

3er JORNADAS DE RECURSOS HUMANOS DEL SNIS

20, 21 Y 22 DE AGOSTO DE 2014

Ministerio de Salud Pública .República Oriental del Uruguay

TÍTULO DE LA PONENCIA:

Salud Rural y Atención Primaria. Mirando el interior desde el interior.

Autora: Psic. Sandra Carro

TEMA: Recursos humanos en salud para el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

RESUMEN

El presente trabajo recoge algunos aspectos de un estudio exploratorio que se realizó como tesis de Maestría en Primer Nivel de Atención dependiente del Centro de Posgrados de la Facultad de Enfermería. El estudio se realizó en zonas rurales del departamento de Treinta y Tres en el período 2012- 2013 con el objetivo de indagar sobre factores facilitadores de los procesos de participación, dimensión clave de la estrategia de la atención primaria en salud, focalizando en la identificación de aquellos factores que favorecen la dinámica participativa, desde la opinión de usuarios que residen en zonas de ruralidad dispersa y personal de la salud que desarrolla tareas en ese ámbito. Esta ponencia comparte algunos de los resultados del estudio, a partir de la aplicación de la metodología de matriz de datos, enfatizando en tres dimensiones del concepto de participación: recibir información, tener opinión propia y existencia de espacios participativos. Se plantean algunas reflexiones sobre los desafíos que la salud rural pone sobre la mesa en el marco de la descentralización y se comparte una mirada sobre las demandas que las transformaciones del sector rural de nuestro país le presentan al SNIS y a la formación de sus recursos humanos.

PONENCIA

SALUD RURAL Y ATENCIÓN PRIMARIA. MIRANDO EL INTERIOR DESDE EL INTERIOR

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo recoge algunos aspectos de un estudio exploratorio que se realizó como tesis de Maestría en Primer Nivel de Atención dependiente del Centro de Posgrados de la Facultad de Enfermería. El estudio se realizó en zonas rurales del departamento de Treinta y Tres en el período 2012- 2013 con el objetivo de indagar sobre factores facilitadores de los procesos de participación, dimensión clave de la estrategia de la atención primaria en salud

A partir del 2007, la Ley Nº 18.211 que rige el SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS) en Uruguay, plantea un movimiento tendiente a la transformación del modelo médico hegemónico centrado en una atención de lógica institucionalista hospitalaria, hacia un modelo antropológico, centrado en la persona y su hábitat jerarquizando la proximidad con el usuario, su participación desde sus realidades y aportando sus saberes, buscando un diálogo y cooperación con el técnico para analizar y priorizar las necesidades en salud de las comunidades.

En este marco el Ministerio de Salud Pública de Uruguay presenta en junio del 2010 el Programa Nacional de Salud Rural (PNSR), dependiente del área de Promoción de Salud y Prevención, (APROPYEN) del Departamento de Programación Estratégica en Salud (DEPES).

La población objetivo del plan está definida como “rural dispersa” y “localidades de hasta 5000 habitantes”. Apunta a abordar tres aspectos de la atención a la salud de la población objetivo: a) la mejora de la accesibilidad a los servicios de salud de los pobladores rurales, b) el acceso a una atención integral a la salud y c) el aseguramiento de la continuidad de la atención en todo el proceso asistencial.

El plan está diseñado en cuatro componentes:

Componente 1. Organización de la atención integral a la salud rural.

Componente 2. Fortalecimiento de los equipos de salud en las pequeñas localidades y zonas rurales del país.

Componente 3. Fortalecimiento de acciones intersectoriales y participación comunitaria.

Componente 4. Fomento de la investigación en salud rural.

En el componente tres se mencionan las orientaciones pensadas en función de tres estrategias: “(...) Que se apoyan en los procesos de participación comunitaria: Fortalecer el Primer Nivel de Atención; Desarrollar las Estrategias de Atención primaria

en Salud y Promoción de Salud; Apoyarse en un enfoque integral: familiar, comunitario, epidemiológico, productivo y social.”

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

Se realizaron en total 47 encuestas: 34 encuestas a usuarios y 13 encuestas a técnicos o referente en salud que viven y /o trabajan en zonas de la ruralidad dispersa del departamento de Treinta y Tres.

De los usuarios, el 79% fueron residentes en poblados y el 21 % usuarios residentes de parajes. El 57% de los usuarios encuestados estuvo entre 49 y 79 años. El 56% hombres y el 44% mujeres. El 45% declaró tener una actividad laboral rentada; el 26% jubilados y el 29%amas de casa.

Los profesionales, técnicos y referentes de salud fueron 13, que en adelante llamaremos genéricamente técnicos, para diferenciarlos de los usuarios. La distribución de acuerdo al perfil profesional fue de cinco profesionales universitarios, 4 auxiliares de enfermería y 5 promotoras de salud. 12 mujeres y 1 hombre.

Recolección de información.

Se aplicaron técnicas cualitativas: focus group; entrevista abierta y cuantitativas: encuesta con cuestionario, usando como base la policlínica rural del poblado, para distribuir y recoger el formulario

La estructura del cuestionario tuvo preguntas abiertas y cerradas, dicotómicas y de opción múltiple, con una puntuación de tipo gradiente, con proposiciones declarativas con las que la persona expresó su acuerdo o desacuerdo y/o adjudicó grados de importancia según su opinión.

Las proposiciones declarativas se diseñaron en función del relevamiento bibliográfico previo, consultas a informantes calificados, entrevistas iniciales y se ajustaron a partir de la prueba piloto del instrumento.

El análisis de los resultados se realizó a través de la codificación, categorización y elaboración de la matriz de datos, aplicación de un cálculo porcentual simple y validación social con encuestados.

Se analizó por separado el grupo de usuarios y técnicos, y finalmente se compararon las opiniones de unos y otros frente a las dimensiones de la variable.

La matriz de datos.

El concepto de matriz de datos es introducido en los estudios sociales por Johan Galtung (1966), pero Juan Samaja(Buenos Aires 1994) agrega un elemento más a la estructura tripartita galtungniana. Para Samaja la estructura de la matriz de datos tiene 4 componentes:

La unidad de análisis (UA) o elementos de estudio, las variables (V) o aspectos de la UA que se van a estudiar ,las dimensiones (D) que son aspectos parciales de la variable, relativamente independientes de los otros aspectos y que en conjunto constituyen el sentido total de la variable, el valor (V) que cada una de esas

dimensiones adquiere y los indicadores (I) que son en palabras de Samaja “algún tipo de procedimiento que se aplique a alguna dimensión de la variable para establecer qué valor de ella le corresponde a la variable” (p161)

La matriz de datos representa, siguiendo a Juan Samaja , la estructura interna del dato o información característica de la investigación científica. “Permite tornar observables ciertos conceptos teóricos, al mismo tiempo que se transforman en conceptos teóricos ciertos estados de cosas observables. Las matrices de datos juegan un rol fundamental en la posibilidad de ejecutar la función de cartografiado entre el mundo de las descripciones de los hechos y los sistemas formales de nuestras representaciones”(p182)

Partimos para este estudio de los 3 postulados sobre la investigación en la perspectiva de Samaja:

- 1- Todos los datos poseen una estructura invariante para cualquier ciencia empírica.
- 2- Toda investigación determina una estructura de matrices de datos.
- 3- Toda matriz de datos tiene una Unidad de Análisis, una variable con sus valores y sus indicadores.

Para el caso específico que recoge esta ponencia el nivel de anclaje de la matriz fue la persona, definiéndose como unidades de análisis a los técnicos y usuarios.

Definiciones operacionales.

UA1 .Usuario: persona física residente en la zona con derecho a utilizar bienes o servicios de salud.

UA2. Técnico: profesional, técnico o referente de salud

V1: Participación: Derecho que se efectiviza básicamente como un proceso comunicativo, organizativo y de aprendizaje en el cual se reconocen tres momentos: recibir información, tener una opinión propia y existencia de espacios de participación y un conjunto de condiciones: clima, vínculo, encuentro, oportunidad y aprendizaje significativo. (Giorgi 2009,p 10) .

V2: Organización de la Atención de salud. Modalidades en que se brindan las prestaciones.

Tabla 1. Diseño de la matriz rectora para el estudio.

Matriz rectora .Matriz rectora. UA1 / UA2			
Variables	Dimensiones	Valor	Indicadores
	Recibir información	Formato Frecuencia Contenidos	Accesible Comprensible Exhaustiva
Participación	Tener opinión propia (requisitos)	Educación	Niveles de instrucción. alcanzados
		Tener experiencia de hablar en público Asistencia	Expresión de la opinión Tiempo libre.
	Existencia de espacios participativos	Espontáneos Comunitarios Institucionales	Reuniones vecinales. Grupos o comisiones de trabajo. Charlas, talleres, agrupamientos.
Atención a la salud (V2)	Actitud de los Técnicos	Comportamiento en la consulta	Escucha respetuosa. Tiempo dedicado a cada paciente en la consulta Integración del saber popular. Interés por conocer la opinión del usuario.
		Residencia	Local Viajante
	Organización	Frecuencia Horarios	Mensual, semanal En relación a la jornada laboral. Independiente de la jornada laboral.

Algunos resultados.

Características del contexto rural.

La situación del medio rural está cambiando, si bien se mantiene el éxodo de población residente, especialmente población activa, existe también un movimiento de migración hacia el medio rural, de población especialmente nómada, ya sea por trabajos zafrales, o en movimiento como la forestación, o por actividad turística.

El sistema de atención a la salud en el medio rural está siendo demandado por pobladores de otro tipo que los residentes habituales, lo que plantea el desafío de infraestructura de servicios así como de los recursos humanos para responder a la demanda.

La policlínica rural no sólo es la referencia para la atención de la salud de los residentes en la zona, sino también para el turista, nacional o extranjero de todas las edades y los obreros de las empresas forestales o mineras por ejemplo.

Esta situación plantea el desafío de la formación de recursos humanos para la atención de urgencias y emergencias, así como la necesidad de una adecuación de las instalaciones, la provisión de insumos y el acceso a traslados.

1. Características de la relación usuario - sistema de atención de salud.

De los encuestados, el mayor porcentaje usa como servicio de salud una mutualista (62%); el 35% usa ASSE y el 3 % otros, referido a seguros de empresas.

Si comparamos los guarismos de la muestra con los porcentajes de distribución la cobertura a nivel departamental, 52% afiliados a una mutualista y 48 % usuarios de ASSE respectivamente¹ se puede inferir una tendencia a la búsqueda de prestaciones a nivel privado , posiblemente motivada por las reformas legislativas sobre los beneficios sociales del trabajador rural en relación a la actualización del Estatuto del Trabajador Rural que establece que “El empleador rural está obligado a proporcionar al personal de su establecimiento y a sus familiares, los medios para que puedan obtener la asistencia médica necesaria”.

Sin embargo, esta situación no ha facilitado el acceso a la atención de salud, ya que frente a la percepción de estar enfermo la policlínica local permanece como el eferente más accesible en el momento de necesitar atención ya sea porque llama para solicitar orientación o concurre personalmente.

¹ fuente: Dirección Departamental de Salud.2012

Tabla 2. Matriz resultado del estudio.

	Dimensiones más valoradas de la participación	Dimensiones más valoradas en la atención a la salud
Usuarios	Información 85% Espacios espontáneos 76%	Actitud del técnico: Recibir información 13.8%
Técnicos	Información 92% Espacios espontáneos 77%	Actitud del técnico: Escucha respetuosa 100%

CONCLUSIONES.

Los aspectos facilitadores de los procesos de participación privilegiados desde la perspectiva de los usuarios y técnicos que viven y trabajan en zonas rurales dispersas del departamento de Treinta y Tres fueron los siguientes:

- Recibir información, accesible y comprensible.
- Existencia de espacios no institucionalizados, de convocatoria espontánea y en función de las necesidades. Los dispositivos grupales como comisiones o grupos de trabajo en temas de salud no aparecen visibilizados. Las comisiones de fomento, como espacio comunitario autorregulado es el dispositivo grupal más visible.
- A nivel local la policlínica es el referente de salud. El cierre de escuelas rurales y el hecho de que la auxiliar de enfermería viva en la zona a diferencia de la mayoría de los maestros rurales, posiciona a la policlínica con un creciente potencial catalizador de la organización y empoderamiento comunitario. La sinergia policlínica-escuela funciona muy bien a nivel local.
- En relación a la atención de salud, el factor más valorado fue la actitud del técnico; más que la frecuencia, los horarios o la residencia. Tanto usuarios como técnicos coincidieron que el tiempo que se le dedica al paciente en la consulta es un factor importante.
- Los usuarios valoraron más el recibir información y ser consultados, por parte del técnico, mientras que en las respuestas del grupo de técnicos se jerarquiza más la actitud de escucha del profesional.
- La residencia del técnico no fue un factor jerarquizado como facilitador de la participación en los resultados generales, pero si desglosamos por grupo, fue un factor más valorado por los técnicos que por los usuarios.
- El respeto por el saber popular en salud, no aparece como un factor que incida en la facilitación de los procesos participativos en las respuestas generales, pero en el desglose, es más valorado por los usuarios que por los técnicos.

- El factor relacionado con tener una opinión propia presentó el mayor nivel de no respuesta, tanto en usuarios como en técnicos, lo que marca una dimensión de la participación que se maneja por lo menos con altos niveles de reserva y necesitaría ser indagado con mayor profundidad para analizar si este resultado es un indicio de que la dinámica del modelo médico hegemónico sigue determinando el modelo de atención y relacionamiento en el sistema de salud.
- De las entrevistas y el focus group surge que la contención socio afectiva es una necesidad muy importante en las comunidades rurales, pero las expresiones vertidas no muestran que se visualice integrada a la atención de salud, sino más bien como una tarea extra del referente local.

EN SÍNTESIS:

Se hace necesario el estudio de los patrones comunicacionales entre referentes de salud y usuarios para promover que las comunidades se involucren.

La institucionalización del proceso es un riesgo para alcanzar el objetivo de la participación.

En el medio rural, las comunidades están reclamando ser interlocutores del sistema de salud a través de recibir información y ser consultados.

Fortalecer las campañas de educación en salud, basadas en la comunicación verbal oral parece un camino oportuno.

La sinergia policlínica - escuela en la ruralidad dispersa es un eje sustentable para promover transformaciones de los contextos hacia condiciones más saludables.

La gran debilidad del sistema de atención de salud en el medio rural es la fragmentación de la atención. La falta de articulación y complementación existe a nivel público-privado, a nivel público, a nivel sectorial e inter sectorial y a nivel territorial.

La formación de los recursos humanos para trabajar en la ruralidad dispersa es indispensable para desarrollar una atención integral. El acceso a capacitación es un factor de permanencia del recurso humano en el medio.

La atención a la salud mental en sus dimensiones de promoción, prevención y asistencia es el gran ausente en las comunidades de la ruralidad dispersa. Es necesaria la formación de los recursos humanos que trabajan en las áreas de la ruralidad dispersa en salud mental comunitaria a nivel de promoción y prevención.

Si bien este estudio tiene las limitaciones de un abordaje exploratorio, la construcción de una matriz de análisis que permita desglosar un proceso complejo y multideterminado como es la participación se muestra como una herramienta con potencialidades para discriminar diferentes factores y profundizar en sus formas de expresión a nivel local.

BIBLIOGRAFÍA.

Ferullo de Parajón, A. (2006) El Triángulo de las 3 P. Psicología, participación y poder. Ed. Paidós Bs As

Giorgi, V. (2010) La participación de Niños, Niñas y Adolescentes en las Américas a 20 años de la convención de los Derechos del Niño. Documento elaborado a solicitud del Instituto Interamericano del Niño. En Menú de Indicadores y Sistema de Monitoreo del Derecho a la Participación de Niños, Niñas y Adolescentes. OEA-Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescente.

Ministerio de Salud Pública. 2010. Departamento de Programación Estratégica de Salud /MSP. Área de Promoción de la Salud y Prevención Plan Nacional de Salud Rural. Versión 16-12-10.

Samaja, J. (1994) Epistemología y Metodología: Elementos para una teoría de la investigación científica. 2da ed. EUDEBA. Bs As 1994

Treinta y Tres , agosto 2014