipular a la población cuando pretende legitimar a quien la promueve o implementa. La participación como un medio.

Igualmente la participación comunitaria puede verse como una estrategia (en este caso se pretende sea social y políticamente neutra, aunque no puede serlo) para potenciar la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud según posición expresada por la OMS en la Declaración de Alma Ata (1978):

> Que el único camino para superar las limitaciones y la inequidad en la distribución de los recursos para asegurar la meta de Salud para Todos es que se involucren las comunidades locales en la prevención y el tratamiento, ya que, sin el compromiso y responsabilidad de la comunidad los programas fracasarán.

En seguida se muestran las posiciones en contra de la participación comunitaria (Bronfman y col., 1994):

Argumentos	Descripción
Excusa para manipular política y socialmente a la comunidad.	Simplemente la participación como un medio político. En que se explota a la personas al atribuírsele trabajo no remunerado dentro de los programas de salud.
Incorporación de personal no capacitado.	Se trata de servicios sanitarios de baja calidad por contar con personas de la comunidad escasamente entrenados y con exiguos recursos materiales y humanos y proporcionados a los grupos desfavorecidos socialmente.
Los programas de salud con enfoque participativo únicamente pueden ser locales.	Esto haría a los programas sanitarios diferentes de una región a otra lo que aumentaría los costos y dificultaría su implementación, su factibilidad.
Imposibilidad para el cambio.	La creencia que los valores tradicionales de los pobres limitan las mejoras en su salud y que los pueblos tradicionales son incapaces de organizarse a sí mismos.

Vean ustedes, con lo expuesto anteriormente, que la participación comunitaria en los programas de salud, implica ventajas y desventajas para los grupos, pero se apuesta por darle mayor valor a sus aspectos o en tal caso su aplicación provechosa para la sociedad, porque y como señalara Bronfman y col. (1994) "que no existe necesariamente una relación biunívoca entre la participación y sus efectos", esto se creía desde la década de 1970, incluso antes. Al respecto en 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud que se llevó a efecto en Alma- Atá, URSS, se formalizó la definición de la participación de la comunidad como:

> "El proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo. Para ello, han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la amplitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propia aportación. Ahora bien, así como la comunidad debe estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las aptitudes propuestas y de sus costos relativos".

A partir de esta definición surgen otras como la de Vidal (1975) quien afirma que: "…la participación del hombre y de los grupos sociales de la comunidad tanto en los niveles de planificación como en los de acción, es una verdadera coparticipación de responsabilidades, de técnicos, y comunidad, en la búsqueda y solución de sus propios

problemas de salud". Porque sin duda es a través de la participación comunitaria que puede lograrse el más acertado diagnóstico de los problemas sanitarios y a la vez la planificación y desarrollo de los programas de intervención más adecuados. Véase que no se trata de pedir la habitual colaboración de los miembros de la comunidad, como es tradicional hacerlo, por ser considerados como un recurso o como campo de intervención esporádica, sino de ser conscientes que ellos (la comunidad) le dan significado, el propio, al fenómeno salud-enfermedad, y por eso deben ser parte integral de la atención en salud, principio si contenido en la medicina comunitaria, que comulga con el precepto de abandonar la idea de sentirse, como profesional en atención sanitaria, dueño de la salud de los demás y permitir el protagonismo activo, que por derecho le corresponde, a la comunidad en el cuidado de su salud.

Sin embargo, es frecuente especialmente en Latinoamérica se decida desde fuera la participación comunitaria y que esté usualmente sujeta a un programa predefinido, en el entendido que la participación como proceso complejo propio de toda sociedad es susceptible de estimulación externa y que la mayor o menor movilización puede ser dictaminada por agentes externos, proceder afianzado en la necesidad que la comunidad tiene de transferencia de conocimientos, como si esta justificara tal accionar. En este sentido Bronfman y col. (1994) formula que:

> "De esta manera su capacidad de decisión sobre la participación en los programas tendría un real sustento técnico. Esto no significa convertir a toda la población en médicos, ni que cada decisión respecto a la salud deba ser tomada en una asamblea. Los conocimientos a transferir deben ser operativos, permitiendo a la comunidad definir sus prioridades al tiempo que se reconoce la validez de su punto de vista y de su percepción e interpretación de los fenómenos de salud como ingrediente básico para la elaboración

de una visión colectiva y se articula el saber popular con elementos del pensamiento científico y técnico".

Es igualmente importante señalar que la participación activa de la comunidad, la organizada, no debe impulsarse desde fuera de la misma, el equipo de salud debe posicionarse dentro de ella, debe ir al lugar, al área geográfica donde tiene asiento la comunidad, asimismo debe impulsarse la adscripción de líderes formales o informales en la creación de conciencia sobre la importancia de la visualización de los factores sociales, culturales y económicos que pudieran ser responsables de su actual condición de salud, y que deben transmitir a los profesionales en salud para la búsqueda de respuesta efectivas, con base en el respeto a la organización comunitaria escogida voluntariamente y no a través de la imposición de estructuras organizacionales diseñadas a partir de patrones estandarizados, muchas veces importados, en resumen debe trabajarse con la comunidad, con el engranaje social que tiene, única manera de asegurar el éxito de las intervenciones en salud. A continuación se muestra una tabla con factores que facilitan o no la participación comunitaria:

Factores que facilitan la participación	**Factores que dificultan la participación**
Coincidencia en las necesidades sentidas. Comunidad organizada. Actitud de los profesionales de la salud en la comunidad.	La mutua desconfianza entre comunidad y técnicos. Falta de comunicación e información. Diferencias de clases sociales. El desconocimiento de la realidad. La geografía del medio. La existencia de necesidades prioritarias de otra índole. La falta de continuidad en el trabajo. La falta de motivación constante. Las experiencias negativas previas de la comunidad con agentes externos.

Fuente: Diseñado por los Autores.

La participación de la comunidad en los programas de salud no sólo es útil, sino indispensable, porque es improbable que sólo con los recursos del sector salud se pueda ofrecer a la población una cobertura total y eficiente, entonces es necesario la participación comunitaria para acrecentar los recursos disponibles y por supuesto acercar a la comunidad a la solución de sus problemas de salud. Como puede apreciarse el problema mayor no es el formar médicos, aunque sí lo es hacerlo con perfil integral/comunitario, el obstáculo a vencer es el educar, diríamos formar, a los miembros de la comunidad para que intervengan en el cuidado de su salud e igualmente impedir que sobre la opinión de la comunidad siempre se impongan los criterios técnicos, en función de la irracionalidad que pueden experimentar los afectados, pues estarían comprometidos emocionalmente, lo que los incapacitaría para tomar decisiones acertadas, entonces corresponde a los técnicos en salud, por no estar comprometidos, solventar el problema. A continuación se muestra una tabla donde el profesional de salud cree valedera su imposición técnica sobre las opiniones de la comunidad.

Situaciones en que se pretende la imposición técnica a la comunidad
Cuando la comunidad no está organizada. En situación de emergencia. Cuando está de por medio el interés de otras comunidades. Cuando la imposición no provoca daño mayor del que resultara de una decisión comunitaria. Cuando se considera a la comunidad como simple objeto de planificación. Cuando el profesional ha sido formado bajo concepciones doctrinarias que sobrevaloran su actuar.

Fuente: Diseñado por los Autores.

La falta de participación, usualmente evidenciada en el país, en la problemática de salud no sólo es del individuo y de la comunidad, sino también del profesional y del estudiante de ciencias de la salud, porque es más fácil incorporarse al

sistema imperante que tratar de cambiar el modelo. Es por esto que la medicina comunitaria busca la participación no sólo de la comunidad social sino de estudiantes y profesores, pues ningún cambio en salud se podrá hacer, aun con leyes radicales al respeto. Otro obstáculo a salvar es que clásicamente en salud se planifica según los recursos existentes y no sobre el específicamente necesario. En pocas palabras, se acepta técnicamente que, como las necesidades de salud son muchas y los recursos limitados, la cobertura de los programas siempre es deficitaria (la llamada planificación por déficit permanente), de allí la necesidad de recurrir a la planificación por participación, en que se unen los recursos de la comunidad con los del sector salud a través de la incorporación de ambos grupos en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones, en búsqueda de la tan ansiada cobertura total. A continuación se muestran las formas en que puede darse la participación comunitaria (Bronfman y col., 1994):

Según la dimensión	Estrategia
Aspecto, etapa o momento del programa en el cual la comunidad participa.	En la discusión, en la toma de decisiones en los diferentes niveles, en el entrenamiento, en la ejecución de las tareas y en la utilización de los servicios.
Mecanismos a través de los cuales se propone la participación.	Individuos aislados (promotores de salud) o agrupaciones (comités de salud).
Horizonte temporal de la participación.	Permanente o limitada en el tiempo.
Tipo de acción a realizar.	Es muy variable y depende de los objetivos del programa.

Finalmente se cierra este apartado con una breve descripción de las etapas o enfoques por las que ha pasado la participación comunitaria (Reyes y col., 1996):

Periodo	Características
Década de los 50.	Se le define como animación rural o desarrollo de la comunidad. Predomina el enfoque científico. Transferencia de tecnología para mejorar la calidad de vida de la población. La comunidad simplemente se organiza y moviliza en torno a programas ya decididos en otros ámbitos, bajo el supuesto que la población lo acepta con facilidad.
Década de los 60.	Caracterizada por altibajos en el diseño y ejecución de programas de salud con la participación comunitaria.
Década de los 70.	Se reafirman las estrategias de organización y desarrollo integral de la comunidad. Se reconoce la necesidad de colaboración entre instituciones sanitarias y comunidad. La OPS sanciona el concepto de participación comunitaria para los pobres. En las Américas se declara que la atención primaria es la principal estrategia para lograr la meta de salud para todos en el año 2000, con la participación comunitaria como el método más importante para extender las coberturas de los servicios de salud a la población.
Década de los 80.	Marca el inicio de los sistemas locales de salud (SILOS) y participación comunitaria. La Organización Panamericana de la Salud auspicia la realización de talleres, para el intercambio de experiencias sobre el desarrollo y funcionamiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).
Década de los 90 a la actualidad.	Fomento intenso de la necesidad de recurrir a la participación comunitaria en la solución de sus problemas de salud, como medida fundamental para lograr la mayor calidad de vida.

1.10 De hospitales a centros de medicina comunitaria

Lo que realmente se necesita es que el hospital pase de ser un establecimiento dedicado exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y a la formación de profesionales, a ser el centro, el núcleo de la salud, donde se planifican y coordinan todas las actividades intra y extramuro,

ambas motivadas por la comunidad como protagonista de los eventos sanitarios, no solo en aspectos relacionados con la recuperación de la salud, sino de la prevención, conservación y rehabilitación. De la misma manera el hospital como centro de medicina comunitaria, luego de la eficiente asesoría por parte de la comunidad sobre problemas relacionados con la situación sanitaria, por ejemplo agua para consumo humano, recolección y disposición final de basura, entre otros, debe gestionar ante los entes gubernamentales correspondientes las posibles soluciones.

Entonces esta mutación entendida como una mejora del hospital a centro de medicina comunitaria debe ser comprendida desde el aspecto funcional y no exclusivamente por su localización en una determinada área geográfica, como una organización multidisciplinaria que satisface las necesidades de salud de un grupo de personas que comparten particulares características geográficas, sociales, culturales o económicas; y como refuerzo del sentido social, implícito, que tienen los profesionales de la salud, lo que se pide es el trabajo conjunto, metódico y sistémico, elementos claves de la medicina comunitaria (dado el carácter integral e integracionista de la misma) en la prestación del servicio de atención en salud multidisciplinario.

Objetivo que pude alcanzarse mediante la puesta en práctica de lo que Santas (1972) llamara "prestación médica integral y docencia en servicio": "… Se entiende por prestación médica integral "brindar asistencia sanitaria completa a toda la comunidad, teniendo en cuenta los aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, con el objeto de propender al máximo bienestar físico, psíquico y social, individual y colectivo". Y como "…Docencia

en servicios aquella en la cual el aprendizaje se efectúa mediante la incorporación completa del alumno a la labor médico-asistencial, donde ejerce responsabilidades concretas supervisadas." Para completar esta definición se debe agregar el total apego con la realidad, porque es solo a partir de allí que pueden lograrse los objetivos educacionales.

Ambos elementos considerados como condición sine qua non en la construcción del eje de la medicina comunitaria y para que el proceso de enseñanza-aprendizaje obedezca el sentido que se pretende, fundamentalmente la potenciación del profesional de la salud hacia lo social, ya que, como se indicó antes, estos profesionales (la mayoría) lo muestran, por tanto, solo se requiere brindarle los mecanismos apropiados para que puedan ponerlo en práctica en forma orgánica y romper de esta manera con la poca resistencia al cambio, que de seguro se encontrará en algunos profesionales y estudiantes de ciencias de la salud, desiderátum que no podrá ser alcanzado en breve plazo y menos aun completamente. El reto es lograr que junto a los aspectos de la medicina asistencial predominante se pueda enfatizar el carácter social de la atención en salud, en la necesidad de hacerla en equipo, dentro del sistema de salud, pero sin que esto último implique que no se introduzcan innovaciones o cambios, y que resulten estos cambios de la evaluación continua y permanente de la realidad social.

EPIDEMIOLOGÍA EN MEDICINA COMUNITARIA

Ligia Gamez y Diomelis Maurera

2.1 Concepto de Epidemiología

Se define verdaderamente a mediados del siglo XIX (coincide con el incremento de las enfermedades infecciosas que acompañan los cambios sociales y demográficos derivados del incremento de las poblaciones y su concentración en las ciudades) luego del origen de las teorías modernas de la causalidad de las enfermedades, como el estudio de las enfermedades de las poblaciones humanas y como metodología adecuada para el análisis del tan complejo sistema socio-ambiental en busca del origen de la enfermedad con el fin de modificar los perfiles cualitativos y cuantitativos de la morbi-mortalidad y en consecuencia tiene las siguientes funciones:

a) Descubrir el agente o causa, el hospedador, los factores ambientales y socio-culturales que afectan la salud con el objeto de aportar el conocimiento científico necesario para la promoción de la salud en primera instancia, y en segunda para prevenir enfermedades, complicaciones y secuelas.

b) Determinar la importancia de las causas de enfermedad, discapacidad y muerte con el objeto de establecer prioridades de investigación y acción.

c) Identificar aquellos sectores de la población que presenten el mayor riesgo de enfermar para el direccionamiento de los programas de control.

d) Seguimiento y evaluación de la efectividad de las medidas de control.

Otras definiciones que describen la evolución del concepto de

epidemiologia a lo largo de la historia (modificado de Ministerio de salud argentino, 2012):

Autor	Año	Concepto
Frost.	1927	"...ciencia de las enfermedades infecciosas entendidas como fenómeno de masas (o de grupo), consagrada al estudio de su historia natural y de su propagación..."
Maxcy.	1945	"... el campo de la ciencia médica interesado en las relaciones de los varios factores y condiciones que determinan las frecuencias y distribuciones de un proceso infeccioso, una sola enfermedad o un estado fisiológico en una comunidad humana..."
Payne.	1965	"…la epidemiología es el estudio de la salud del hombre en relación con su medio".
Morris.	1975	"... ciencia fundamental de la medicina preventiva y de la salud comunitaria ..."
Last, Diccionario de Epidemiologia, Oxford University Press.	1988	"… el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios…"
Jenicek.	1996	"... un razonamiento y un método propios de un trabajo objetivo en medicina y en otras ciencias de la salud, aplicado a la descripción de los fenómenos de salud, a la explicación de su etiología y a la búsqueda de los métodos de intervención más eficaces..."

Como puede apreciarse la epidemiologia es dinámica y ha tenido varios enfoques a lo largo de los años, que aún no resuelven su significado, pues si para algún momento determinado predomina un enfoque, también existen simultáneamente otras alternativas de definición para repensarla, pero lo que es cierto es que la epidemiología pese a que por sí sola no explica por completo los procesos dinámicos que determinan las enfermedades humanas, porque se necesitan enfoques primarios y complementarios de conocimientos, es y seguirá siendo la disciplina fundamental de la salud pública, tal vez por tener un enfoque médico, complementario de la clínica, y por compartir con la medicina un objeto común: la enfermedad.

2.2 Epidemiología Comunitaria

Implica la posibilidad real que las poblaciones pasen de ser meros objetos a ser sujetos de conocimiento, al poder aplicarse las técnicas del accionar epidemiológico a las condiciones locales, toda vez que permite las micro planificaciones y micro evaluaciones bajo la participación autónoma de las comunidades (de la comunidad formada o guiada por especialistas en epidemiologia) en la resolución de sus problemas socio-sanitarios, como perspectiva de la epidemiología que nace de la necesidad de mejorar las situaciones de vida marginal, desfavorecida o en precariedad que tienen algunos grupos sociales respecto a distribución de riquezas y de recursos sanitarios.

Esta epidemiología comunitaria es también socio-cultural con el fin de asegurar la equidad, y especialmente la calidad y eficiencia en la atención específica o acorde a las necesidades

de cada grupo social, al respetarse el punto de vista del otro en cuanto a sus costumbres sociales, ya que, existen situaciones de riesgo de enfermedad atribuibles a tradiciones comportamentales que, de no tratarse adecuadamente pueden ocasionar patologías en los grupos culturalmente delimitados que terminarían en muchos casos en discapacidad o muerte. En pocas palabras la epidemiología comunitaria es una perspectiva integral de la disciplina que reconoce la existencia de problemas de salud condicionados culturalmente.

2.3 Concepto de Salud Pública

Debe quedar claro que salud pública, cuya palabra clave es salud, y que contiene a la epidemiología y la estadística entre otras disciplinas tiene carácter gubernamental y multidisciplinario, y que se extiende a todos los aspectos de la sociedad, porque persigue la salud del público, como se ve reflejado, pero con pequeñas modificaciones incluidas, en el concepto de Winslow de 1920 que se muestra a continuación:

> "La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad y la discapacidad, prolongar la vida y fomentar la salud física y mental y la eficiencia mediante esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del ambiente, control de enfermedades infecciosas, no infecciosas y traumatismos, educación del individuo en principios de higiene personal, organización de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y para rehabilitación, y el desarrollo de la maquinaria social que asegurará a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud".

A continuación se muestra una tabla con el resumen de las principales actividades que involucra la Salud Pública:

A través de la información disponible de los diversos sectores poblacionales conocer su situación de salud.
En la exposición a riesgo de la población definir y analizar los niveles y tendencias de la exposición.
Determinar en las poblaciones los grupos humanos que requieren atención prioritaria de sus necesidades.
Mostrar los avances tecnológicos mundiales en el campo de la salud pública y adecuar las acciones a las tecnologías del país.
Contribuir en el diseño, planificación y programación de las acciones socio-sanitarias.
Evaluar constantemente la evolución o impacto de las acciones en salud, es decir, realizará seguimiento a lo que se ejecuta para medir su eficiencia y eficacia.

Fuente: Diseñado por los Autores.

2.4 Paradigmas de la medicina y políticas de salud pública

El comportamiento de la salud o de la enfermedad es determinado por la organización social como elemento de mayor amplitud (por su carácter de integración con lo biológico y ambiental), por tanto, los rasgos internos o definitorios

de los grupos sociales en un momento determinado se transcriben a la larga en estados de salud, paradigmas médicos y políticas de salud característicos para esa población, pero influenciado los dos últimos por la generación de evidencias que invalida el conocimiento que les sirvió de base y promueve irremediablemente el cambio de los mismos, en este sentido se muestra la siguiente tabla (OPS, 1987).

Paradigma	Interpretación	Política de salud
Mágico.	Enfrentamiento de un hostil mundo sobrenatural.	Inexistente y cuando la hay depende de la religión.
Empírico.	Equilibrio / adaptación.	Combatir el daño cuando se presenta.
Biológico-epidemiológico.	Teoría unicausal/ teoría epidémica.	Prevención y tratamiento específico.
Ecológico.	Teoría multicausal.	Medicina Integral.
Materialista.	La salud como cualidad social, por su estrecha relación con la conducta social o estilo de vida.	Seguridad social/ medicina integral.
Integrador.	La salud es consecuencia de factores genéticos y económico-culturales.	Promoción de bienes y establecimiento de servicios, según la económica y política tecnológica en salud pública.

2.5 La formación en epidemiología para la puesta en práctica de la medicina comunitaria un nuevo enfoque en la administración de salud

Debe iniciarse esta sección con algunas definiciones de epidemiologia en este sentido Terris señala que es...”una ciencia extremadamente rica y compleja, ya que, debe estudiar y sintetizar los conocimientos de las ciencias biológicas del hombre y de sus parásitos, de las numerosas ciencias del medio ambiente y de las que se refieren a la sociedad humana”. Como solía decir Frost, citando a Hirsh, esta disciplina proporciona “en primer lugar una imagen de la frecuencia, distribución y tipos de enfermedades de la humanidad en distintas épocas y puntos de la superficie de la tierra, y en segundo lugar, nos explicará la relación existente entre ellas y las condiciones externas que rodean al individuo y determinan su modo de vida” (OPS, 1987).

Igualmente es prudente señalar que (OPS, 1987):

> “La epidemiología ha sido tradicionalmente la disciplina que asume el estudio de las relaciones entre las condiciones de vida y la situación de salud en diferentes grupos de población; y su vocación básica es la de fundamentar los esfuerzos sociales para mejorar la salud en función de la transformación de aquellas condiciones objetivas de existencia. En este camino, se ha desarrollado un importante arsenal conceptual, metodológico y técnico, variado en la medida que se ha enfrentado a situaciones cambiantes, en diferentes sociedades y diferentes momentos históricos y grupos de población. Esta complejidad y variedad de desarrollos corresponde

> además al progreso del conocimiento científico general y a los cambios en las formas de articulación de la epidemiología en diferentes formas de organización de los servicios de salud".

Por consiguiente la práctica de la medicina, especialmente la comunitaria, debe basarse en el uso de la epidemiologia en un ámbito ampliado en relación a campos prioritarios emergentes e inmersos en la comunidad o que allí se originan, y que pueden servir como espacios para la formación extendida en medicina comunitaria, porque los problemas en salud de la comunidad claman por cabezas pensantes, críticas y responsables; compromiso que recae sobre los formadores de médicos, estos últimos son quienes deben aprender a mirar desde dentro de la comunidad con el fin de asegurar las mejores condiciones de vida y salud.

Al respecto, debe entenderse y sobre todo el estudiante de medicina, que la población venezolana seguirá creciendo pero con una reducción menos pronunciada de la mortalidad, debido a la coexistencia de enfermedades ligadas a la pobreza junto con patologías crónico-degenerativas, las primeras en relación con la desnutrición, diarreas, enfermedades tropicales y las infecciones respiratorias agudas (enfermedades ligadas con la pobreza); y las segundas con las enfermedades del corazón, degenerativas y metabólicas (característica de los países desarrollados), en una situación conocida como "transición epidemiológica" debida a la acumulación y polarización de las desigualdades sociales en la distribución económica y educativa.

Con la epidemiología inmersa dentro del concepto más amplio de salud pública (no restringida al sector gubernamental ni a un subconjunto de los servicios de salud) se estimula el pensamiento o reflexión para la creación de conocimiento (acción adosada a los estudiantes de medicina), apartando la visión de lo mecanicista, de solo lo biológico y de lo individual como estrategia para la suma de prácticas alternativas en el tratamiento de las dolencias. Debe observarse con cuidado la creciente multiplicación de las especialidades (ahora llamadas sub o supra especialidades) que llevan a la compartimentación con bloqueo de la visión global y la jerarquización del acto médico, con desinterés por la medicina preventiva (la comunitaria) a tal punto de concentrarse los recursos a nivel de los hospitales. Con ello se pretende enfrentar problemas netamente sociales como problemas biológicos, apuntalados por la tecnología en creciente desarrollo en la atención médica, pero con esto se opaca aún más las creatividad en la resolución de problemas, léase bien, socio-sanitarios. En este orden de ideas González y col. (2010) arguyen que:

> "…se ha producido un boom tecnológico en el campo de la salud, lo que se ha llamado fetichismo médico sofisticado, conduciendo las prácticas y los saberes a una progresiva y deshumanizada ratio instrumental. La obsolescencia tecnológica en el espacio salud y los altos costos para las grandes mayorías, profundiza las inequidades sociales. La dependencia tecnológica en el caso de nuestros países, agrava aún más este problema es decir, somos países productores marginales de tecnología para la salud".

Es aquí que cabe el análisis sobre la crisis de la medicina científica, por su carácter frío y despersonalizado; por su ofrecimiento de forma desigual a la comunidad, pero no por su eficacia y real necesidad. Entonces es necesario detenerse para meditar sobre el contexto en que el estudiante de medicina se desenvuelve en la comunidad, en la búsqueda de la comprensión del conjunto de procesos involucrados en el existir humano, donde analice los múltiples aspectos del vivir y convivir, comprendiéndolos desde su propio contexto interno con un accionar a favor de los principios básicos de la epidemiologia para explicar correctamente la situación socio-sanitaria de la comunidad. Por ello es necesario detenerse, es lo que se pretende con la medicina comunitaria en la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Carabobo, para meditar a cerca del contexto total (que gran ambición) en que viven nuestros semejantes, para ofrecer medidas sanitarias con el fin de mejorar su vida, en total acuerdo con el concepto de epidemiologia que se muestra a continuación (OPS, 1987):

> "Se ha presentado la epidemiología como un conjunto de conceptos y formas de acción práctica que se aplican para el conocimiento y la transformación del proceso salud-enfermedad en la dimensión colectiva. Tiene como soporte teórico e instrumental las ciencias naturales (en su expresión supraindividual) y las ciencias sociales; generador de métodos para entender los procesos estructurales y de clases y establecer observaciones globales, buscando así formas de acción transformadora. Tiene como objeto de trabajo los procesos que ocurren en el dominio social general o en las clases y grupos sociales particulares".

Entiéndase que este concepto deja claro que no existe una solución general para los problemas sanitarios de todas las comunidades, por el contrario que, es a través de la participación en las comunidades que puede primeramente favorecerse el intercambio de experiencias efectivamente vividas y ampliar el juicio crítico, para después ofrecer una medida de solución particular medianamente efectiva, el objetivo es adaptarla hasta hacerla realmente efectiva, sobre la base de la multidimensión del proceso salud-enfermedad, de las condiciones de salud de la población y de la respuesta social organizada que esgrimen para satisfacer sus necesidades. Esto es particularmente importante, pues como ya se dijo antes los países atraviesan por una transición epidemiológica, que introduce mayor complejidad al entendimiento y afrontamiento del fenómeno de salud y enfermedad, porque las enfermedades infecciosas siguen cobrando vidas, cuando emergen o reemergen, a las que ahora deben sumarse los accidentes (considerados un problema socio-sanitario), los trastornos mentales y las enfermedades crónicas degenerativas.

Porque se asignan menos recursos a la atención de los grupos sociales con mayor necesidad, así como a la atención secundaria y terciaria en salud, dejando de lado la promoción y la prevención especifica de la salud (atención primaria), es que en este contexto debe entenderse que la sociedad venezolana, al igual que la suramericana, está experimentando una polarización epidemiológica, como consecuencia de la transición, fundamentalmente de enfermedades de tipo agudo a crónicas y de poblaciones jóvenes a viejas, donde los que menos tienen,

los desposeídos, se enferman y por supuesto fallecen más; en una época donde los padecimientos fácilmente prevenibles no tienen razón técnica, ni menos ética o moral de existir.

Una de las características más destacadas de la situación de salud en los países en desarrollo es que deben enfrentar simultáneamente las enfermedades infectocontagiosas, las crónico-degenerativas, los problemas de salud ocasionados por la contaminación ambiental, el alcoholismo y la drogadicción, los conflictos familiares y las inadecuadas condiciones laborales, etapas que los países desarrollados atravesaron en más de un siglo, pero que los países latinoamericanos y del Caribe deben cruzar simultáneamente.

Asimismo y como agravante de la situación se abandona el carácter poblacional de la medicina comunitaria, sustentada en la epidemiología como principal herramienta de su accionar, en favorecimiento directo de las ciencias biomédicas y de la clínica médica que actúa principalmente a nivel individual. Incluso, cuando se usa la clínica médica, se hace hincapié en la epidemiologia con enfoque de alto riesgo, como alternativa válida ante la ineficiencia e ineficacia de los servicios, por cuanto permite la reorganización de los recursos hacia patologías en las cuales puede lograrse el mayor impacto de reducción, en virtud del conocimiento del riesgo relativo, del riesgo atribuible, de la fracción etiológica (proporción de riesgo atribuible) y de la fracción de impacto potencial. Entonces con la biomedicina se mejora el panorama sanitario pero por tiempo determinado, ya que, se torna igualmente inefectiva, por ser un enfoque que

favorece el desarrollo de modelos asistenciales o específicos para alguna enfermedad, por ello la OPS (1987) expresa que:

> "En el marco de OPS se ha enfatizado en los últimos años la necesidad de definir grupos humanos prioritarios y lograr un desarrollo de los servicios de salud que considere la equidad como un propósito básico. No nos resulta imaginable un modelo asistencial organizado exclusivamente sobre estrategias de alto riesgo, ello encerraría enormes injusticias y además ineficacia, ya que, algunos grupos de población con bajo riesgo pero muy numerosos pueden tener mayor número de casos y muertes que otro de alto riesgo pero reducido en número. Es decir, que un alto riesgo relativo no necesariamente significa un impacto potencialmente alto sobre la salud general de la población. Pero, más aún, en sociedades fuertemente estratificadas socialmente, en la práctica, estos abordajes cuando se extreman, suelen inducir al desarrollo de programas marginales, de baja complejidad tecnológica, costo y calidad, para grupos mayoritarios y empobrecidos, mientras que los mismos problemas son atendidos con alta tecnología, costo y calidad en otros grupos sociales".

Programas estos que poco contribuyen al desarrollo de servicios permanentes de salud y que muestran severas dificultades para articularse con ellos una vez finalizado el periodo inicial de ataque. Es por ello que el proceso salud-enfermedad en el contexto epidemiológico debe sustentarse en el entendido de ser un fenómeno con múltiples dimensiones de variables, que generalmente son diferentes en cada región. El interiorizar esto permitirá la pesquisa no de una solución, sino de varias, con base a la información epidemiológica disponible.

Esto simplemente porque los perfiles epidemiológicos se originan y explican según cada población, por tanto, la modificación de alguno lleva necesariamente a alteraciones de la estructura social (condiciones de vida, empleo, educación, trabajo y esparcimiento). De allí la importancia de conocer y por supuesto aplicar las herramientas epidemiológicas en la medicina comunitaria como mecanismo para el desarrollo y transformación social. Sobre este hecho Ronald St. John' en la XIV conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública auspiciada por la OPS en 1987, señaló lo siguiente:

> "La epidemiología-sus conceptos y métodos-tiene un importante papel que jugar en este proceso, no solo en los aspectos de prevención y vigilancia de las enfermedades, sino también en la evaluación y análisis del impacto de las acciones. Ello contribuirá a mejorar la comprensión de la salud y su contexto como un todo, percibiendo a la sociedad como un recurso para explicar y enfrentar los problemas de la salud. Es así que la epidemiología puede servir como un arma poderosa en la proyección de necesidades, la identificación y cuantificación de factores de riesgo, la definición de prioridades y el mejoramiento de la utilización de los recursos".

De la anterior argumentación se desprende la necesidad del empleo de la epidemiologia en la práctica de la medicina comunitaria, porque a través de su uso se puede conocer la ocurrencia, distribución de las enfermedades o problemas de salud y sus factores determinantes o de riesgo, con el objeto de poder intervenir concienzudamente en la solución del avatar

socio-sanitario que aqueja a una comunidad determinada, ya que, en ausencia de datos cuantitativos sobre el estado de salud, no puede comprenderse la distribución selectiva de las enfermedades ni las fuerzas que la mejoran o empeoran, por tanto, se dificulta, grandemente se piensa, la determinación de las causas directas o indirectas del mal estado de salud y con ello se retrasa, o aun peor, no se toman las medidas socio-sanitarias correctivas. Además la epidemiologia puede abonar el terreno del consenso para la planificación de la salud en los grupos sociales coincidentes en aspiraciones sociales, y en la compresión del conflicto en aquellos grupos donde las pretensiones no son del todo coincidentes e incluso opuestas, esto como paso inicial para el logro de consenso en la búsqueda de calidad de vida.

ATENCIÓN EN SALUD EN LA MEDICINA COMUNITARIA

Gustavo Oviedo y Ariel Reyes

3.1 Objetivos de la atención primaria

Responde a intereses académicos, sociales y sanitarios, por ser considerara el núcleo central o principal de los sistemas sanitarios como lo propugnan muchos organismos internacionales entre ellos la OMS, investigadores de sistemas sanitarios y las legislaciones de muchos países, pues la atención primaria en salud se asocia con menor coste, mayor satisfacción de la población con los servicios, niveles más elevados de salud y por supuesto menor medicación, factores que en conjunto contribuyen con la adquisición del mayor grado de bienestar bio-psico-social. Para ello en la atención primaria en salud se trabaja en equipo, se realizan actividades de prevención y promoción de la salud, se impulsa la atención médica familiar, se incorpora la docencia e investigación y fundamentalmente la participación comunitaria.

La atención primaria tiene como objeto la promoción de la salud y la prevención de enfermedades con base en el cuidado y consejo desde y para el entorno familiar y social a través de la consideración de la persona como un todo en su homogeneidad, sin divisiones entre los componentes de su salud física, psíquica y social, y totalmente integrado a su familia y comunidad y por tanto en cercanía con la realidad del proceso salud-enfermedad y en plena convivencia con la incertidumbre del posible diagnóstico. Debe entenderse que la promoción de la salud es una dimensión compleja de la atención primaria, en su diseño, ejecución y seguimiento, en atención a este rasgo distintivo Romeo (2007) subraya que:

> "La implementación de la Promoción de Salud incluye la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes propicios, el fortalecimiento de la acción comunitaria en la gestión de salud, el desarrollo de habilidades personales, y la reorientación de los servicio, lo que hace posible que se incremente el bienestar y la calidad de vida de los individuos. Constituyen estas las 5 líneas en la estrategia trazada en la Carta de Ottawa.

Por consiguiente, para lograrlo, se requiere aplicar el enfoque de estrategias de cambio, planteamiento que se ve reforzado, si se consideran las 3 líneas paralelas de acción que implica la promoción de salud: fomentar estilos de vida saludables, habilitar a las personas para que aumenten su capacidad de control sobre la prestación de servicios benéficos para la salud, así como, implantar condiciones estructurales que hagan posible la salud plena y efectiva para toda la población. En esto se centra la Promoción de la Salud, por lo que no se ciñe solo a los marcos del sector salud, y se necesita del esfuerzo coordinado con otros sectores y grupos poblacionales".

3.2 Atención primaria orientada a la comunidad

Consiste en implementar, como proceso continuo, la atención primaria en una determinada población de acuerdo a las necesidades socio-sanitarias que esbozan a través de las acciones de la salud pública como modelo para racionalizar y sistematizar los recursos existentes. Modelo que surge en la década de 1940, como extensión de la medicina familiar y gracias a la aplicación conjunta de la epidemiologia, de las

ciencias sociales y del comportamiento en el afán por dar respuesta a las limitaciones en salud de todos los miembros de la comunidad. El modelo de atención primaria orientada a la comunidad comprende los siguientes elementos y condiciones (Golfin y col., 2007):

Una población definida, con base geográfica o con ciertas características comunes.

Un centro de atención primaria en salud.

Un equipo multidisciplinario según los recursos disponibles.

Acceso libre a los servicios, sin barreras económicas, fiscales, de género, religiosas, culturales o políticas.

Un equipo de trabajo que conjugue habilidades clínicas, epidemiológicas y de ciencias sociales y del comportamiento.

La movilización del equipo de trabajo fuera de las instalaciones del centro de salud para poder evaluar directamente los determinantes físicos y sociales de la salud y los recursos microambientales y comunitarios.

La participación comunitaria en las actividades del cuidado y mejora de la salud; el comportamiento, las actitudes y las creencias están estrechamente relacionadas con las decisiones de las personas respecto a su salud.

La implementación de la atención primaria orientada a la comunidad sigue las siguientes etapas (Golfin y col., 2007):

Etapa	Características
Definición de la comunidad.	Debe determinarse la característica demográfica y social de la comunidad, su infraestructura, medio ambiente, servicios disponibles y por supuesto las necesidades de salud.
Identificación de las prioridades o necesidades socio-sanitarias.	Con base a criterios de magnitud (proporción de personas afectadas), trascendencia (importancia que le da la comunidad a) y vulnerabilidad (en referencia a que tiene solución).
Implementación de los programas de salud.	Hace referencia a las estrategias que se diseñan para abordar el problema de salud, con la participación de la comunidad.
Control y seguimiento de los programas de salud.	A través del seguimiento de la evolución del estado de salud de la población durante las acciones del programa.
Evaluación del impacto y eficacia del programa.	Consiste en la revisión del antes y el después.
Análisis de la nueva situación.	Para decidir si se mantiene, modifica o suspende el programa; o se fijan nuevas prioridades y con ella el inicio del proceso de implementación de la atención primaria orientada a la comunidad.

3.3 Atención primaria en salud desde el contexto integral o de la medicina comunitaria

Debido a que el modelo de atención en salud, aún preponderante, en Venezuela se caracteriza por la separación entre preventivo y curativo, entre biológico y social, entre individual y colectivo, en una visión que impide ver que la salud es el producto de lo que hace el conjunto de la sociedad y no exclusivamente de lo que

hacen los profesionales de la salud, por tanto, el cuidado primario en salud desde el contexto de la medicina comunitaria debe tener carácter global, es decir, abordar a toda la población, tenga esta carácter rural o urbano; debe basarse en métodos y tecnologías sustentadas en hallazgos científicos; ser socialmente aceptada; debe asegurar la plena participación comunitaria; debe formar parte de los sistemas nacionales de salud obviamente asentada sobre la estructura regional y local que define a una comunidad en particular; y con base en la formación profesional desde la medicina comunitaria en atención primaria. En este sentido Ferreira (1981) señala por un lado que:

> "El médico en la práctica de la atención primaria de salud estará necesariamente ubicado en la puerta de entrada del sistema regionalizado y actuará en la interfase entre las acciones de salud de la comunidad (los sistemas informales) y los servicios organizados (del sistema oficial). Su capacidad técnica deberá orientarse al manejo de la patología prevalente, con énfasis en el cuidado requerido por los grupos de la población de mayor riesgo: la madre y el niño, el anciano, los trabajadores, entre otros. Pero, en especial, este médico tendrá que desarrollar un sentido de liderazgo que le permita coordinar el trabajo de todo el equipo donde predomina el personal auxiliar así como el de la propia comunidad. Además, actuará en el seno de la misma comunidad, estimulando y aceptando su amplia participación en las decisiones y en la ejecución de los servicios".

Y por el otro:

> "En el nivel primario, sea en la consulta externa o en

> la propia comunidad, el médico general o el estudiante que se orienta en esta dirección, al reconocer el aporte fundamental de cada profesional, técnico y auxiliar, se convierte en un miembro del equipo preparado para enfocar los problemas de salud dentro de una amplia dimensión, consciente de su papel social. El debe aprender a evaluar los problemas, diseñar soluciones, establecer prioridades, dirigir y participar en su ejecución, evaluar resultados y, a la luz de éstos, revisar los programas y diseñar nuevas soluciones y opciones, todo ello en conjunto con los otros miembros del equipo".

La atención primaria en salud para que sea efectiva, como se desprende de la nterpretación de las citas anteriores, requiere de equipos multidisciplinarios con un buen líder y ser llevada, o mejor dicho, nacer en la comunidad, de allí que sea parte integrante y fundamental de la medicina comunitaria como especialidad profesional para la prestación de servicios de salud, en que se resalta la importancia de las acciones de salud (a pesar de su aparente simplicidad, visión que no compartimos debido al exigente nivel de preparación que requiere el diseño de programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad) a nivel primario, pero para nada aislada de las actividades netamente asistenciales, por el contrario actuando en perfecto engranaje para asegurar la planificación global y la racionalización del sistema de salud. Esto en concierto con López y col. (2010) quien señala:

> "La orientación comunitaria de los servicios de salud entendida como la práctica de la medicina comunitaria desde la atención primaria es la estrategia más adecuada para mejorar la salud de las comunidades según la declaración de Alma-Ata de la OMS. A pesar

de esto, el desarrollo de esta orientación comunitaria de la atención primaria en nuestro entorno es poco extendido y desigual según la zona. La metodología de la atención primaria orientada a la comunidades la más utilizada, y se basa en el análisis de los problemas de salud de la población y en su abordaje desde la atención primaria junto a la propia comunidad y sus instituciones. Además de la no adecuación de las políticas sanitarias al modelo propuesto en Alma-Ata, factores como el efecto a largo plazo de las intervenciones comunitarias en contraposición al deseo de resultados rápidos por parte de gestores, la sobrecarga asistencial y la falta de apoyo técnico adecuado han dificultado este desarrollo según diversos autores".

3.4 Promoción de la salud

Se entiende como el proceso de capacitación para que las personas aumenten el control de su propia salud y puedan mejorarla, con base en la educación para la salud, la aplicación de políticas de vida saludable y la participación social como estrategias para lograrla. La promoción de la salud se fundamenta en la modificación de comportamientos individuales y poblacionales hacia la adquisición de procederes saludables.

3.5 Educación para la salud

La educación para la salud como medio para la promoción y fortalecimiento de las organizaciones sociales busca reemplazar el saber popular sobre los problemas socio-sanitarios, con el objeto de promover la salud y prevenir las enfermedades, a partir no solo del diagnóstico epidemiológico (fundamentado en la historia natural de la enfermedad) sino también del científico-social (la historia

social de la enfermedad) para ello, y en la medicina comunitaria, se recurre a la modificación de conductas y del ambiente con base en la participación comunitaria, por medio de variadas técnicas educativas (reuniones, exposiciones, demostraciones, entre otras) y con carácter transformador para alcanzar el cambio social que determina el problema de salud. Aspectos todos contenidos en la siguiente definición propuesta por Casas (1991):

> "La educación para la salud es la combinación de actividades informativas, formativas y de propaganda orientada al fomento, construcción, conservación y restablecimiento de la salud y de la capacidad de rendimiento del hombre y a alargar una vida con calidad humana. La educación para la salud parte de la formación ideológica y cultural de los grupos para crear una conciencia científica que se preocupe tanto por la salud individual como social. No es un asunto personal sino un deber social y se orienta a estimular la acción de amplias capas de la población hacia la protección de la salud como un bien social. Sus objetivos son: Formación de una personalidad armónica e integral: formar hombres conscientes, activos y capaces, saludables y cultos para transformar la sociedad y a sí mismos".

La educación para la salud para que tenga éxito, es decir, el que su implementación se traduzca en una sociedad saludable (con individuos conscientes, vigorosos y capaces de transformar a la sociedad a la que pertenecen y así mismo) debe incluir entre sus principios los criterios e intereses de los grupos sociales en materia sanitaria, las técnicas psicopedagógicas para la aplicación científica de métodos para el desarrollo del contenido, y ser llevada por un equipo multidisciplinario, únicos elementos constituyentes

de la educación para la salud que pueden garantizar la mejora en las condiciones físicas y mentales, bloquear las conductas perjudiciales y restablecer la salud. A continuación se muestra las características del estilo educativo-participativo en salud que se viene desarrollando (Casas, 1991):

Característica	Educación para la salud
Énfasis.	En el proceso enseñanza-aprendizaje.
Concepción pedagógica.	Transformadora endógena.
Educando.	Sujeto.
Eje.	Sujeto educativo y grupo.
Relación educador-educando.	Auto-gestión.
Objetivo evaluado.	Pensar-transformar.
Función educativa.	Reflexionar.
Docente.	Facilitador/animador.
Participación.	Máxima.
Crítica.	Estimulada.
Error.	Se asume.
Recursos de apoyo.	Tecnología usada como generadora y motivadora.
Valores.	Solidaridad y cooperación.
Objetivo.	Transformar.
Filosofía.	Cuestionar el ¿Por qué? y el ¿Para qué?

3.6 Atención primaria en salud en el adulto mayor

El progreso científico y tecnológico y las mejoras en las condiciones higiénico sanitarias y medioambientales han

generado el incremento de las expectativas de vida en muchos países del mundo, incluida Venezuela, pero con ello también se ha acrecentado el envejecimiento poblacional, no al nivel de países europeos, pero sí hasta el punto de provocar la transición epidemiológica, porque se pasa (o correctamente coexisten) de las patologías infecto-contagiosas a las crónico-degenerativas, que en la mayoría de los casos termina en incapacidad y en situación de dependencia fundamentalmente en el adulto mayor afectado, es aquí que cobra vital importancia la atención primaria en salud con el objeto de promover estilos de vida saludable y de vida con calidad.

A este nivel la atención primaria en salud debe ser domiciliaria, debe ser llevada a las personas adultas mayores enfermas y que padecen, en muchos casos, más de una patología, que los obliga a permanecer confinados en sus hogares con sus familiares o en instituciones del Estado dedicadas al cuidado de la tercera edad; con el objeto de realizar la valoración funcional y la observación del ambiente donde se desarrolla la vida del anciano enfermo (para determinar condicionantes sociales y sanitarios actuales y los previsibles en el futuro) con el fin último de obtener información valiosa que redunde en la mejora sustancial de su situación.

3.7 Principios bioéticos en la atención primaria en salud

Debido a que el paradigma biologicista especializado no es actualmente el único en la concepción y práctica médica, pues el pensamiento de integralidad que define el ejercicio de la medicina comunitaria gana adeptos constantemente en el terreno

de la atención en salud, se hace necesaria la introducción de otras perspectivas de análisis sobre problemas éticos o bioéticos distintos de la atención hospitalaria curativa (atención secundaria salud), porque como indicara García (1997): "Los conflictos éticos que tiene que resolver, o la metodología para resolverlos, que precisa el médico de una unidad de cuidados intensivos es completamente distinta a la metodología que se necesita para educar a una población en un conjunto de hábitos de vida sanos, higiénicos y racionales".

Pero se cree que los problemas éticos en atención primaria por ejemplo en educación sanitaria y disponibilidad de recursos, como problemas socio-sanitarios requieren del manejo constante de principios como la autonomía, respeto, equidad y justicia, por lo que es capital la capacitación del que estudia o practica la medicina comunitaria, la social, así lo reconoce Tealdi (1990) cuando plantea: "La necesidad de educar, establecer normativas y resolver casos es tan imperiosa, que estos principios encuentran allí un espacio fértil", especialmente, porque el tratamiento de los problemas bioéticos en atención primaria en salud es incipiente o dirigido a valoraciones muy generales y es en extremo insuficiente o limitado. Al respecto, se piensa que en atención primaria en salud tiene perfecta cabida el consentimiento informado, la autonomía y la amistad, entro otros valores o principios éticos.

Los principios bioéticos son únicos y mantienen el mismo significado en cualquier accionar humano, lo que varían son las condiciones de la materialización práctica del principio

teórico, por ejemplo, el principio de beneficencia en la atención primaria en salud deja de entenderse como la búsqueda del bien individual, para consagrarse hacia el bien colectivo, donde corresponde al equipo de salud con la participación de las diferentes organizaciones sociales el asegurar el bien y no exclusivamente al médico, como ocurre habitualmente en la concepción biologicista. Sin embargo, es importante resaltar que el bien colectivo que marca la atención primaria en salud entra constante y frecuentemente en conflicto con los intereses individuales, al respecto, hay quienes señalan que cuando esto ocurra, sin anular al individuo, debe prevalecer la protección del bien colectivo.

La autonomía en la atención primaria en salud debe verse con sentido social en relación directa con las características o patrones que definen a cada comunidad, donde la familia debe ser considerada el núcleo básico de la vida en sociedad, en que el logro y el respeto a la autonomía social están directamente condicionados por el conocimiento que sobre la comunidad posee el equipo de salud, ya que, en su afán de promoverla debe impulsar la modificación de hábitos, costumbres, tradiciones y estilos de vida que pueden estar reñidas con la salud del grupo, y que ellos puede verla como intromisión a su independencia. Asimismo el principio de justicia en atención primaria en salud adquiere connotación social a través de la utilización racional e igualitaria de los recursos.

3.8 Sistemas locales de salud:

Los Sistemas Locales de salud (SILOS) nacen en respuesta

al proceso democrático político de gestión del Estado, llamada, descentralización (que consiste en la transferencia del poder, la responsabilidad y los recursos para cumplir determinadas funciones, desde los niveles centrales del Estado a las unidades jurisdiccionales menores: de la Nación a los Estados, de los Estados a los Municipios, desde cualquier nivel del Estado a una institución pública o privada), sistema auspiciado por la OMS y OPS a finales de la década de los 80, con base en la meta de salud para todos establecida en 1977 y en la atención primaria de 1978, más concretamente lo SILOS son una táctica operacional para facilitar la aplicación de la atención primaria, como expresara Paganini y col. (2000):

> "La propuesta de desarrollo de los SILOS representa una actualización operativa de la estrategia de atención primaria de la salud, dentro de un marco de desarrollo político democrático en un Estado descentralizado. Los SILOS forman parte de la estrategia básica para reorganizar y reorientar el sector de la salud, con el propósito de lograr la equidad, la eficacia y la eficiencia social a través de una intensa participación de las poblaciones y de la ejecución de la estrategia de atención primaria. La propuesta de desarrollo de los SILOS es, pues el tercer componente de una continuidad conceptual y operacional que integró la definición de la meta de salud para todos y la estrategia de atención primaria".

Esto en perfecto engranaje con la producción social de la salud y una red de servicios adecuada en cantidad y calidad, según manifiesta Paganini y col. (2000):

> "Un Sistema Local de Salud es el conjunto de recursos y actores sociales, situados en un espacio geográfico-poblacional determinado, y vinculado a una instancia de poder político y administrativo, que es capaz de brindar una respuesta social organizada a las necesidades y demandas de salud de los conjuntos sociales que lo habitan, articulando los recursos institucionales y comunitarios disponibles hacia la producción social de la salud".

En palabras llanas los SILOS constituyen una propuesta para dividir el trabajo en atención socio-sanitaria dentro de los sistemas nacionales de salud y divisiones político administrativas para responder más asertivamente a las necesidades de una determinada población (como objeto y la vez sujeto) en función de daños y riesgos, en consecuencia son varios los aspectos que deben considerarse en el establecimiento y fortalecimiento de los SILOS, mismos que se detallan a continuación:

> "La propuesta de desarrollo de los SILOS representa una actualización operativa de la estrategia de atención primaria de la salud, dentro de un marco de desarrollo político democrático en un Estado descentralizado. Los SILOS forman parte de la estrategia básica para reorganizar y reorientar el sector de la salud, con el propósito de lograr la equidad, la eficacia y la eficiencia social a través de una intensa participación de las poblaciones y de la ejecución de la estrategia de atención primaria. La propuesta de desarrollo de los SILOS es, pues el tercer componente de una continuidad conceptual y operacional que integró la definición de la meta de salud para todos y la estrategia de atención

primaria".

Esto en perfecto engranaje con la producción social de la salud y una red de servicios adecuada en cantidad y calidad, según manifiesta Paganini y col. (2000):

> "Un Sistema Local de Salud es el conjunto de recursos y actores sociales, situados en un espacio geográfico-poblacional determinado, y vinculado a una instancia de poder político y administrativo, que es capaz de brindar una respuesta social organizada a las necesidades y demandas de salud de los conjuntos sociales que lo habitan, articulando los recursos institucionales y comunitarios disponibles hacia la producción social de la salud".

En palabras llanas los SILOS constituyen una propuesta para dividir el trabajo en atención socio-sanitaria dentro de los sistemas nacionales de salud y divisiones político administrativas para responder más asertivamente a las necesidades de una determinada población (como objeto y la vez sujeto) en función de daños y riesgos, en consecuencia son varios los aspectos que deben considerarse en el establecimiento y fortalecimiento de los SILOS, mismos que se detallan a continuación:

Aspectos	Conceptualización
Reorganización a nivel central.	Con el fin de asegurar la función rectora y reguladora del nivel central en la redistribución de los recursos con equidad.
Descentralización y desconcentración (responsabilidad y toma de decisiones a nivel central, únicamente se delega autoridad y en algunos casos los recursos).	La transferencia de competencias y poderes de decisión a los niveles inferiores de la estructura de los sistemas nacionales de salud.
Participación social.	Intervención de los grupos sociales en la toma de decisiones en el proceso de atención de la salud.
Intersectorialidad.	Intervención de todos los sectores del Estado que se relacionen con el bienestar socio-sanitario.
Readecuación de los mecanismos de financiación.	A la gestión descentralizada con severos mecanismos de control en la transparencia y uso eficiente de los recursos financieros.
Desarrollo de nuevos modelos de atención.	Según las demandas y necesidades particulares, pero sin desvincularse o contrariar el fundamento de los programas nacionales de salud.
Integración de programas de salud.	Con el fin de reducir costos y maximizar la atención, porque con la integración se optimiza el uso de los recursos.
Desarrollo de la capacidad de gestión local.	Fomento de la capacitación técnico-administrativa en las áreas de organización, planificación, ejecución y seguimiento de la atención en salud.
Capacitación del capital humano.	En cuanto a funciones y a niveles de responsabilidad del personal de salud.
Investigación.	Como premisa fundamental deben investigarse constantemente aspectos relacionados con la salud-enfermedad, gestión en salud, pautas de intervención en atención primaria en salud, en fin de los múltiples aspectos o aristas que definen la salud.

Fuente: Diseñado por los Autores.

Los SILOS constituyen una herramienta para atender la salud, esencialmente a través de la atención primaria en que se entrelazan estructuras de poder, financiamiento, desarrollo económico y políticas socio-sanitarias del Estado con espacios políticos descentralizados en salud en territorios que coinciden por lo menos con la mínima unidad política-administrativa del país, que le permite una relativa autonomía legal y legítima, para que el proceso de participación se desarrolle dentro de un marco de representatividad establecido, por tanto, los sistemas, sin riesgo de equivocación, deben apreciarse como unidades organizativas básicas plenamente articuladas dentro del sistema nacional de salud como entidad global.

DIAGNÓSTICO DE SALUD

Maria Karina Arvelo

4.1 Modelos explicativos del fenómeno salud-enfermedad

Las variables salud y enfermedad son complejas porque se producen en el ser vivo, que de por sí ya es complicado, por ende, los estudiosos para tratar de explicar dimensiones de las mismas han recurrido, por no decirlo, han desarrollado modelos, que como tal se han ajustado al periodo histórico que los vio nacer. A continuación se muestran las características definitorias de los modelos (Peñaloza y col., 2001):

Modelo	Paradigma	Características
Biomédico.	Cartesiano.	Conocimiento que se obtiene a través del método analítico que permite el fraccionamiento de los fenómenos complejos hasta sus mínimos componentes. La suma del conocimiento de cada componente por separado permitirá el entendimiento del todo. La validez al determinar la posibilidad de repetitividad del fenómeno por varios observadores. Separación clara entre lo que se observa y entre quien o quienes observan. Existencia de relación clara, directa y simple entre causa y efecto. Permite la predicción de eventos por medio de la formulación de leyes de causalidad, efecto y magnitud.
General de sistemas.	Sistema dinámico.	El observador es siempre parcial y comprometido, es decir, existe la subjetividad. Perturbación del fenómeno observado, aunque de forma no determinable debido a la presencia del observador. El cambio que se produce en el fenómeno por la presencia del observador no puede distinguirse del propio.

Modelo	Paradigma	Características
General de sistemas.	Sistema dinámico.	Causalidad múltiple y compleja donde la reducción de variables ocasiona la perturbación del fenómeno. Un fenómeno no puede fragmentarse para su estudio, debe siempre considerarse el contexto.
Biopsico social.	Integralidad.	Se entiende al proceso salud-enfermedad como multidimensional, cuyo centro es el ser humano en su contexto biológico, psicológico, social, cultural y ambiental. El proceso salud enfermedad entendido como un todo que no puede fragmentarse. El observador se comporta con objetividad cuando determina las causas de la enfermedad, durante el tratamiento de la dolencia del individuo y cuando se determina la disponibilidad de recursos del individuo y su familia.

Sin duda es evidente que los dos primeros modelos contenidos en la tabla anterior no son suficientes para explicar el fenómeno salud-enfermedad, porque este binomio no puede separarse de la persona y de su ambiente, cobra entonces vital valor el paradigma de la integralidad en la atención en salud, pedestal o fundamento teórico en que se apoya la medicina comunitaria que, sin desconocer los aspectos netamente biológicos incorpora la dimensión social, cultural, ambiental y psicológica imprescindible para el abordaje del binomio salud-enfermedad. Entonces y como afirma Peñaloza y col. (2001) la medicina biopsicosocial o la comunitaria significa:

> "… considerar a la persona en toda su potencialidad y complejidad; con su biología, su psiquis, su cultura,

> sus valores y su entorno social y ambiental. Además, con una historia y porvenir. Cualquier decisión sobre el cuidado de la salud, deberá considerar, en mayor o menor medida, estas dimensiones, irrepetibles, en cada una de las personas".

4.2 Registro de información:

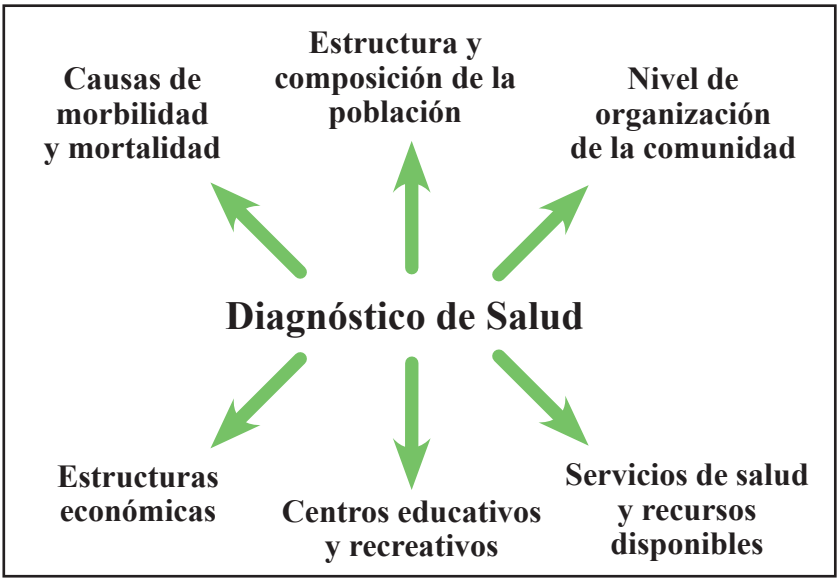
Requiere de la participación activa de todos y cada uno de los integrantes del equipo de salud y por supuesto de la comunidad a todo nivel. El registro de información es indispensable para la toma de decisiones, porque la gestión en salud demanda de la mayor cantidad y calidad de datos posibles para que sea eficiente y eficaz. La información procede especialmente del motivo de consulta, de la historia de la enfermedad, social y familiar, de visitas domiciliarias, de la participación activa del equipo de salud en las comunidades, y de los individuos que conforman la comunidad, en este sentido el Ministerio de salud argentino (2012) señala que:

> "El registro de datos sostenido en el tiempo dentro de un área programática es especialmente valioso, siempre permite conocer la situación de salud de una población y su evolución, para revisar las acciones realizadas y sus resultados y, para actualizar la planificación de actividades. Tener un registro de datos permite realizar un seguimiento del proceso salud enfermedad y la atención de la población del área de responsabilidad. Los registros entonces, son la memoria escrita de todas nuestras acciones y de las necesidades de la comunidad con la que trabajamos. Cada anotación refleja nuestro trabajo con y para la comunidad".

El registro de datos es fundamental para el mantenimiento o despliegue de los programas de salud.

4.3 Diagnóstico de salud

Esta hace referencia a la salud de la población en el contexto en que se desenvuelven y en relación con los servicios sanitarios, porque la identificación de los problemas de salud, de sus causas están en relación directa con los determinantes sociales, por tanto, un buen diagnóstico debe incluir, además de la morbi-mortalidad y la historia natural de la enfermedad, aspectos demográficos, socioeconómicos, educativos, recreacionales, de organización política y de los entes estadales oficiales prestadores de salud, porque los individuos, las personas, son seres que tienen historia y vinculación con su medio físico y social, que en definitiva son los que determinan la salud o enfermedad.



Fuente: Diseñado por los Autores.

Es conveniente recordar que para poder desarrollar e implementar las acciones o programas a través de los órganos oficiales de salud, se necesita de la información que reposa en los registros de los centros de salud y de la población como fuente directa de datos. Datos que también pueden ser obtenidos de la observación de participantes, entrevistas a profundidad y grupos focales, y del análisis estadístico y epidemiológico de las circunstancias que originan y mantienen en el tiempo los problemas. En muchos casos la información surge de la atención individual o es producto de la búsqueda de un aspecto particular, el reto es llevarla hacia intervenciones generales para modificar la situación a favor de los grupos.

4.4 Seguimiento en el cuidado de la salud

El enfoque social de la salud requiere del seguimiento en el cuidado, por medio de la relación estable y continua en el tiempo entre el equipo de salud y la comunidad que atiende, no se trata simplemente de hacer el diagnóstico e implementar las pautas a seguir en búsqueda de la resolución del padecimiento, sino de revisar la evolución, estar allí ante cualquier eventualidad, y proceder en consecuencia. Este accionar corresponde también a la comunidad objeto de la intervención, es decir, en el seguimiento debe participar todos los autores e incluirse todas las dimensiones del fenómeno salud-enfermedad.

LA SALUD INTEGRAL, LA ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITAL

Tadeo Medina y Lino Rada

5.1 Concepto de hospital

La palabra hospital deriva del latín: *hospitium*, lugar donde se tienen personas hospedadas; *hospitalis* es un adjetivo relativo al *hospitium*, es decir, hospital. En el país y en términos generales se puede decir que el sistema nacional de salud funciona con: un núcleo central constituido por uno o varios hospitales y un grupo periférico, compuesto por unidades generales de atención a pacientes ambulatorios.

La atención, en suma, se presta en las unidades periféricas al paciente, ya sea en su domicilio, en el servicio ambulatorio, o bien encamado en las unidades centrales u hospitales; en estas condiciones los dos tipos de unidades, las centrales y las periféricas, responden a un concepto de planificación coordinada y con base en la atención en salud progresiva, concepto de la administración médica mediante el cual los servicios se organizan de acuerdo con el grado de complejidad de atención que requiere el paciente, de tal forma que reciba los servicios médicos en el grado de calidad e intensidad, en el momento más oportuno y en el sitio que se estime más apropiado a su condición clínica.

5.2 Origen de los hospitales

Un resumen de cómo se originaron los hospitales se muestra a continuación:

A pesar de que se tienen antecedentes muy remotos en la India, Egipto y Grecia, y aún cuando existen ruinas de construcciones

de tipo hospitalario en Ceilán y la India, se sabe que el médico egipcio no ejerció su profesión dentro de verdaderos hospitales, sino que igual al asirio, aprendió medicina en locales adjuntos a los templos, y acudió al domicilio de los enfermos.

El médico griego tuvo instalaciones parecidas a las hospitalarias, y así en Cos, Cnidos y Epidauro, muchos siglos antes de a la era cristiana, se fundaron templos dedicados a Esculapio y ante la estatua del Dios se colocaban a los enfermos en literas, de tal forma que pudieran tener en sueños la visión del dios y así curarse, ayudados por médicos empíricos que preparaban los sacerdotes.

No es hasta las postrimerías de la edad antigua cuando empiezan a existir ciertos establecimientos similares a los hospitales, destinados sobre todo a la curación y reposo de las tropas estacionadas en los frentes lejanos del imperio romano.

Los primeros hospitales propiamente dichos aparecieron en el siglo IV antes de Cristo. En Ostia, por ejemplo, fue fundado cerca de Roma, por Fabiola en el año 400, uno de los primeros hospitales de Italia. Después surgieron otros, casi todos patrocinados por iglesias o monasterios en diferentes partes de Italia. Igualmente en Francia, pero en 542, Childeberto I, rey de los francos, fundó el primer hospital de ese país.

En América continental, el primer hospital fue fundado por

Hernán Cortés en 1524, con el nombre de Jesús de Nazareno.

Los años del renacimiento fueron decisivos para la creación de muchos hospitales.

Los hospitales que en un principio eran solo un lugar de aislamiento en donde la caridad se ejercía como uno de los tantos aspectos del cristianismo, fue convirtiéndose en una institución con características de ejercicio profesional para la ciencia médica sobre todo cuando se empezó a secularizar estas instituciones, hasta constituir lo que es en la actualidad: el principal establecimiento de atención médica de la sociedad moderna.

Fuente: Diseñado por los Autores.

5.3 Dirección de hospitales

En un principio los hospitales estuvieron a cargo fundamentalmente de sociedades religiosas, pero a medida que el estado fue interviniendo más y más en las funciones sociales de las comunidades, aquellos fueron quedando en manos de médicos. En la actualidad son variados los grupos de profesionales (médicos, enfermeras y bioanalistas entre otros) que dirigen y administran hospitales. Por tanto, puede decirse que no hay país sin profesionales especializados en gestión y administración hospitalaria, al respecto, y a manera de aclaratoria se muestra las principales características que diferencian la administración de la gerencia:

Gerencia	Administración
Obtención de resultados por medio de otros.	Obtención de resultados por el propio esfuerzo.
Orientación prioritaria a objetivos de trabajo colectivo.	Orientación prioritaria a la profesión y técnicas de trabajo.
Acceso a información sobre todo por análisis.	Acceso a información e instrumentos de trabajo por proceso interno.
Control de tareas por un punto de vista de decisión y opción.	Control de tareas por una perspectiva de ejecución racional.
Presiones para preocuparse con perspectivas de mediano y largo plazo.	Presiones de corto plazo para las tareas previsibles.
Trabajo fragmentado, intermitente e imprevisible.	Trabajo normalmente rutinario y previsible
Tendencia a adquirir un punto de vista de organización en factores externos.	Tendencia a perspectiva limitada y sectorial de la organización.
Relaciones humanas variadas basadas en relaciones internas de jerarquías.	Relaciones humanas internas centradas en grupos específicos.
Comunicación interpersonal intensa.	Comunicación interpersonal restringida.
Trabajo evaluado a mediano y largo plazo.	Trabajo evaluado a corto plazo.

Fuente: Diseñado por los Autores.

5.4 La salud integral, la atención médica y el hospital

A través de su evolución histórica, el hospital de ser un lugar de segregación y asilo, se ha convertido en la principal institución de salud integral, toda vez que no solo se centra

en impulsar la cura de las enfermedades, sino también en el correcto y armonioso funcionamiento del cuerpo humano, hacia un adecuado estado de bienestar físico, mental y social. Esta es naturalmente la preocupación fundamental de la atención médica y su fin social. Esta concepción moderna va más allá de los aspectos puramente individuales. Por eso, el hospital en la actualidad se justifica en términos de la función social que realiza. Ahora bien, la función social del hospital en lo que se refiere a protección de la salud integral abarca tres aspectos diferentes, pero que en suma constituyen el concepto de atención médica: la prevención, curación y rehabilitación, y a estos tres factores deben adicionársele la enseñanza o docencia y la investigación.

Ahora bien, para que el hospital pueda asegurar salud a la colectividad que sirve, necesita ser planteado no exclusivamente como un edificio aislado, encerrado entre paredes y muros, sino también en contacto con la comunidad y que participa en la solución de sus problemas. Igualmente se afirma que en la atención en salud actual se concibe a los hospitales trabajando interconectados en red con sus afines, en un intento de integración operativa que puede definirse como: Sistema coordinado de unidades de atención en salud.

5.5 Hospitales y formación en salud

El hospital gracias al progreso en el área biológica y en la práctica de la medicina es considerado, con fijación inusitada como el lugar ideal para la enseñanza-aprendizaje de la medicina, fundamentalmente los contenidos prácticos,

es por ello que surgen los llamados hospitales universitarios, generalmente como centro de referencia nacional o al menos regional, de gran tamaño en infraestructura, especializado en el diagnóstico de enfermedades excéntricas y en tratamientos complejos y onerosos, pero la super-especialización acompañada del desconocimiento de las necesidades reales de la salud de la comunidad que caracteriza a la gran mayoría de los hospitales dificulta su función social, la de garantizar la salud de la comunidad a la que pertenece.

Por tanto, se requiere que la formación en atención de la salud, sin menoscabo de la especialización y el desarrollo tecnológico, tenga una concepción global e integral, en el sentido bio-psico-social dirigido a la solución de los problemas de la comunidad, porque y como afirmara Ferreira (1976): "El verdadero cometido de una institución médica consiste en solucionar los problemas de salud de los habitantes en términos de continuidad y alcance total. Para ello es necesario que exista un vínculo entre el estudiante de medicina y la comunidad". El objetivo final es lograr el equilibrio entre la atención en salud biocientífica y la atención primaria de la salud.

En países de América Latina, entre quienes también se menciona a Venezuela, los servicios de atención en salud altamente especializados están circunscritos a los centros urbanos, en consecuencia no puede cubrirse a toda la población. Para ello debe recurrirse a la regionalización, al ámbito local, a los ambulatorios, como unidades periféricas de vinculación con el sistema nacional de salud y con base en

la reorientación de la atención hacia el fomento de la salud, la prevención de enfermedades, la participación de la comunidad y la mayor intervención en los aspectos médico-sociales, y con profesionales preparados para actuar en la mayor cantidad de ámbitos de la atención. Con respecto a la formación, Ferreira (1976) señala que:

> "La participación de los estudiantes en la atención de la salud a nivel de la familia y de la comunidad, y el trabajo junto a los clínicos generales acostumbrados a actuar a ese nivel" es lo que se llama "integración docente-asistencial", es decir, la participación temprana y equilibrada del alumno en todos los niveles de atención en una región de salud, con predominio de las actividades de atención primaria, y un trabajo más o menos prolongado en relación directa con el hospital de la comunidad, complementado por temporadas breves en hospitales especializados o unidades de referencia. En la práctica se establece el vínculo entre el alumno y los individuos que tiene a su cuidado, y cuando alguno de estos se enferma, la naturaleza misma de la dolencia, según el nivel de asistencia requerido, orientará el acceso del alumno a los distintos grados de complejidad de la actividad clínica. Lógicamente, esto no puede ocurrir en forma totalmente aislada y entraña una coordinación que solo puede existir en un sistema de salud regionalizado".

Para lograr este cometido Ferreira (1976) apunta hacia:

> "…invertir el esquema de valores basado en que la mayoría de los estudiantes trabajando en un hospital especializado complementan su formación con temporadas en otras unidades de salud.

También proponemos un enfoque institucional e integral que difiere fundamentalmente del enfoque ya casi clásico de los departamentos de medicina preventiva y social, los cuales, al asumir la responsabilidad de impartir una visión integral de la salud, automáticamente eximieron a los demás departamentos de toda responsabilidad en esa esfera".

PARADIGMA EDUCATIVO ESTRUCTURADO PARA APRENDER MEDICINA COMUNITARIA A TRAVÉS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Zoraida Castillo Lara

6.1. Introducción

Las teorías y métodos de diseño educativo en su búsqueda de la mejor forma de contribuir a que los estudiantes aprendan y se desarrollen, deben proporcionar información clara, práctica reflexiva, con una respuesta informativa y fuertes motivaciones, ya sea intrínseca o extrínseca, basado en el estudio o la experiencia para la adquisición de conocimientos o destrezas indispensables para resolver situaciones en su campo laboral. En este sentido, en fiel aplicación del pensamiento de Simón Rodríguez cuando señala que, "enseñar es hacer comprender, es emplear el entendimiento, a hacer trabajar la memoria", es que la medicina comunitaria una práctica profesional en salud pretende que el estudiante entienda que esta se trata de atención preventiva y asistencial integrada a las personas sanas y enfermas, estrechamente ligada a la participación comunitaria.

Debe señalarse, que la Medicina Comunitaria/Prácticas Profesionales en Salud constituye la culminación del proceso de aprendizaje en la formación de pregrado del médico, en el plan de Estudios de la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. En este sentido, ofrece al estudiante la experiencia del ejercicio profesional, en un establecimiento de atención médica, a nivel primario, en el medio rural-urbano, en las técnicas de fomento, protección, mantenimiento y restauración de la salud, en acuerdo con lo indicado por Matute (1992) cuando expresa que: "El estudiante formará parte del equipo de salud y propiciará la participación comunitaria".

Es por eso, que los estudiantes de Medicina Comunitaria, asignatura de carácter modular, se distribuyen en zonas urbanas y rurales de los estados Carabobo y Cojedes, para que conozcan del proceso salud-enfermedad en distintos ambientes comunitarios. Para ello, los estudiantes bajo la supervisión de los encargados de administrar la salud en la zona y de sus profesores de la asignatura (suficientemente informados de los objetivos curriculares), deben identificar los factores determinantes de los problemas de salud comunitaria rural o urbana (diagnóstico de salud de la comunidad) y definir la forma de abordarlos para reducir el riego que sobre la salud estos generan, deja de esta forma el estudiante su papel pasivo de mero observador o repetidor de conductas que otros con más experiencias esgrimen, y se convierte en hacedor de su propio conocimiento.

En total apego a la base doctrinaria de la asignatura Medicina Comunitaria, signada por el trípode ideológico: de la pedagogía centrada en el estudiante y dirigida al desarrollo de habilidades del pensamiento para la creatividad (aprender haciendo), en el carácter humanista (salud para las comunidades) y en la capacidad de cambio, de reforma, cuando así se requiera.

6.2. Diseño educativo para la enseñanza de actitudes positivas hacia la medicina comunitaria

Perspectiva pensada para situaciones en que el estudiante esté dispuesto a reconsiderar su actitud, un tanto negativa o de indisposición, en el ejercicio de la medicina comunitaria, en el entendido que el estudiante puede intentar o no cambiar su

disposición. A continuación se describe el método:

• Estrategia General: Consiste en mover simultáneamente los tres componentes de la actitud (afectivo, cognitivo y de la conducta) en la misma cantidad y dirección con cambios rápidos de un componente a otro en la estrategia de enseñanza y en ambientes seguros donde ensayar la nueva actitud.

• Tácticas específicas:

a) Activar la actitud: Presentar una situación para que esta se dé

- Se puede activar directa o indirectamente.
- La acción debería ser ligeramente inconsecuente con la actitud actual del estudiante y dirigida hacia la actitud que se pretende conseguir (hacer los ajustes necesarios). Esto crea una disonancia.

b) Diagnosticar el (los) componente(s) disonante(s) preguntando:

- ¿Cómo se sintió en esa situación? (afectivo)
- ¿En que estaba pensando ? (cognitivo)
- ¿Por qué hizo lo que hizo? (de Conducta)

c) Apuntar al componente más disonante.

- Si es afectivo, utilice técnicas de condicionamiento operativas.

- Si es cognitivo, utilice la persuasión.

- Si es de conducta, utilice demostraciones y prácticas para la acción.

d) Consolide la actitud en cada punto del continuo, antes de proceder.

- Esto incluye la transferencia explícita de hechos y un plan de desarrollo organizativo.

La principal contribución de este modelo o de diseño estructurado para la enseñanza radica en el reconocimiento de la interdependencia de todos los componentes de la actitud, en el tratamiento en primer término del componente disonante y en el entendimiento de la actitud como instrumento que se emplea en la resolución de problemas; con la participación directa del estudiante y bajo la supervisión inmediata y personal del docente, en un escenario que simula las condiciones socio-sanitarias que desencadenan la actitud negativa o de rechazo.

6.3. Conceptualización de la práctica profesional

Es un proceso de aprendizaje y ejecución sistemático, progresivo y acumulativo de competencias, referidas a la organización de experiencias de aprendizaje, investigaciones médicas, actividades administrativas y evaluativas dirigidas a lograr que el estudiante, como futuro profesional de la medicina, sea capaz de identificarse con su rol y sus funciones.

Es por ello, que el egresado de la Escuela de Medicina, de

la Universidad de Carabobo, deberá ser: un servidor público capaz de atender a la persona de manera integral, es decir, como individuo, como integrante de una familia y de la comunidad, en equilibrio con el medio ambiente, en los niveles de promoción, prevención de la enfermedad y restitución de la salud.

Las prácticas profesionales deben ser un anticipo del ejercicio profesional. Por lo mismo, deben reflejar este ejercicio. Por consiguiente, las prácticas profesionales siguientes consistirán en ejercitar la anamnesis, diagnóstico, evaluación de casos y decisión sobre los procedimientos a aplicar. En todas estas fases el docente estará presente para asistir, corregir, enmendar o reorientar la actuación del practicante, pero al mismo tiempo para concederle progresiva autonomía y responsabilidad.

6.4. Sub-áreas de las prácticas profesionales

Existen dos grandes sub-áreas en las prácticas profesionales:

a) Las prácticas profesionales intra-institucionales:

Estas son las prácticas profesionales que se realizan en la institución universitaria, paralelamente a los estudios (pues son parte de la formación de los estudiantes) y tienen lugar en instalaciones especiales que se erigen en la institución.

b) Las prácticas profesionales extra-institucionales:

Estas prácticas son las que se realizan preferentemente a finales de la carrera y se refiere a la actividad temporal que el participante realiza en una organización o cualquier institución

con el objeto de ejercitarse en un área profesional determinada. Es por ello, que las instituciones universitarias han de ejercer previo acuerdo con las instituciones no universitarias una supervisión limitada de la actuación de los estudiantes. De allí que las pasantías cumplan una función de aprendizaje muy valiosa (Peñaloza, 1995).

En las prácticas profesionales intra-universitarias los alumnos han hecho suyas acciones profesionales desde las más sencillas hasta las más complejas, bajo la constante supervisión profesoral. En las prácticas profesionales extra-institucionales pasan a depender de entes no universitarias, que los han de poner en contacto con las formas de trabajo real existentes fuera de las instituciones universitarias. Allí aprenderán a tratar con jefes y directivos, a cumplir con asignaciones específicas propias del mundo del trabajo, a laborar con colegas, a manejar instrumentos y operaciones más complicados o diferentes a los de la institución universitaria, a empaparse de las reglas y estilos de las entidades no universitarias, en pocas palabras a asimilar la atmósfera de las instituciones exteriores a las de su formación.

Por consiguiente, en la evaluación de las prácticas profesionales ha de seguirse las mismas indicaciones, es decir, con base en la observación que de la actuación real del pasante hagan el "Tutor Laboral" y el "Tutor Académico" en sus visitas, en este sentido se comprende, que el profesor de Medicina Comunitaria no debe repetir los conocimientos que las diversas asignaturas han impartido, ni hacer resúmenes ni síntesis de ellas, sino lograr su

aplicación en la realidad sobre la base de casos concretos y reales, y centrados en los siguientes objetivos:

a) Identificación de los problemas de salud de la comunidad (como investigador).

b) Conocimiento de los programas de salud emanados del Ministerio de Salud y contribuir con el fomento de los mismos, y de otros que se desarrollen en respuestas a problemas sanitarios propios del zona en que se encuentra a través de la educación.

c) La práctica de la terapéutica socio-sanitaria acorde con la situación diagnosticada (diagnóstico de salud), incorporándose como aprendiz de médico en el equipo de salud, en la búsqueda constante de ampliar la cobertura de la atención en salud integral al individuo, su familia y comunidad.

d) Contribución en la ejecución, análisis y evaluación de las fases del proceso administrativo así como también, conocer los instrumentos legales o jurídicos ligados con el desempeño profesional, gerencial y ético.

e) Participación en las actividades socio-culturales de la zona, como elemento clave del bienestar de la comunidad.

6.5. Enseñanza y aprendizaje basado en la compresión como elemento definitorio de la medicina comunitaria

La preocupación primordial en medicina comunitaria, en la práctica profesional del estudiante, es que comprenda la información, que sea capaz de representarla a través de la

formulación de respuestas cónsonas con los conflictos que debe afrontar, por ello se apuesta a la construcción del aprendizaje significativo, pues entre sus valores destacan:

a) Ser capaz de desplegar los conocimientos de manera comprensiva.

b) Aprender temas que sean importantes para la disciplina o el ámbito de estudio.

c) La motivación (implicación auténtica, compromiso y respuesta emotiva).

d) Uso activo y transferencia del conocimiento.

e) Retención de los conocimientos.

f) Enfoques organizados y sistemáticos para una enseñanza constructivista.

g) Una gama muy amplia y variada de estilos pedagógicos. Incluyendo la enseñanza directa.

h) Los estudiantes se proporcionan una respuesta (feedback) mutuamente.

Aquí se presentan los principales métodos que ofrece esta teoría:

a) Seleccionar unos temas generativos para el estudio (profesor y estudiante) que deberían ser: Importantes para el ámbito de la disciplina, accesible e interesante para los alumnos,

interesante para el profesor, que puedan conectarse con temas diversos y los temas típicos más importantes y de carácter más llamativo.

b) Seleccionar y formular públicamente objetivos de comprensión (profesor y estudiante) importantes para el ámbito de la disciplina, relativos ha: conocimientos, métodos y propósitos del ámbito, así como las formas de expresión del dominio.

c) Implicar a los estudiantes en representaciones que demuestren públicamente hasta donde llega la comprensión de la situación de la comunidad.

d) Criterios a considerar: Deberían relacionarse directamente con los objetivos del conocimiento, desarrollar la comprensión mediante la práctica, incluir la implicación reflexiva en las tareas accesibles que impliquen un reto y continuar en un tipo de comprensión más amplio y profundo que envuelvan múltiples estilos de aprendizaje y formas de expresión.

e) Proporcionar una evaluación progresiva por parte del profesor, que debería ser: Pertinente, explícita y pública, frecuente, procedente de múltiples fuentes y utilizada para calibrar el progreso e informar de los planes.

6.6 Aprender a través de la práctica en medicina comunitaria

La enseñanza de la medicina comunitaria se centra también en la práctica, en aprender haciendo, con base en hechos reales, sin el establecimiento de condiciones previas, en un contexto donde el objetivo es pertinente, útil e interesante para los estudiantes,

donde los conocimientos adquiridos resultan de la realización de tareas oportunas y el contraste de los conocimientos teóricos previamente adquiridos.

En atención a lo planteado, los principios doctrinarios y filosóficos de la medicina comunitaria surgen de la profunda reflexión entre la relación íntima, deseable y necesaria del proceso de aprendizaje y los servicios del subsector público, por medio de la integración de la docencia universitaria (formadora de talento humano) con el sistema y servicio de salud del Estado (empleadora del talento humano). Dentro de este marco la medicina comunitaria se constituye en la actividad académica para la investigación y contribución a la solución de problemas de salud de la comunidad, mediante la incorporación apropiada del estudiante a los servicios de salud; con lo cual también se amplía la cobertura de atención médica y se propicia la participación social.

6.7 Funciones del profesor como tutor académico de la asignatura medicina comunitaria

Entre ellas destacan:

Presentación de la red ambulatoria, rural y urbana, como unidad académica operativa de la asignatura.

Analizar y discutir el programa de actividades, plan de evaluación, cronograma y metodología de trabajo con los practicantes o pasantes.

Ajustar la planificación en función de las necesidades detectadas (estudiantes, recursos, tiempo y otros).

Propiciar experiencias y situaciones de aprendizaje variadas,

sustentadas en técnicas de comunicación e interacción.

Realizar las gestiones administrativas pertinentes para la ejecución del trabajo de la Práctica Profesional o pasantía en el centro de aplicación.

Orientar al instructor local o tutor laboral sobre los objetivos de la actuación del pasante y de su papel formativo.

Orientar y retroalimentar al pasante en sesiones de orientación grupal con base en la observación y supervisión permanente.

Informar al coordinador de asignatura sobre el desarrollo de la pasantía.

Discutir con los alumnos criterios para la elaboración del informe monográfico de la aproximación al Diagnóstico de Salud, en la cual se observen las normas y procedimientos de estilo.

Solicitar y evaluar el informe definitivo resultado de la investigación del proceso salud - enfermedad, de acuerdo con los criterios establecidos en el área para tal fin.

Evaluación final, tomando en cuenta las observaciones del instructor local o auxiliar y los pasantes. Esta evaluación de los pasantes se realiza por sesión grupal e individual en comunicación oral o escrita a través del resultado de la investigación.

Organizar y realizar el seminario de discusión de los informes con los pasantes una vez culminada la asignatura.

Entregar copia del informe al centro de atención médica cuando éste lo solicite.

Agradecer al centro de atención médica la colaboración prestada y tramitar la carta de agradecimiento y la credencial de participación.

Fuente: Diseñado por los Autores.

6.8 Funciones del instructor local o tutor laboral en la unidad operativa de la red ambulatoria en la práctica de la medicina comunitaria

Fundamentalmente estas son:

Notificar al tutor académico sus expectativas como tutor laboral.

Atender a los planteamientos del tutor académico, respecto a actividades asignadas, tiempo de permanencia, objetivos instruccionales, entre otros aspectos.

Informar al estudiante sobre las normas de funcionamiento de la institución y las actividades que debe cumplir el pasante.

Asegurar el clima laboral de respeto mutuo, confianza e intercambio de ideas.

Permitir al practicante de medicina comunitaria planificar (o participar en la misma) las acciones socio-sanitarias a realizar durante el periodo que dure la asignatura.

Facilitar la realización y análisis del diagnóstico de salud en la comunidad.

Comunicar al profesor guía o académico las dificultades que se puedan presentar con los practicantes de medicina comunitaria y contribuir en las soluciones.

Controlar, registrar y retroalimentar la actuación del pasante de medicina comunitaria.

Informar sobre las actividades cumplidas por los pasantes de medicina comunitaria al profesor o tutor académico.

Evaluar las actividades cumplidas por el practicante de medicina comunitaria.

Rendir el informe de evaluación de las actividades realizados por los estudiantes durante su pasantía por la institución de salud.

Recibir carta de agradecimiento y credencial de tutor laboral.

Fuente: Diseñado por los Autores.

6.9. Funciones del pasante de medicina comunitaria en zonas rurales y urbanas.

El estudiante debe cumplir con las siguientes funciones o actividades durante su pasantía en medicina comunitaria:

Asistenciales: Deben realizar consultas integrales, preventivas y de emergencias de los programas de salud, durante operativos y jornadas de salud. De la misma manera debe realizar visitas domiciliara en las comunidades en atención de la salud.

Administrativas: Aprender y participar en el llenado de formularios (EPI, DSP), certificados de salud, de defunción y de nacimiento. Requisiciones para el ambulatorio. Además debe intervenir en el manejo del talento humano y gerencia del centro asistencial. También debe rendir los informes correspondientes ante su tutor laboral y académico y llevar registro fotográfico de las actividades realizadas durante su pasantía por medicina comunitaria.

Educativas: En promoción de la salud debe dictar charlas, talleres, foros entre otros, además de elaborar, folletos y carteleras.

Sociales: Debe participar en actividades culturales, religiosas,

y deportivas de la comunidad donde tiene su asiento el centro asistencial.

Investigación: Elaborar y ejecutar estudios de investigación acción, con mira a solucionar algún problema de salud de la comunidad.

Finalmente debe ajustase a la programación de la asignatura en términos de plan de estudio, rendición de informes, apego a las norma de la institución sanitaria que lo acoge, normas de comportamiento ético-moral, evaluaciones, entre otros.

Fuente: Diseñado por los Autores.

En resumen, el estudiante durante su pasantía debe adquirir o desarrollar competencias políticas, para ser capaz de ejecutar una acción estratégica, con un comportamiento ético, con compromiso y equidad; competencias afectivas, para ser capaz de mantener una acción comunicacional efectiva, con respeto y solidaridad; competencias técnicas para ser capaz de realizar acciones técnicas y propositivas en el campo de su práctica con efectividad, dentro de un marco de pertinencia y relevancia con su contexto socio-económico y cultural; y competencias gerenciales para ser capaz de gestionar las acciones de intervención con transparencia.

6.10 Prácticas sociales y medicina comunitaria

La medicina comunitaria se realiza por completo en su práctica cuando su propósito, que no es otra cosa que la salud colectiva, es aceptado por la sociedad, aún más, cuando este es incorporado al quehacer social, en plena conjunción de la disponibilidad de conocimientos, tecnología y disposición política favorable, por

tanto, para lograr el cometido de bienestar socio-sanitario se recurre al desarrollo y fortalecimiento de una cultura de vida y salud pública; a la construcción de entornos saludables y control de riesgos y daños a la salud colectiva; a la construcción de ciudadanía y de capacidad de participación; y a la atención a las necesidades y demandas por servicios de salud.

En fin, la medicina comunitaria se encuentra estrechamente vinculada a la salud pública de la colectividad y forma parte esencial en la atención primaria de los habitantes de una determinada localidad, la cual tendrá mayor calidad de vida y salud, en la medida que haya un mejor acercamiento con el equipo de salud.

Referencias bibliográficas

Ackerkecht H. Los hospitales de 1.800 como punto de partida de una nueva medicina. Symposium Ciba 1959; 7(3): 99-105.

Aguirre A. Community Medicine at the University of Valle (Cali, Colombia). En: Community Medicine. W. Lathem y A. Newbery (eds.). Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1970.

Álvaro D. Los conceptos de "comunidad" y "sociedad" de Ferdinand Tönnies. Papeles del CEIC 2010; 52(1):1-24.

Aranda J. Epidemiología General. Tomo I. Universidad de los Andes. Consejo de Publicaciones. Mérida. Venezuela. 1994.

Arouca S. Introdução à crítica do setor saúde. Nêmesis 1975; 1:17-24.

Barker T. Paramedical Paradoxes-Challenges and Opportunity. En: Teamwork for World Health. Ciba Foundation Symposium. Baltimore, Willians and Wilkins. 1971.

Barquin M. Dirección de hospitales. Sexta edición. Editorial Interamericana. México.1993.

Barquin M. Tendencias modernas de seguridad social. Revista El Médico 1964; 14(4):55-59.

Bilbao I, Gastaminza A, García J, Quindimil J, López J, Huidobro L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. Aten Primaria 1994; 13(4):188-190.

Bronfman M, Gleizer M. Participación comunitaria: Necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. Cad Saúde Públ 1994; 10(1):111-122.

Burton L, Smith H. Public health and community medicine. 2da. Ed. Baltimore: Williams and Wilkins. 1975.

Casado v, Bonal P, Cucalón M, Serrano E, Suárez F. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit 2012; 26(1):69-75.

Casado V, Bonal P, Fernández C. La medicina de familia y comunitaria: Una asignatura de la Universidad española. MEDIFAM 2002; 12(2):111-121.

Casas M. Educación para la salud: aspectos metodológicos. Educ Med Salud 1991; 25(2):194-202.

Castellanos P. Perspectivas de la investigación epidemiológica. En: Usos y perspectivas de la epidemiología. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, PNSP 84-47, 1984.

Centro de Estudos de Saúde da UFMG. Medicina comuitária. Nêmesis 1975; 1:35-42.

Cofiño R, Álvarez B, Fernández S, Hernández R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿Realmente funcionan los programas de salud comunitarios? Aten Primaria 2005; 35(9):478-483.

Comisión Nacional de Curriculum. Vicerrectorado de la Universidad de Carabobo. Principios para la transformación y

modernización académico curricular en la educación superior venezolana. Dirección de medios y publicaciones. Venezuela. 1997.

Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, 1978 Sep6–12; URSS. En: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-atadeclaracion.htm. Consultado en 2008.

Devoto E. La medicina comunitaria y las vías de desarrollo socioeconómico. Cuad Med Social 1970; 11(3):33-41.

Ferrara F, Acebal E, Paganini S. Medicina de la comunidad. Buenos Aires: Inter Médica Editorial. 1972.

Ferreira J. La necesidad de colaboración efectiva entre la educación médica y el servicio de salud. Educ Md Salud 1981; 15(2):154-168.

Ferreira J. Misión del Hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica. Bol Oficina Sanit Panam 1976; 81(2):216-223.

Fuertes C, Casado V. La especialidad de medicina familiar y comunitaria en 2004 con la aplicación de nuevo programa de formación. An Sis Sanit Navar 2003; 26 (2):291-294.

García D. Principios y metodología de la bioética. Rev Labor Hospital 1997; 3(2):175-183.

Golfin J, Golfin R. Atención primaria orientada a la comunidad:

un modelo de salud pública en la atención primaria. Pan Am J Public Health 2007; 21(2/3):177-185.

González M, Sosa G. Aspectos epistemológicos de la salud pública. Aproximaciones para el debate. Salus 2010; 14(1):76-89.

Grant M. Handbook of community health. 2da ed. Filadelfia: Lea & Febiger. 1975.

Kaltenbrunner M, Mathiassen SE, Bengtsson L, Engström M. Madurez magra y calidad en atención primaria. J Health Organ Manag 2019; 33(2):141-154.

King Edward's Hospital Fund for London, Department of Social Medicine of the Hebrew University, Hadassah School of Public Health and Community Medicine. Community-oriented primary care: a resource for developers. London: King's Fund. 1994.

Kopitowski K, Carrete P, Barani M, Rubinstein E, Terrasa S, Zátare M, et al. Medicina Familiar y práctica ambulatoria. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2016.

Kreindler S, Struthers A, Metge C, Charette C, Harlos K, Beaudin P, et al. Pushing for partnership: physician engagement and resistance in primary care renewal.

J Health Organ Manag 2019; 33(2):126-140.

Last JM, ed. Dictionary of epidemiology. 4th ed. New York: Oxford University Press. 2001.

Lindman E. Community. En: Seligman ERA, Johnson A, editores.

Encyclopedia of the social sciences. Nueva York: MacMillan Company. 1951.

López T, Forcada C, Miller F, Pasarin M, Goncal G. Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña. Aten Primaria 2010; 42(4):218-225.

Málaga H. Salud Pública Enfoque Bioético. Editorial Disinlimed, C.A. Caracas. Venezuela. 2005.

Malagón-Londoño G, Galan M, Morera-Pontón L. Administración hospitalaria. Editorial Panamericana. Bogota. 1996.

Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. Gac Sanit 2006; 20(1):192-202.

Matute H. Medicina Comunitaria. Universidad de los Andes. Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico. Consejo de Publicaciones. Mérida-Venezuela. 1992.

Maxcy K. Papers of Wade Hampton Frost, M. D. A contribution to epidemiological method. Nueva York, The Commonwealth Fund. 1941.

Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Programa Médicos Comunitarios. Herramientas de epidemiología. Cristián Févre & Asoc. Argentina. 2012.

Navarro M. Hospitales, normas y procedimientos. Editorial

Trillas. México. 1991.

Nelson A. A handbook of community medicine. Bristol: John Wright and Sons Limited. 1975.

Organización Panamericana de la Salud. Educación en salud pública: Nuevas perspectivas para las Américas. Washington D.C. 2001.

Organización Panamericana de la Salud. La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicio de salud. XIV conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP). Taxco, México, 15 al 19 noviembre 1987. Publicación Serie de Recursos Humanos N° 88. 1987.

Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil. Serie Paltex. 2ª. Edición. Washington, D.C. 20037. 1999.

Organización Panamericana de la Salud. Participación de la comunidad en la salud y en el desarrollo de las Américas. Análisis de estudios de casos seleccionados. Washington, 1984 (Publicación Científica, No. 473). 1984.

Paganini J, Pracilio H. Los sistemas locales de salud: un camino hacia la equidad. MGF21, Publicación INUS, Facultad de Ciencias Médicas .UNLP, La Plata. 2000.

Parsons T. Social System. Nueva York, The Free Press. 1951.

Peñaloza B, Rojas P, Téllez A. Modelo de atención en salud familiar. Una propuesta para contribuir al cambio. 2001. En: http://escuela.med.puc.cl/Departamentos/MedFamiliar/index.htm.

Peñaloza W. El Currículo Integral. Volumen I. Universidad del Zulia. Vicerrectorado Académico. Maracaibo. Venezuela. 1995.

Porterfield J. Organizador. Saúde comunitária nos Estados Unidos. Río de Janeiro: Livraria Freitas Bastos; 1972.

Rada L. Tópicos gerenciales en ciencias de la salud. Universidad de Carabobo. Dirección de Medios y Publicaciones. Valencia. Venezuela. 2013.

Reigeluth Ch. Diseño de la instrucción. Teorías y modelos. Un nuevo paradigma de la teoría de la instrucción. Parte I y II. Grupo Santillana de ediciones, S.A. Madrid. España. 2000.

Relatório da Reunião do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental da UFBA. Salvador de Bahía: UFBA. (Mimeo). 1976.

Reyes I, Sanabria G, Medina Z, Báez R. Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. Rev Cubana Salud Pública 1996; 22(1). En: http://scielo.sld.cu/ scielo.php?

Romeo D. Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. Rev Cubana Med Gen Integr 2007; 23(3). En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?

San Martín H, Pastor V. Salud comunitaria. Teoría y práctica, Madrid, Díaz de Santos. 1988.

Sánchez Z, Marrero J, Becerra O, Alvarado J. Los principios bioéticos en la atención primaria de salud: Apuntes para una reflexión. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19(5): En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?

Santas A. Curriculum y prestación médica integral. Ponencia y prestación médica integral. Ponencia Oficial del III Congreso Americano de la Seguridad Social, Panamá, 12-18 de noviembre de 1972.

Santos-Suárez J, Santiago M, Alonso P, Alonso M, Merladet E, Corrales E. Medicina de familia: ¿la cenicienta del pregrado? Estudio de la opinión de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Aten Primaria 2001; 27(5):324-330.

Silva J. Medicina comunitaria. Introducción a un análisis crítico. Salud Colect 2009; 5(1):121-126.

Smith J, Plover C, McChesney M, Lake E. Isolated, small, and large hospitals have fewer nursing resources than urban hospitals: Implications for rural health policy. Public Health Nurs 2019. doi: 10.1111/phn.12612.

Tealdi J. Silos y Bioética. Racionalidad moral de las decisiones comunitarias. Bol Of Sanit Panam 1990; 109(5-6):462-472.

Tejada de Rivero D. Alma-Ata: 25 años después. Revista

Perspectivas de Salud. 2003; 8(1). En: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/Nume ro17_articulo1_4.htm.

Terris M. Epidemiology and the public health movement. J Pub Health Pol 1987; 8:315-329.

Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. México, Siglo XXI Editores, 1980.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Instructivo-Normativo para la realización y evaluación de la Práctica Profesional. FEDUPEL. La editorial pedagógica. Venezuela. 2006.

Van Rossum T, Scheele F, Bank L, Sluiter H, Heyligers I. Who owns responsibility? An administrator's take on implementing time-variable medical training in teaching hospitals. Med Teach 2019; 1-7. doi: 10.1080/0142159X.2019.1592139.

Vega L. La salud en el contexto de la nueva salud pública. Editorial El Manual Moderno. México D.F – Santafé de Bogotá. 2000.

Vela J, Fernández J, Álvarez R. Política de formación médica para la atención primaria de salud y el papel de la asignatura Medicina General Integral en el currículo. Educ Med Super 2012; 26(2):259-270.

Vidal C. Medicina comunitaria: Nuevo enfoque de la medicina. Educ Med Salud 1975; 11-46.

Winslow C. The evolution and significance of the modern public

health campaign. New Haven, Yale University Press. 1923.

Wranik W, Price S, Haydt S, Edwards J, Hatfield K, Weir J, et al. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. Health Policy 2019; Pii: S0168-8510(19)30083-1. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.03.015.

ISBN: 978-980-233-774-3