FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS y NATURALES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA

TESINA PRESENTADA PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

"EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA CIUDAD DE GENERAL PICO, LA PAMPA".

Liliana Mabel GAGLIARDONE

SANTA ROSA (LA PAMPA) ARGENTINA

2012

PREFACIO

"Esta Tesina es presentada como parte de los requisitos para optar al grado Académico de Licenciado en Enfermería, en la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad Nacional de La Pampa y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta Universidad ni en otra Institución Académica. Se llevó a cabo en el Establecimiento Asistencial "Gobernador Centeno" de la ciudad de Gral. Pico, durante el período comprendido entre el 18 de septiembre de 2009 y el 10 de junio de 2012, bajo la dirección de la Lic. Laura Ofelia CORNEJO.

Agradecimientos: a la Lic. Mabel Valdez por haber sembrado en mí, allá por los años 80, el amor a esta profesión tan noble, y por seguir agiornando mis conocimientos a través de su trabajo silencioso para que esta carrera sea posible. A la Lic. Laura Cornejo por el trabajo constante como docente de la cátedra Enfermería, que me permitió seguir adelante hasta alcanzar estas instancias finales de la carrera, a la División de Enfermería del Hospital Gobernador Centeno quien me brindo su apoyo incondicional, al personal de enfermería de Consultorios Externos del Hospital Gobernador Centeno que me brindaron su desinteresado interés, permitiéndome información que fue volcada en esta tesina, al contador Edgardo Bugetti quien me guió para realizar los trabajos estadísticos, al Sr Esteban Blanco que me ayudo a realizar las encuestas y a mi familia, pilar fundamental ya que sin sus aportes y criticas no hubiera sido posible esta presentación.

2012 FIRMA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

"FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES"

"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA".-

RESUMEN

El objeto de esta investigación fue conocer el uso de la autonomía que favorece la comprensión de las relaciones del cuerpo con el medio y la elección de condiciones que amplíen la calidad de vida de los ciudadanos de 40 a 50 años de edad de la ciudad de General Pico (La Pampa, República Argentina).

Para evaluar la autonomía que los ciudadanos tienen para cuidar su salud y las causas por las cuales no lo hacen, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en los meses de abril y mayo del año 2009 en General Pico –La Pampa. Se aplicó una encuesta semiestructurada, sobre una muestra de 100 personas, 50% mujeres y 50% varones tomados al azar que accedieron voluntariamente previa comunicación de los objetivos de la investigación.

El 28% de las personas encuestadas de sexo femenino realizó los controles cada año, mientras que las de sexo masculino los realizó en un 12%, usando el poder autónomo para preservar su salud.

El conocimiento de las causas arrojaron los siguientes resultados: el 40% no realiza los controles de salud por falta de tiempo, el 29% desconoce la conveniencia de hacerlos, el 14% sufre falta de accesibilidad a los servicios de salud, el 12% no lo cree necesario, el 2% no los realiza por temor a estar enfermo y el 3% por otros motivos.

Palabras Claves: autonomía, 40 a 50 años de edad, controles anuales de salud.

ABSTRACT

The purpose of this research was to learn the use of autonomy which promotes the understanding of the relationship of the body with the environment and the choice of terms to extend the quality of life of the citizens of 40 to 50 years old in the city of General Pico (La Pampa, Republic Argentina). Disregarding the causes for which no annual periodic medical examinations are made to preserve the comprehensive health care them; a descriptive cross-sectional study was conducted during the months of April to may of 2009. Men, through semi-structured surveys, selected simple randomly is surveyed 100 people, 50% women and 50% .

Keywords: autonomy, 40 to 50 years of age, annual health checks

INDICE

Títulos y subtítulos	Nº Página
Portada	
Prefacio	**II**
Resumen	**III**
Abstrac	**IV**
Índice	**V**
Introducción	**6-7**
Desarrollo-Marco Teórico	**8**
Teoría de Dorotea Orem	**8-11**
Promoción de ciudadanos autónomos y el derecho a la salud	**12**
La constitución de la Organización Mundial de la Salud	**12**
La Constitución de la Pcia. De La Pampa	**13**
Participación ciudadana	**14-15**
Procesos participativos	**16-17**
Participación en Salud	**18-20**
El derecho a la Salud	**21-22**
Educación y Salud: un derecho de todos	**23-24**
Atención primaria y secundaria de la Salud –"Salud para todos en el año 2000"	**25-26**
Objeto del trabajo	**27**
Objetivo general	**27**
Objetivos Específicos	**28**
Definición Operativa de Variables	**29**
Beneficios de la investigación – Guía de un Plan de Atención de Enfermería	**30-31**
Metodología, modelos y técnicas	**32**
Análisis y resultados	**33-40**
Conclusión y discusión	**41-42**
Referencias bibliográficas	**43**
Anexos	**44-46**

INTRODUCCIÓN

La complejidad y las implicancias del trabajo de enfermería, obliga a los profesionales a reflexionar diariamente sobre la propia práctica. Diversos autores han aportado sus conocimientos en función de definir y explicar la esencia de los cuidados enfermeros, y como resultado se originaron teorías y modelos conceptuales, los que sirven de guía en la práctica enfermera. Entre los autores, se halla Dorothea E. Orem[1], con su teoría a cerca de autocuidado (tomada como base para la presente investigación). Según Orem, el autocuidado no es innato, sino se aprende a lo largo de la vida. La autora lo define como: "*El conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior es una conducta que realiza o debería realizar la persona por sí misma".*

Las intervenciones de enfermería actuales corresponden al nuevo paradigma, tendiente a hacer énfasis en la salud y fomentarla, por ende gran parte de la enfermería concentra su fuerza de trabajo en el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad.

Los cuidados enfermeros incluyen el proceso de investigación en el ejercicio de la profesión, los hallazgos de las mismas solo pueden ser respaldados si se usan, validan, reproducen, y diseminan, los resultados deben implicar conclusiones e implicaciones sobre el plan de cuidados de enfermería, para dar respuesta a la comunidad acerca del cuidado de su salud, y de la autonomía de cada ciudadano para responder sobre su calidad de vida.

La promoción de la salud incluye la realización de estudios de detección de enfermedades en forma temprana para preservar la salud integral de los ciudadanos.

La American Academy of Familily Physicias[2] ha propuesto la realización de exámenes periódicos de salud, e identificar los grupos de edad en los que deben realizarse estudios específicos de detección de enfermedades.

Los exámenes periódicos anuales de salud incluyen: hemograma completo, glucemia, colesterolemia, uremia, coagulograma, orina completa, examen físico, control de tensión arterial, RX de tórax y ECG (electrocardiograma). Esto redunda en beneficio a los

---

1 *0rem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl Se graduó en 1930.*

2 *Academia Estadounidense de Médicos de Familia*

individuos, a la comunidad, y a la Salud Pública, debido a que una persona sana puede realizarse en todos los planos de la vida (familiar, productivo, etc.), puede ser útil a su comunidad y disminuye el costo de la salud pública.

La concepción de salud, entiende que la misma está condicionada no sólo por factores biológicos, sino también por factores políticos, económicos y culturales (Menéndez, 1988)[3]. Esta concepción sobre la salud integral está íntimamente relacionada con la noción de autonomía (Wagner de Sousa Campos, 2001)[4], la cual favorece la comprensión de las relaciones del propio cuerpo con el medio y la elección de condiciones que amplíen la calidad de vida de las personas.

[3] *Menéndez, Eduardo: "Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la Atención Primaria de la Salud", II Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, 1988.*

[4] *Wagner De Souza Campos, G. "Presentación al público de habla hispana. Biografía de Gastao", "Consideraciones sobre el arte y la ciencia de los cambios: revolución de las cosas y personas. El caso de la salud" y "Salud pública y salud colectiva: campos y núcleos de saberes y prácticas". En: Gestión en salud. En defensa de la vida. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2001.*

DESARROLLO-MARCO TEÓRICO

Teoría de Dorotea Orem

Orem define el objetivo de la enfermería como "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entrono para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. 0rem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.

2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.

3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

*** Concepto de persona:**

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

*** Concepto de Salud:**

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

*** Concepto de Enfermería:**

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

0rem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930.

Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

a) **Teoría del Autocuidado:** En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana .

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

b) Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

c) Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suple al individuo.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Promoción de ciudadanos autónomos y el derecho a la salud

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud[5]

Fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé*, **2**, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

- LOS ESTADOS partes en esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:
- La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
- Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.
- La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.

[5] *Ministerio de salud-Constitución de la OMS, Blogs.Clarin.com/salud en argentina/2008/12/17.*

- El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

- La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

- Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

- Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Aceptando estos principios, con el fin de cooperar entre sí y con otras en el fomento y protección de la salud de todos los pueblos, las Partes Contratantes convienen en la presente Constitución y por este acto establecen la Organización Mundial de la Salud como organismo especializado de conformidad con los términos del artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas.

La Constitución de la Provincia de La Pampa[6]

Sección primera, capitulo 1, declaraciones, derechos, deberes y garantías, artículo 6° dice: "Todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos. No se admite discriminación por razones étnicas, de género, religión, opinión política o gremial, origen o condición física o social. La Provincia reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas. La convivencia social se basa en la solidaridad e igualdad de oportunidades. Las normas legales y administrativas garantizarán el goce de la libertad personal, el trabajo, la propiedad, la honra y la salud integral de los habitantes."

[6] *Sitio Oficial de la Pcia. La Pampa*-Archivo PDF: Información y descarga del software necesario para su visualización

Participación ciudadana

EL interés por la temática de la participación parte de considerar que si bien todos los sujetos sociales participan en la producción y reproducción del sistema social, no todos lo hacen de la misma forma, sino que en dichos procesos también se producen y reproducen inequidades sociales.

El concepto de participación en el campo de la promoción de la salud se introduce a partir de una redefinición del concepto de salud, que tiene en cuenta su dimensión político-ideológica. En este marco, la participación se vincula con el concepto de ciudadanía. Así, una de las fundamentaciones que avalan la importancia de propiciar procesos participativos en proyectos de promoción de la salud relaciona, a dichos procesos, con el desarrollo de la autonomía y la construcción de ciudadanía de los sujetos.

Esta concepción de salud entiende que la misma está condicionada no sólo por factores biológicos, sino también por factores políticos, económicos y culturales (Menéndez, 1988). Esta concepción sobre la salud integral está íntimamente relacionada con la noción de autonomía (Wagner de Sousa Campos, 2001), la cual favorece la comprensión de las relaciones del propio cuerpo con el medio y la elección de condiciones que amplíen la calidad de vida de las personas.

Por otro lado, la salud, así entendida, es un derecho que tienen todas las personas e implica considerar a los sujetos como ciudadanos, promoviendo la idea de igualdad.

Es esta categoría de ciudadano la que justifica el acceso a bienes y servicios y no la posición ocupada por las personas en la estructura socioeconómica. La ciudadanía implica la posibilidad y necesidad de construir acuerdos.

Esta visión de la salud intenta sumar al proceso de democratización de la sociedad y promover la construcción de ciudadanos autónomos, a través de acciones que permitan a las personas conocer y ejercer sus derechos, que hagan suyas las leyes, ya que se considera que la mera existencia de un derecho no implica su ejercicio. Porque la condición de ciudadano supone una persona que decide y elige, supone una persona que se hace cargo de su propia salud.

En este sentido, las acciones en el campo de la salud, sin importar la temática a trabajar, deberían incentivar la participación de los individuos o grupos a identificar y a actuar sobre aquello que afecte a su calidad de vida.

La participación *real* que elabora Sirvent (1984), en la cual "los miembros de una institución o grupo a través de sus acciones ejercen poder en todos los procesos de la vida institucional", es decir tanto en la toma de decisiones con respecto a objetivos, estrategias y cursos de acción, así como también en la evaluación permanente de su ejecución.

La participación *simbólica*, opuesta a la anterior y en la que los individuos poseen un nivel mínimo de influencia o tienen la ilusión de poseerla, reproducen la inequidad y no aportan a la construcción de ciudadanía.

En relación a estos diversos sentidos que pueden cobrar las experiencias participativas en promoción de la salud y en general en el campo de la salud, las mismas han sido ampliamente revisadas y problematizadas, desde una perspectiva que hace foco en los impedimentos y dificultades que las relaciones de poder imprimen en las mismas.

En el Diario Perfil del día 9 de mayo de 2010, página 5[7], habla que por estas horas es inevitable no hacer mención del Bicentenario de la Revolución de Mayo. En medio de la crispación política, de la falta de diálogo y de consenso que atraviesa la Argentina, se cumplen dos siglos del primer grito patrio, de este acuerdo, de esta puesta en común que gestó la emancipación dada por hombres y mujeres en pos de lograr la independencia que llegaría, no sin mucha dificultad, seis años después. Viajando en el tiempo a través de esos documentos, se encuentra que hace cien años las cosas no eran muy distintas a lo que hoy sucede. Unos (pocos, libres y pudientes, hombres y blancos) tomaban las decisiones que afectaban a otros (que eran muchos, pobres, mujeres y niños en su mayoría), que juntos no constituían un nosotros, por que formaban parte de la sociedad de manera simbólica, sin ser ciudadanos.

Los que tenían voz celebraban el Centenario en "La París" de Sudamérica, ante miles de silenciados y excluidos. Claro que estos años transcurridos trajeron, producto de la

[7] *ciudadanos@equilibriosuple.com.ar*

revolución tecnológica y comunicacional, muchas posibilidades de hacer visibles a esos marginados del sistema, que se abren paso para lograr construir ciudadanía.

Procesos participativos

Históricamente, se han observado predominantemente experiencias donde la participación de la comunidad es entendida como cooperación necesaria para la ejecución de proyectos de salud, en términos de garantizar su eficacia y legitimidad. En este tipo de experiencias la participación se estructura en una relación pasiva y objetal con el equipo de salud y desde una posición subalterna en relación con el saber técnico. Generalmente, esta concepción parte del supuesto político-ideológico de que las comunidades no tienen formas de organización por lo que es necesario organizarlas, o bien sus valores impiden la adopción de comportamientos tendientes a lograr mayores grados de salud (Eibenschutz, 1989; Ugalde, 1987)[8].

Desde una perspectiva cuestionadora, la antropología médica crítica latinoamericana sostiene que es necesario construir procesos participativos desde las formas de organización y participación que preexisten en las comunidades (Fassin, 1999; Menéndez, 1988; Ugalde, 1987). Se sostiene asimismo la necesidad de recuperar las prácticas, los valores y creencias de las comunidades, favoreciendo procesos de participación donde los sujetos tengan un papel activo y creador, tendiente a desnaturalizar los discursos y las prácticas hegemónicas.

Resulta significativo tener presente este marco general que atraviesa las experiencias de participación porque una evaluación de estos procesos parte necesariamente de una revisión del marco teórico y de los principios en los que se sustenta la propuesta participativa.

El sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires está organizado de acuerdo a la estrategia de Atención Primaria de la Salud. La misma pretende favorecer la accesibilidad al sistema de salud a través de acciones que sean integrales, es decir que comprendan acciones de prevención, promoción de la salud y asistencia. Esta reorganización del sistema de salud revaloriza el lugar de la promoción de la salud en la medida en que parte

[8] *Ugalde, A. "Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los Programas de Salud en Latinoamérica" en Cuadernos Médicos Sociales Nº 41. CESS, Rosario, 1987*

de una concepción de salud integral que reconoce los determinantes de orden social, político y cultural, que junto con la dimensión biológica inciden sobre la salud de las poblaciones. Desde esta perspectiva la promoción de la salud tiene como eje la importancia del encuentro de los profesionales con la comunidad, encuentro en el cual los primeros reconocen como punto de partida de sus acciones la existencia de redes sociales entre las personas para afrontar cuestiones de salud.

De este modo la participación comunitaria resulta estratégica para potencializar esas redes en función de dar respuesta a esas cuestiones de salud.[9]

Las bases teóricas del concepto de promoción de la salud se establecen en la I conferencia internacional de promoción de la salud de Ottawa (Canadá) celebrada en el año 1986. Esta propuesta prevé proporcionar a los pueblos los medios para controlar su salud, es decir que los Estados brindarán a las personas herramientas para favorecer su acceso a mayores grados de bienestar físico, psíquico y social, pero que son los pueblos mediante su acción, participación y compromiso con el propio cuidado los protagonistas. Se está hablando de que el concepto de promoción de la salud apunta fortalecer con diversas estrategias individuales, grupales, institucionales e intersectoriales la apropiación de la capacidad política y transformadora de las comunidades.

Por otro lado la mencionada conferencia destaca que la promoción de la salud se da en el marco de la vida cotidiana de las personas, es decir que se crea diariamente en las comunidades con los recursos aportados por el sistema sanitario sumados a las prácticas, creencias, redes sociales, singularidades, etc. que aportan las poblaciones (Menéndez, 1990).

[9] *Menéndez, E. "Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la Atención Primaria de salud" ll Jornadas de atención primaria de la salud AMRHNRG – CONAMER. Buenos Aires, 1988, pág. 01 – 99.*

Participación en salud

En la práctica, sin embargo, el sistema de salud tiende a sobredimensionar la importancia de la asistencia sobre los otros componentes de la Atención Primaria de la Salud (APS), lo cual se expresa en la casi imposibilidad, por parte de los profesionales, de llevar a cabo acciones de prevención y de promoción, así como las prácticas de asistencia se realizan en un contexto que limita la posibilidad de considerar o de trabajar en profundidad a partir de saberes, representaciones, necesidades e inquietudes de los consultantes. Se trata por lo tanto de un campo que aun es objeto de cuestionamientos y que puja por hacerse un lugar frente a la primacía de lo asistencial. En este sentido, la falta de evidencias que avalen la defensa teórica de la efectividad de las acciones de promoción de la salud, dificultan la defensa de este campo.

A la limitación mencionada en relación a la menor cantidad de acciones de promoción de la salud con respecto a las de asistencia, se suma la complejidad que implica evaluar estas acciones de promoción que favorecen la participación de los ciudadanos, dificultad que se traduce en un obstáculo para demostrar la importancia de llevar a cabo este tipo de prácticas.

Complejidad también que atraviesa a los mismos procesos de participación social en el marco de proyectos de promoción de la salud y que los diseños de evaluación deben contemplar.

El concepto de participación es sumamente complejo de evaluar en tanto que remite a procesos individuales, grupales y sociales. Por ende, es necesario adecuar las herramientas de evaluación a las características de cada población en la medida que las mismas construirán estos procesos de manera específica de acuerdo a diversos contextos políticos, económicos, culturales, étnicos y de género (Panesso, 2000).[10]

Esto implica sostener la tensión entre conceptos tradicionalmente dicotómicos y antinómicos como individuo y sociedad que exigen ser revisados para evitar reduccionismos (Fernández, 1998)[11]

[10] *Panesso, Y. "Autocuidado de la salud: reflexiones sobre los aportes de género", primer simposio internacional de salud y genero. Santiago de Cuba, 25-28 de octubre. 2000*

[11] *Fernández, Ana María: "Introducción", en El campo grupal, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1998, pp. 27*

Es fundamental desestructurar los paradigmas del conocimiento que ubicaron a estos procesos en compartimentos estancos (de manera artificial y arbitraria) para crear dispositivos de evaluación atentos a dicha complejidad. Metodológicamente, el enfoque de evaluación del que partimos se inscribe en el paradigma de la complejidad (Morin, 1994)[12], que implica plantear una lógica multicausal, así como la necesidad de apuntar a comprender las intervenciones como inseparables de los contextos. Una intervención pensada desde el paradigma de la complejidad, no es reducible a la suma de sus partes. A mayor calidad de participación mayor autonomía que puede expresarse, entre otros aspectos, en el cuidado activo de la salud y en la apropiación de la misma. La autonomía, por lo tanto, favorece el cuidado activo de la salud. Asimismo debe considerarse que la autonomía de un sujeto singular está condicionada por la dimensión de lo particular, es decir por las características del grupo social al que pertenece. Esto implica que a la hora de evaluar el desarrollo de autonomía debe tenerse en cuenta el "punto de partida" de los sujetos y grupos involucrados en nuestro proyecto, lo cual debería ser registrado en el diagnóstico previo a la evaluación.

En este sentido se prevé la participación de los sujetos involucrados en la ejecución de los planes y la evaluación de los resultados.

Puede pensarse que el estímulo de la participación es un medio pero también es el fin de las acciones de promoción de la salud puesto que sólo a partir de la participación en procesos de toma de decisión se puede pensar que los sujetos adquieren control sobre ciertas condiciones que afectan a su salud.

En este sentido debe realizarse una evaluación tanto de proceso como de resultados. En relación al proceso se aspira que el proyecto constituya una instancia de inclusión donde el individuo se posicione como sujeto crítico a partir de la problematización de su mundo de vida, llegando finalmente a recrearlo (Freire, 1978; 1991).[13]

---

[12] *Morin, E.: "Epistemología de la complejidad", en Fried-Schnidtman, D. (comp.), Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad, Buenos Aires, Piados, 1994.*

[13] *Freire, Paulo: La educación como práctica de la libertad, Siglo XXI editores, Buenos Aires, 1978.*

Considerando que la participación incrementa la sustentabilidad de las acciones desarrolladas por el proyecto, a partir de que las personas adquieran saberes y se comprometan con el tipo de acciones que se desarrollan. De esta forma la participación constituye un eje estratégico para la construcción de sustentabilidad lo cual es inherente a un proyecto de Formación de Formadores.

El proyecto se implementa a partir de acciones educativas en espacios grupales, donde se desarrollan procesos de enseñanza-aprendizaje a través de propuestas didácticas y pedagógicas con las cuales se aspira que se produzca un cambio cualitativo en la participación de los ciudadanos.

Salud, es un derecho que tienen todas las personas e implica considerar a los sujetos como ciudadanos, promoviendo la idea de igualdad.

Es esta categoría de ciudadano la que justifica el acceso a bienes y servicios y no la posición ocupada por las personas en la estructura socioeconómica.

La ciudadanía implica la posibilidad y necesidad de construir acuerdos. Esta visión de salud intenta sumar al proceso de democratización de la sociedad y promover la construcción de ciudadanos autónomos, a través de acciones que permitan a las personas conocer y ejercer sus derechos, que hagan suyas las leyes, ya que se considera que la mera existencia de un derecho no implica su ejercicio. Porque la condición de ciudadano supone una persona que decide y elige, supone una persona que se hace cargo de su propia salud.

El derecho a la salud

Según la Observación general, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

- **Disponibilidad**. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad**. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte.
    - no discriminación
    - accesibilidad física
    - accesibilidad económica (asequibilidad)
    - acceso a la información
- **Aceptabilidad**. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida
- **Calidad**. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Parte tres tipos de obligaciones, a saber:

- **Respetar**. Exige abstenerse de injerirse en el disfrute del derecho a la salud.
- **Proteger**. Requiere adoptar medidas para impedir que terceros (actores que no sean el Estado) interfieran en el disfrute del derecho a la salud.
- **Cumplir**. Requiere adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Según la Observación general mencionada, el derecho a la salud también comprende «obligaciones básicas» referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es una tarea nacional, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran los siguientes elementos fundamentales:

atención primaria de salud esencial; alimentación esencial mínima nutritiva; saneamiento; agua limpia potable; medicamentos esenciales. Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; esa estrategia y ese plan deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; deberán prever indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; se deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados. Los Estados Partes deben adoptar medidas de conformidad con el principio de realización progresiva. Esto significa que tienen la obligación de avanzar lo más expedita y eficazmente posible, tanto por sí mismos como con la asistencia y la cooperación internacionales, hasta el máximo de los recursos de que dispongan. En este contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud y la renuencia a cumplirlas.

Educación y Salud: un derecho de todos

En el 1º Encuentro de la Comunidad Santafesina Toda y el 3º Encuentro de la Comunidad del Hospital Iturraspe, que tuvo como invitada especial de la OPS a la especialista en vida saludable Dra. Helena Restrepo[14], se reunieron con el objetivo de debatir en torno a los problemas de salud en Santa Fe y el mundo.

"Este primer encuentro es fundamental para nosotros, para reafirmar nuestro compromiso y seguir trabajando para tratar de mejorar el derecho a la salud. Para ello debemos empoderar a las comunidades y llevar a cabo alianzas estratégicas para la promoción de la salud", fueron las palabras de bienvenida expresadas por el representante de la comunidad del Hospital Iturraspe, quien además agradeció la colaboración que reciben desde hace 3 años por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Por otro lado, Cellino[15] también resaltó la importancia de la participación ciudadana para el logro de una meta social de salud para todos. En este sentido expresó "es importante, como parte de ello, promover el intercambio activo entre el saber técnico y el saber popular en salud, reconocer la existencia de múltiples actores con grados diferentes de poder en ámbitos territoriales definidos, expandir prácticas sociales democráticas, trabajar con las organizaciones comunitarias existentes, respetar la cultura y fomentar la auto responsabilidad local en salud y bienestar".

Durante la actividad los profesionales han dejado en relevancia la necesidad de garantizar que todas las personas puedan gozar del derecho a la salud. Siguiendo esta línea, el Bioq. Cellino destacó el rol que viene cumpliendo la Universidad como responsable de la formación de recursos humanos, de la producción de conocimientos y de nuevas tecnologías para transformar y mejorar las condiciones de vida de la población. Además, afirmó que la UNL es una de las pioneras en los procesos de cambio y apertura a la

[14] *Restrepo, Helena, Málaga, H: Promoción de la salud: cómo construir una vida saludable, Ed. Médica Panamericana, 2001.*

[15] *Bioq. Amadeo Ángel Cellino (Decano de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas –FBCB - de la Universidad Nacional del Litoral - UNL*

participación comunitaria, inserción social y procesos participativos de toma de decisiones. Esto se ve reflejado en múltiples proyectos, como por ejemplo, la Instalación de Centros Comunitarios ubicados en los diferentes barrios de la ciudad, los Programas de Extensión Social, los programas de educación a distancia. En este sentido Cellino agregó, "el desarrollo de carreras y cursos orientados a las necesidades reales y efectivas de la comunidad, la profundización de los modelos de investigación y la transferencia de los resultados al ámbito social, también constituyen ejes fundamentales de esta política. Un claro ejemplo son los ciclos de licenciatura que creamos en la FBCB, destinados a reconvertir a técnicos terciarios y carreras cortas tendientes a brindar una solución a problemas puntuales de la sociedad." agregó.

En este sentido y coincidiendo con el Día Nacional de la Enfermería, afirmó que "una de las carreras que más impacto regional ha tenido es el Ciclo de Licenciatura en Enfermería, que este año ha tenido los primeros graduados". Para finalizar afirmó, "nuestra región no contaba con una propuesta de este tipo, que implique la posibilidad de que muchos profesionales de la enfermería puedan completar su formación, logrando de esta manera una mayor capacidad profesional para la región y el sistema sanitario en general". **Natalí Bonaparte – Comunicación FBCB.(Facultad Bioquímica y Ciencias Biológicas)**

Atención primaria y secundaria de salud – "Salud para todos en el año 2000"

La estrategia de Atención Primaria de Salud pretende favorecer la accesibilidad al sistema de salud a través de acciones que sean integrales, es decir que comprendan acciones de prevención, promoción de la salud y asistencia. Esta reorganización del sistema de salud revaloriza el lugar de la promoción de la salud en la medida en que parte de una concepción de salud integral que reconoce los determinantes de orden social, político y cultural, que junto con la dimensión biológica inciden sobre la salud de las poblaciones.

Las bases teóricas del concepto de promoción de la salud se establecen en la conferencia internacional de promoción de la salud de Ottawa (Canadá) celebrada en el año 1986. Esta propuesta, "SALUD *PARA TODOS EN EL AÑO 2000"*, prevé proporcionar a los pueblos los medios para controlar su salud, es decir que los estados brindarán a las personas herramientas para favorecer su acceso a mayores grados de bienestar físico, psíquico y social, pero que son los pueblos mediante su acción, participación y compromiso con el propio cuidado los protagonistas. Estamos hablando de que el concepto de promoción de la salud apunta a fortalecer con diversas estrategias individuales, grupales, institucionales e intersectoriales la apropiación de la capacidad política y transformadora de las comunidades.

Por otro lado la mencionada conferencia destaca que la promoción de la salud se da en el marco de la vida cotidiana de las personas, es decir que se crea diariamente en las comunidades con los recursos aportados por el sistema sanitario sumados a las prácticas, creencias, redes sociales, singularidades, etc. que aportan las poblaciones (Menéndez, 1990)[16].

En la práctica, sin embargo, el sistema de salud tiende a sobredimensionar la importancia de la asistencia sobre los otros componentes de Atención Primaria de Salud (APS), lo cual se expresa en la casi imposibilidad, por parte de los profesionales, de llevar a cabo acciones de prevención y de promoción, así como las prácticas de asistencia se realizan en

[16] *Menéndez, Eduardo: "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad, Editorial Lugar, Buenos Aires, 1990, pp. 11-47*

un contexto que limita la posibilidad de considerar o de trabajar en profundidad a partir de saberes, representaciones, necesidades e inquietudes de los consultantes. Se trata por lo tanto de un campo que aun es objeto de cuestionamientos y que puja por hacerse un lugar prioritario en las políticas de Salud Publica.

La práctica de enfermería de la salud pública y comunitaria se centra en promover y mantener la salud de poblaciones determinadas y en prevenir y minimizar la progresión de las enfermedades (Cookfair 1996)[17].Las acciones de los enfermeros de la salud en la comunidad puede ir desde proporcionar cuidados directos a los pacientes y sus familias hasta promover causas políticas para obtener recursos requeridos por poblaciones de distintos grupos etareos.

La prevención primaria consiste en la promoción de la salud y la protección en contra de problemas de este tipo e incluye intervenciones como la enseñanza sobre un estilo de vida saludable.

La prevención secundaria consiste en el mantenimiento de la salud y se dirige a la detección e intervención temprana para minimizar la perdida de funcionamiento e independencia; incluye análisis de la salud y valoración de riesgos relacionados. (Capitulo 2, pág. 18)

Los enfermeros que se disponen a trabajar en este ámbito deben conocer que están involucrados, en mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, bajar el costo de la salud pública, minimizar el ausentismo laboral, aumentar el rendimiento de las personas en el ámbito personal, del hogar y profesional.

[17] *Cookflair,J.M.(1996)Nursing care in the community(2nd ed) St Louis Mosby-Year BooK.*

OBJETO DEL TRABAJO

PROBLEMA

De las estadísticas de los servicios de Atención Médica del Hospital "Gobernador Centeno", General Pico, La Pampa, surge que la mayoría de los ciudadanos de 40 a 50 años de edad acuden a la consulta por alguna dolencia, siendo infrecuente la consulta para controles médicos de rutina, como está recomendado por la Organización Mundial de la Salud para preservar su salud integral, favorecer y ampliar la calidad de vida.

La consulta tardía no permite detectar en forma temprana enfermedades prevenibles o controlables[18] como son la diabetes, hiperlipidemia, hipertensión arterial, cardiopatías, cáncer de diferentes etiologías, entre otras. La detección en estadios avanzados de enfermedad o cuando la enfermedad ya está instalada, se relaciona con secuelas, tratamientos más prolongados y costosos y menos calidad de vida.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la frecuencia de controles médicos de rutina, de los ciudadanos de entre 40 y 50 años, que visitaron la Plaza Seca de Gral. Pico, durante el mes de mayo de 2009.

[18] Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar en las causas de muerte, es por ello que se hace hincapié en los controles de tensión arterial, pulso, examen físico, detectando en forma temprana las anormalidades que de no ser tratadas se desencadenan los ictus cardiacos, siendo directamente proporcional el aumento de los niveles plasmáticos de colesterol.

El aumento del nivel de glucemia en sangre también es importante ser detectados en forma temprana, mientras que antes se detecte, se puede corregir con hábitos de vida saludable sin llegar a padecer diabetes.

Las enfermedades cancerígenas, detectadas tardíamente, se detectan en un estadio medio o avanzado cuando el individuo sintomático consulta al profesional médico, esto podría prevenirse si los controles anuales de salud fueran realizados con la periodicidad correspondiente, un simple control de análisis de sangre o una radiografía, detecta los primeros indicios de una enfermedad tumoral.

Después de haber identificado el problema en la comunidad hospitalaria, lo que no difiere de los resultados hallados por la encuesta realizada para esta investigación, la autora propone el siguiente plan de cuidados de enfermería, teniendo en cuenta que la profesional licenciada puede realizar la guía de un plan de atención que merezca la atención en la mesas de gestión de políticas sanitarias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar los encuestados según sexo y nivel de instrucción
- Referenciar los usuarios según cobertura de salud.
- Determinar la frecuencia (en tiempo) de los controles rutinarios de salud según cobertura de salud, sexo y nivel de instrucción.
- Describir las causas por las que no se realizan los controles rutinarios de salud.

Preguntas de investigación:

1- ¿Hay diferencias en la frecuencia de los controles periódicos de salud en relación con el sexo; el nivel de instrucción y el tipo de cobertura social que poseen?

2- ¿La falta de accesibilidad a los servicios de salud; el temor a saberse enfermo, el desconocimiento acerca de los estudios rutinarios; la falta tiempo son causas para no realizarse controles médicos de rutina?

Definición operativa de Términos

Controles Médicos de Rutina: *refiere a los controles médicos, análisis bioquímicos, controles de Tensión arterial, Electrocardiogramas, Radiografías; que una persona se realiza sin estar enfermo, como manera de detectar posibles enfermedades.*

Definición operativa de variables:

Variable	Dimensión	Indicadores
Sexo	Género que posee el encuestado	Femenino Masculino
Nivel de instrucción	Nivel de estudios alcanzados por el encuestado	Primario incompleto Primario Completo Secundario incompleto Secundario Completo Universitario incompleto Universitario Completo Otros (especifique)
Cobertura social	Tipo de cobertura que le permite solventar la atención de su salud	Medicina prepaga Obra social (¿Cuál?) Otros (especifique)
Controles de rutina	Prácticas médicas o diagnósticas realizadas durante el último año	Análisis bioquímicos (especifique) Rx (especifique) ECG (especifique) Examen físico (especifique) Control de T/A (especifique) Otros (especifique)
Frecuencia de los controles médicos	Cantidad de veces anuales en que se realiza control médico de rutina	1 año o menos Más de 1 año Nunca
Causas de ausencia de controles médicos	Razones por las que no se ha realizado los controles médicos en el último año	Falta de accesibilidad a los servicios de salud (vive lejos, le cuesta movilizarse entre los distintos lugares para hacerse los estudios) Temor a saberse enfermo Falta de tiempo Desconoce la conveniencia de hacerlos No lo cree necesario Otros motivos, (especifique)

Beneficios de la investigación:

A la población se brindará información por medios de comunicación social.

Al personal de enfermería del hospital Gobernador Centeno, pudiendo extenderse a quien lo desee, se ofrecerá un plan de cuidados de enfermería teniendo en cuenta:

- Diagnostico enfermero. (NANDA).
- Medidas de enfermería. (NIC).
- Resultados esperados. (NOC).

GUIA DE UN PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Diagnósticos de Enfermería	Requiere medidas de enfermería	Los resultados deben mostrar mejorías en
Manejo Ineficaz del régimen Terapéutico	Desarrollo de salud comunitaria Desarrollo de programas	Competencia de la comunidad Estado de salud comunitaria
Manejo Ineficaz de la comunidad	Desarrollo de salud comunitaria Vigilancia en la comunidad	Competencia de la comunidad Estado de salud comunitaria
Disponibilidad para un mejor manejo de la comunidad	Desarrollo de salud comunitaria Desarrollo de programas Vigilancia en la comunidad Protección de riesgos ambientales	Competencia de la comunidad Estado de salud comunitaria

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	*MEDIDAS DE ENFERMERIA**	*RESULTADOS DE ENFERMERIA+*
Manejo de un régimen terapéutico comunitario ineficaz ‖ **Manejo comunitario ineficaz** ‖ **Disponibilidad para un manejo comunitario mejorado**	-Realizar análisis de la situación sanitaria, datos que validen la realidad de cada comunidad como la que desarrolle en esta tesina. -Desarrollar medidas para apoyar a los miembros de la comunidad para que identifiquen sus preocupaciones de salud, movilicen recursos e implementen soluciones. -Desarrollar programas de educación sanitaria, juntamente con organizaciones no gubernamentales, públicas y privadas. -Planear, implementar y valorar de una serie coordinada de actividades para mejorar el bienestar o para prevenir, reducir o eliminar uno o más problemas de salud de un grupo o una comunidad. -Adquirir, interpretar y sintetizar datos, constantemente y con el propósito de tomar decisiones en la comunidad. -Prevenir y detectar enfermedades y lesiones en la población en riesgo (40 a 50 años) que deriven de peligros ambientales, económicos, familiares y sociales.	-Lograr que la comunidad adquiera capacidad para resolver problemas en forma colectiva y autónoma para alcanzar metas que mantengan la salud. -Lograr el máximo posible del estado de bienestar en la comunidad o población. -Lograr un estado funcional optimo de salud lo cual repercutirá en el ámbito personal, familiar, profesional y social.

NANDA, North American Nursing Diagnosis Association; NIC, Nursing Interventions Classification; NOC, Nursing Outcomes Classification.

*Iowa Prevention Proyet 2000. En Mc Closkey, JC, & Bulechek, GM, Nursing interventions classification (NIC), 3a ed. St. Louis Mosby, 2000.

+Iowa Outcomes Proyect 2000. En Johnson, M, & Maas, M, Moorhead, S, Nursing Outcomes Classification (NOC). 3a ed. St. Louis Mosby 2000.

METODOLOGÍA, MODELOS y TÉCNICAS.

El diseño metodológico corresponde a un estudio prospectivo de tipo descriptivo de corte transversal.

Población**:** ciudadanos de entre 40 y 50 años de edad, residentes de General Pico, La Pampa, que visitaron durante el meses de abril y mayo de 2009 en la Plaza seca de la ciudad de General Pico, La Pampa, en el horario de 9 a 13 horas[19].

Muestra: se obtuvo de manera aleatoria simple. A toda persona de entre 40 y 50 años que pasó por la Plaza Seca durante los días sábados del mes de mayo de 2009, de 9 a 13 hs. Se entrevistaron los ciudadanos hasta completar una muestra de 100 personas en proporciones iguales de distinto sexo (50 mujeres y 50 hombres)

Los entrevistados, previamente fueron informados respecto al estudio y dieron su consentimiento oral para brindar los datos solicitados.

El instructivo de recolección de datos fue diseñado por la tesista y fue validado mediante prueba piloto en los consultorios externos de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica del Establecimiento Asistencial "Gob. Centeno" de General Pico La Pampa. Fue supervisada por la Directora de Tesina. Se basó en una encuesta de preguntas cerradas e información de clasificación.

Para la realización de las encuestas, se capacitó a encuestadores sobre los aspectos básicos necesarios para obtener información segura. .

Los datos fueron volcados a planilla de cálculo y se analizaron conforme a los objetivos de la investigación. Se utilizó un programa informático para la elaboración de tablas y gráficos.

[19] El día y horario fue elegido visto que en ese lapso de tiempo, es mayor que en otro momento, la afluencia de ciudadanos en el lugar. Por otra parte es un sitio rodeado de comercios que atraen la visita de hombres y mujeres.

ANALISIS Y RESULTADOS

En el estudio "EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA CIUDAD DE GENERAL PICO, LA PAMPA

Los siguientes gráficos nos muestran la relación frecuencia de controles anuales con respecto al sexo:

TABLA Nº 1 Encuestados según relación sexo masculino con controles anuales				
	< 1 año	>1año	nunca	Total
Frecuencia absoluta	7	38	5	50
Frecuencia relativa %	14	76	10	100
Razón	0,14	0,76	0,10	1

Fuente de datos: encuesta realizada en vía pública en General Pico. Liliana Gagliardone 2009.

La tabla Nº 1 muestra que solo el 14% (0.14) de los encuestados de sexo masculino se realizan los controles de salud anualmente, el 76% (0,76) se los realiza pero con frecuencia mayor a un año, y solo el 10% (0.10) no se los realizó nunca.

TABLA Nº 2- Encuestados según relación sexo femenino con controles anuales				
	< 1 año	>1año	nunca	Total
Frecuencia absoluta	14	34	2	50
Frecuencia relativa %	28	68	4	100
Razón	0,28	0,68	0,4	1

Fuente de datos: encuesta realizada en vía pública en General Pico. Liliana Gagliardone 2009.

La tabla Nº 2 muestra que solo el 28% (0.28) de los encuestados de sexo femenino se realizan los controles de salud anualmente, el 68% (0,68) se los realiza pero con frecuencia mayor a un año, y solo el 4% (0.4) no se los realizó nunca.

GRAFICO Nº 1

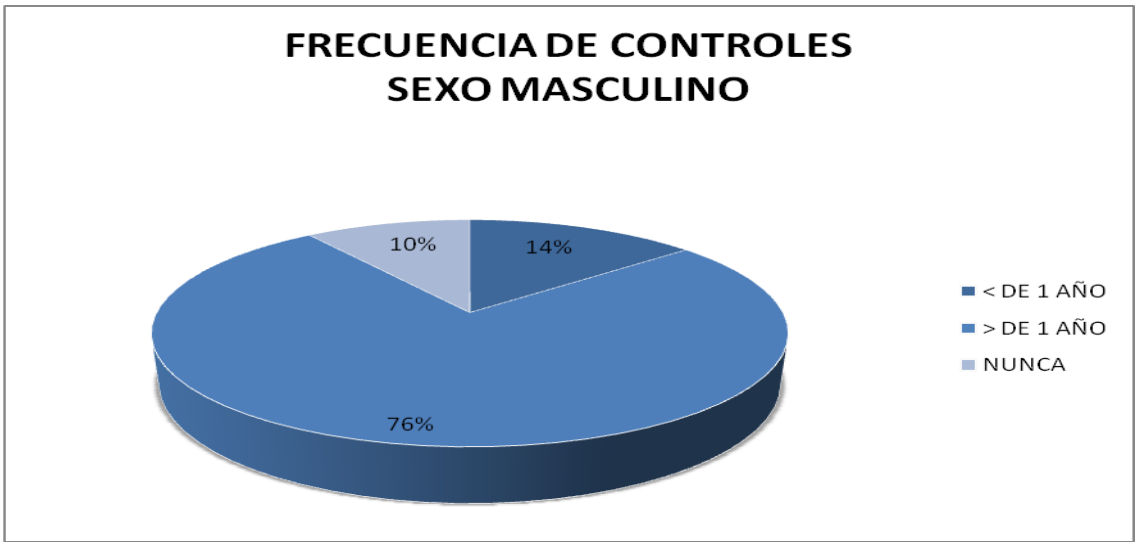
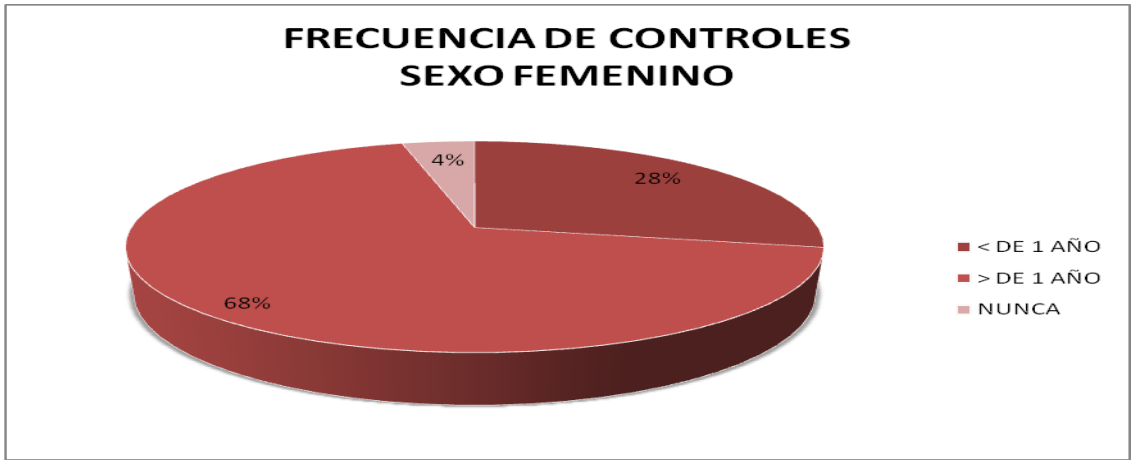


GRAFICO Nº 2



Fuente de datos: encuesta realizada en vía pública en General Pico. Liliana Gagliardone 2009

Se pudo observar que el 28% de las personas encuestadas de sexo femenino realizo los controles cada año, mientras que las de sexo masculino los realizo en un 14%. Más de un año el sexo masculino los realiza en un 76 % y sexo femenino un 68%.Vemos que el 10% de personas encuestadas del sexo masculino nunca se realizo controles de salud sin estar enfermo y el sexo femenino el 4%.

RELACION FRECUENCIA DE CONTROLES DE SALUD- NIVEL DE INSTRUCCION

La siguiente tabla y grafico nos muestran cómo se relacionan el nivel de instrucción con la frecuencia de los controles de salud:

TABLA Nº 3 - FRECUENCIA ABSOLUTA

NIVEL DE INSTRUCCION	PERSONAS ENCUESTADAS	NIVEL DE FRECUENCIA CON QUE SE REALIZAN LOS CONTROLES DE SALUD		
		< DE 1 AÑO	> DE 1 AÑO	NUNCA
P INC	7	0	5	2
P COM	40	8	28	4
S INC	20	2	17	1
S COM	20	8	12	0
U INC	7	2	4	1
U COM	6	1	5	0
TOTALES	100	21	71	8

Fuente de datos: encuesta realizada en vía pública en General Pico. Liliana Gagliardone 2009

TABLA Nº 4 - FRECUENCIA RELATIVA

NIVEL DE INSTRUCCION	PERSONAS ENCUESTADAS	NIVEL DE FRECUENCIA CON QUE SE REALIZAN LOS CONTROLES DE SALUD		
		< DE 1 AÑO	> DE 1 AÑO	NUNCA
P INC	100%	0%	71%	29%
P COM	100%	20%	70%	10%
S INC	100%	10%	85%	5%
S COM	100%	40%	60%	0%
U INC	100%	29%	57%	14%
U COM	100%	17%	83%	0%

Fuente de datos: encuesta realizada en vía pública en General Pico. Liliana Gagliardone 2009

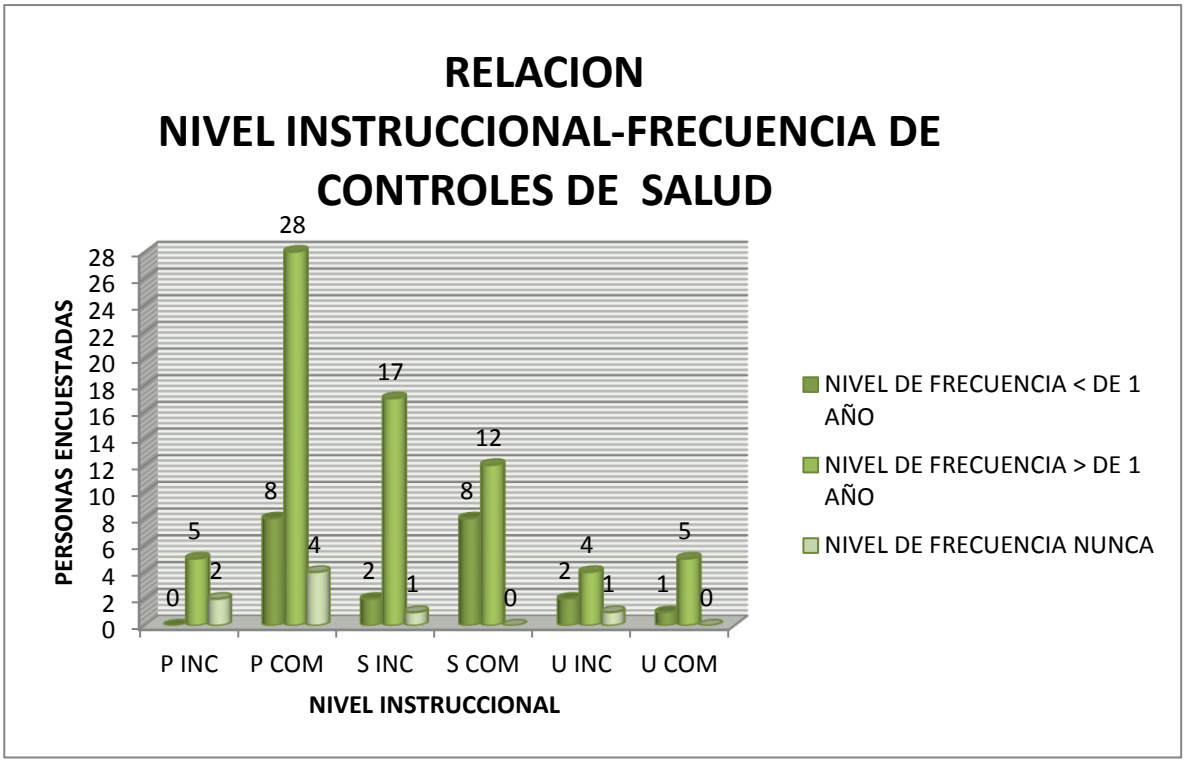
En las tablas Nº 3 y 4 vemos que las personas con el nivel de secundaria completa fueron aquellas que más se realizaron los controles anuales de salud cada una 1 año o menos

(40%). Los que menos se realizaron los controles con frecuencia menor a 1 año son los que tienen primaria incompleta (0%).

Aquellos que se realizaron los controles con intervalos superiores a 1 año hay una similitud entre los que tienen nivel de instrucción; secundaria incompleta (85%) y universitaria completa (83%).

Se destaca que el 29% con nivel de instrucción primaria incompleta nunca se realizo un control de salud, mientras que entre los que tienen secundaria completa y universitaria completa no se hallo nadie que nunca se hubiese realizado un control de salud.

GRAFICO Nº 3



Fuente de datos: encuesta realizada en vía pública en General Pico. Liliana Gagliardone 2009

En el grafico Nº 3 (obtenido de las tablas 3 y 4) vemos que hay una tendencia que predomina en todos los niveles de instrucción que se corresponde a los controles a intervalos mayores a un año.

RELACION CONTROLES DE SALUD-TIPO DE PRESTACION

La siguiente tabla y grafico nos muestran cómo se relacionan el tipo de prestación con la frecuencia de los controles de salud:

TABLA Nº 5 – TIPO DE PRESTACION (frecuencia absoluta)

PRESTACION SERVICIOS	PERSONAS ENCUESTADAS	NIVEL DE FRECUENCIA CON QUE SE REALIZAN LOS CONTROLES DE SALUD		
		< DE 1 AÑO	> DE 1 AÑO	NUNCA
M. PREPAGA	15	6	8	1
O.S.S.	41	6	32	3
H.P.	43	10	30	3
OTROS	1	0	1	0
TOTALES	100	22	71	7

Fuente de datos: encuesta realizada en vía pública en General Pico. Liliana Gagliardone 2009

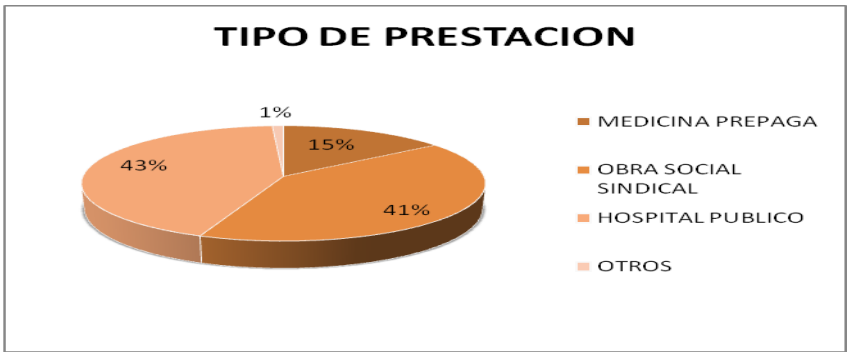
TABLA Nº 6 – TIPO DE PRESTACION (frecuencia relativa)

PRESTACION SERVICIOS	PERSONAS ENCUESTADAS	NIVEL DE FRECUENCIA CON QUE SE REALIZAN LOS CONTROLES DE SALUD		
		< DE 1 AÑO	> DE 1 AÑO	NUNCA
M. PREPAGA	15= 100%	6= 40%	8= 53%	1= 7%
O.S.S.	41= 100%	6= 15%	32= 78%	3=7%
H.P.	43= 100%	10= 23%	30= 70%	3= 7%
OTROS	1= 100%	0= 0%	1= 100%	0=0%

Fuente de datos: encuesta realizada en vía pública en General Pico. Liliana Gagliardone 2009

En la tabla precedente se observa que las personas que se realizan los controles de salud con frecuencia menor de 1 año principalmente tienen medicina prepaga (40%), le siguen los que concurren al hospital público (23%), obra social sindical (15%); El único caso encuestado que paga la consulta resulta irrelevante. En los 3 medios de atención los que nunca se realizaron controles de salud es el 7%. El resto se realiza los controles con frecuencia mayor a 1 año.

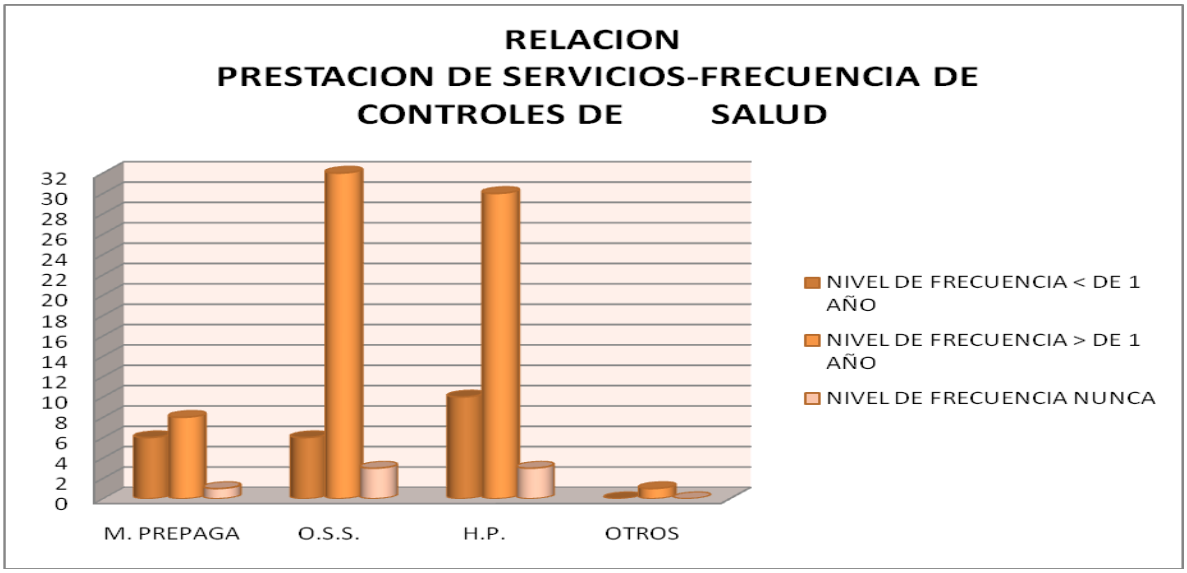
GRAFICO Nº 4



Fuente de datos: encuesta realizada en vía pública en General Pico. Liliana Gagliardone 2009

En el grafico precedente, derivado de los datos correspondientes a las tablas 5 y 6, se observa que el mayor porcentaje de atención está dado por el Hospital Público con 43%, le sigue la Obra Social Sindical con el 41%, con menor índice la Medicina Prepaga con 15% y el 1% quienes abonan al contado las prestaciones de salud.

GRAFICO Nº 5



Fuente de datos: encuesta realizada en vía pública en General Pico. Liliana Gagliardone 2009

Se observa que hay similitud en la cantidad de personas que se atienden en el hospital público y en las obras sociales sindicales, así como en la frecuencia de los controles que se realizan. En medicina prepaga se atiende menos cantidad de personas pero con mayor frecuencia en los controles de menos de 1 año.

CAUSAS POR EL CUAL NO SE REALIZAN LOS CONTROLES ANUALES

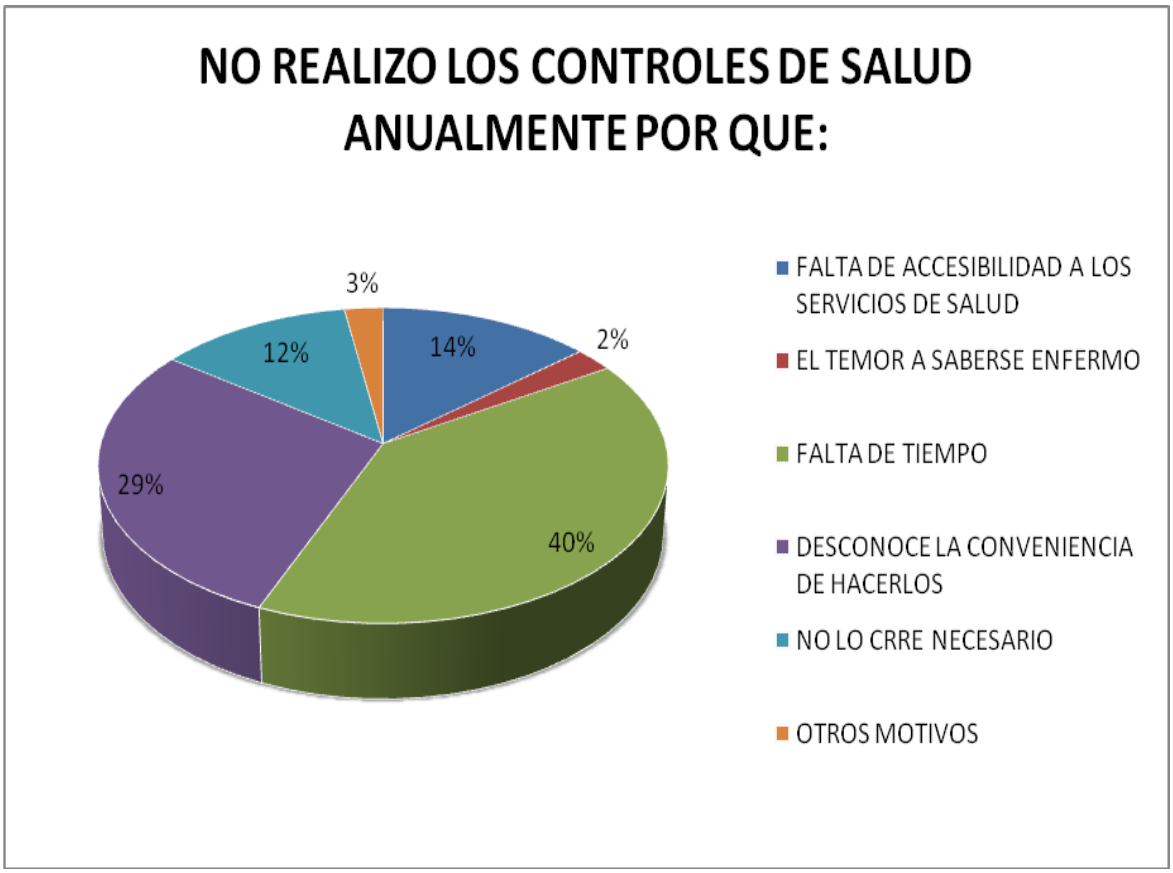
TABLA Nº 7– FRECUENCIA RELATIVA

PRESTACION SERVICIOS	*PERSONAS ENCUESTADAS*	*FRECUENCIA RELATIVA*
FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERV.SALUD	14	14%
EL TEMOR A SABERSE ENFERMO	2	2%
FALTA DE TIEMPO	40	40%
DESCONOCE LA CONVENIENCIA DE HACERLOS	29	29%
NO LO CREE NECESARIO	12	12%
OTROS MOTIVOS	3	3%
TOTAL	100	100%

Fuente de datos: encuesta realizada en vía pública en General Pico. Liliana Gagliardone 2009

El siguiente grafico muestra los porcentajes de las causas por las que no se realizaron los controles anuales de salud:

GRAFICO Nº 6-



Fuente de datos: encuesta realizada en vía pública en General Pico. Liliana Gagliardone 2009

Se observa que el 40% no realiza los controles de salud por falta de tiempo, el 29% desconoce la conveniencia de hacerlos, el 14% sufre falta de accesibilidad a los servicios de salud, el 12% no lo cree necesario, el 2% no los realiza por temor a estar enfermo y el 3% por otros motivos.

CONCLUCION Y DISCUSIÓN

En el estudio del grupo etareo de 40 a 50 años de edad de la población de General Pico, se encuestaron 100 ciudadanos ,50 mujeres y 50 hombres para conocer las causas por las cuales no se realizan los controles anualmente para preservar su salud y así mantener un nivel de vida saludable y productiva en todos los ámbitos en que deban desarrollarse.

El 40% no realiza los controles de salud por falta de tiempo, el 29% desconoce la conveniencia de hacerlos, el 14% sufre falta de accesibilidad a los servicios de salud, el 12% no lo cree necesario, el 2% no los realiza por temor a estar enfermo y el 3% por otros motivos.

El mayor porcentaje de atención esta dado por el Hospital Público con 43%, le sigue la Obra Social Sindical con el 41%, con menor índice la Medicina Prepaga con 15% y el 1% quienes abonan al contado las prestaciones de salud.

Las personas con el nivel de secundaria completa fueron aquellas que más se realizaron los controles anuales de salud cada una 1 año o menos (40%). Los que menos se realizaron los controles con frecuencia menor a 1 año son los que tienen primaria incompleta (0%).

Aquellos que se realizaron los controles con intervalos superiores a 1 año hay una similitud entre los que tienen nivel instruccional; secundaria incompleta (85%) y universitaria completa (83%).

Hay una tendencia que predomina en todos los niveles de instrucción que se corresponde a los controles a intervalos mayores a un año.

El 28% de las personas encuestadas de sexo femenino realizo los controles cada año, mientras que las de sexo masculino los realizo en un 14%. Más de un año el sexo masculino los realiza en un 76 % y sexo femenino un 68%.Vemos que el 10% de personas encuestadas del sexo masculino nunca se realizo controles de salud sin estar enfermo y el sexo femenino el 4%.

Encontramos en esta ultima relación que las mujeres se realizan un 100% más los controles anuales de salud que los hombres (28%/14%), con ello destacamos la amplia campaña y su positiva repercusión de la salud reproductiva en nuestra provincia, ya que

cuando acuden a la consulta ginecológica anualmente también se incorporan los demás controles que amplían el nivel de complejidad y certeza del diagnostico correcto y el tratamiento oportuno.

El nivel de instrucción está directamente relacionado con la frecuencia de los controles de salud.

En el Hospital Público se atiende casi la mitad de la población (43%), con lo cual el personal de Salud Publica debe redoblar los esfuerzos para llevar a cabo la atención primaria, buscando programas que faciliten a los ciudadanos el acceso a la salud.

La principal causa por la cual no realizan los controles anuales de salud es la falta de tiempo (40%) y le sigue el desconocimiento (29%). Esto indica la necesidad de que los centros de salud, públicos y privados, dispongan un sistema de atención para control de paciente sano que acorte los tiempos. Además ejercer políticas de salud donde haya campañas de concientización y sensibilización y que cada ciudadano pampeano goce de un día en su trabajo para realizarse todos los estudios que mencionamos en esta investigación y que son los mínimos e indispensables para detectar tempranamente alguna enfermedad.

Desde una mirada crítica enfermería tiene un largo camino para recorrer, dado que es quien mayor contacto mantiene con el ciudadano, las políticas de salud deben contribuir en la realización de campañas de educación y difusión, por medios gráficos y audiovisuales, de la promoción de los cuidados primarios de salud, aprovechando una inigualable situación actual en la provincia donde la enfermería está empoderándose de su profesión y puede organizar y llevar a cabo planes que mejoren la calidad de vida de los pampeanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Brunner y Suddarth: "Tratado de Enfermería Medico-Quirúrgica", Smeltzer y Bare Novena Edición, Vol. 1, Unidad 1, Cap. 1, Pág.54-57. (2002).

Menéndez, Eduardo: "Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la Atención Primaria de la Salud", II Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, (1988).

Menéndez, Eduardo: "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad, pp. 11-47, Editorial Lugar, Buenos Aires, (1990).

"*Investigación en Enfermería",* Modulo para Enseñanza de Enfermería, Año 1, Nº 1, Pág.*: 34-35, Carrera* Licenciatura de Enfermería, Facultad de Ciencias Medicas, Universidad Nacional de Rosario, (2005).

OPS/OMS. Promoción de la salud: Una antología. Washington D.C., (1996).

OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá, (1986).

Lic. Clara Attardo, Lic. M Laura Bidart, Lic. Gabriela Guimarey; "¿Es posible evaluar la participación en proyectos de promoción de la salud?" consultado en Mayo de 2009, disponible enwww.estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a_primaria/congreso_aps/archivos/eval_participproyectos_salud.pdf.

Ministerio de salud-Constitución de la OMS, Blogs.Clarin.com/salud en argentina/2008/12/17.

Sitio Oficial de la Pcia. de La Pampa, consultado en Mayo 2010 disponible en ***www.lapampa.gov.ar***

Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC), Cuarta Edición, Joane McCloskey Dochterman-Gloria M. Bulechek. Segunda Parte; Pág. 127, Tercera Parte; Pág. 360, 446, 728, 795, 856, 857.

Diario Perfil, 9 de mayo de 2010, Pagina 5, **cuidadanos@equilibriosuple.com.ar**

ANEXOS

ANEXO l

Instructivo de recolección de datos:

Presentación, edad (entre 40 y 50 años), pedido de colaboración para contestar.

ENCUESTA:

- SEXO: M… F….

-NIVEL DE INSTRUCCION:

Primaria incompleta…. Primaria completa.... Secundario incompleto….

Secundario completo…. Universitario incompleto…. Universitario completo….

1-USTED VA AL MEDICO EN:

Medicina prepaga privada…. Obra social sindical…. Hospital público….

Otros (aclarar)……..

2- DURANTE EL ULTIMO AÑO SE REALIZO UN CONTROL COMPLETO DE SALUD SIN ESTAR ENFERMO: (aclaración: comprende análisis de sangre, orina, RX de tórax, electrocardiograma, examen físico, control de tensión arterial) SI…….. NO……..

3- CON QUE FRECUENCIA SE REALIZA ESTOS CONTROLES:

1 año o menos…. Mas de 1 año…… Nunca (solo si contesto no a la pregunta 2)….

(si contesto 1 año o menos fin)

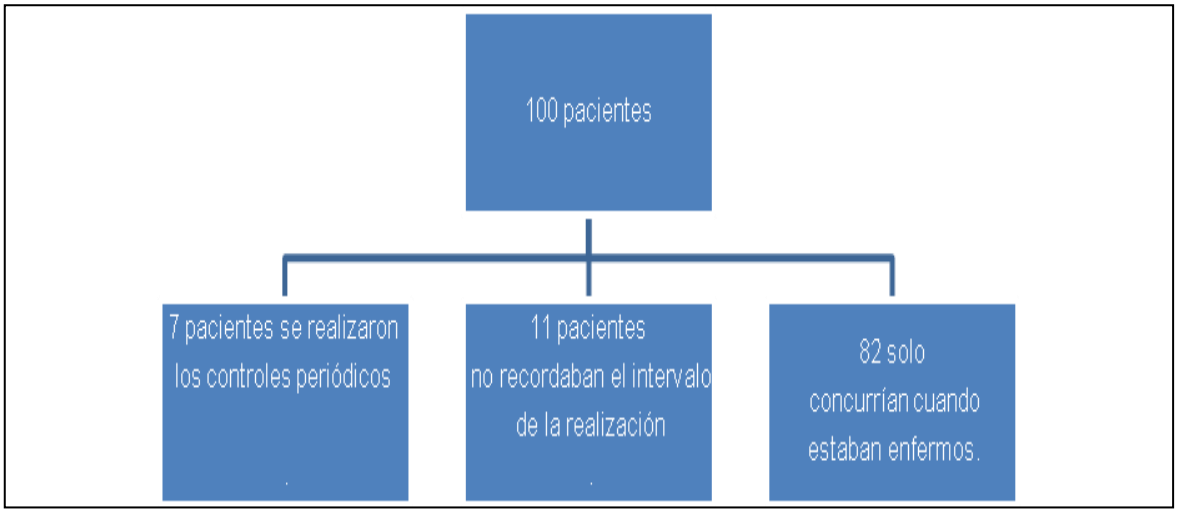
4- NO LOS HIZO ANUALMENTE POR:

- Falta de accesibilidad a los servicios de salud (vive lejos, le cuesta movilizarse entre los distintos lugares para hacerse los estudios)……
- El temor a saberse enfermo…….
- Falta de tiempo…….
- Desconoce la conveniencia de hacerlos……
- No lo cree necesario…….
- Otros motivos, aclarar……

ANEXO 2

Prueba Piloto realizada, mientras cursaba la materia Investigación, de donde se desprendió la iniciativa de investigar a cerca de el desconocimiento que tienen los ciudadanos de 40 a 50 años de edad de realizar los controles anuales de salud. Para ello se entrevistaron 100 personas, a efectos de conocer la frecuencia de controles médicos de rutina, de los ciudadanos de entre 40 y 50 años, que visitaron la Plaza Seca de General Pico, La Pampa, durante el mes de mayo de 2009.citada en la pág. 27.

Cuadro 1- PERSONAS ENCUESTADAS EN EL HOSP. GOB. CENTENO



Fuente de datos: encuesta realizada en los pasillos de los Consultorios Externos del Hospital Gob. Centeno Liliana Gagliardone 2009.

De acuerdo a los datos del Cuadro 1; de los 100 ciudadanos entrevistados sólo 7 realizaron controles médicos de rutina; 11 no recordaron cuándo fue la última vez que se realizaron un control y 82 concurrieron a un Centro de Salud sólo cuando presentaron síntomas de enfermedad.