

Programa Nacional  
de Control de la Tuberculosis

# Participación Comunitaria y TUBERCULOSIS

Guía para el Equipo de Salud  
del Primer Nivel de Atención





# Participación Comunitaria y TUBERCULOSIS

Guía para el Equipo de Salud  
del Primer Nivel de Atención

Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Argentina **2012**

*En esta guía presentamos los conceptos fundamentales sobre la importancia de la participación comunitaria y el rol del equipo de salud en la prevención y control de la tuberculosis, así como también los pasos orientadores para realizar un proyecto comunitario para ser aplicado en tuberculosis como en cualquier otra problemática u oportunidad sanitaria local.*

## **Autoridades**

### **Presidencia de la Nación**

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

### **Ministerio de Salud de la Nación**

Dr. Juan Luis Manzur

### **Secretario de Promoción y Programas Sanitarios**

Dr. Máximo Andrés Diosque

### **Subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos**

Dra. Marina Kosacoff

### **Coordinador del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCTB)**

Dr. Raúl Álvarez



## Staff

**Director General:** Dr. Raúl Álvarez

**Directora:** Mariana Inés Cocuzza (Consultora PNCTB)

**Coordinador:** Martín Olcese (INER "Dr. Emilio Coni")

### **Comité de Redacción:**

Lucio Capalbo, Horacio Russo (ONG UNIDA)

Martin Olcese (INER "Dr. Emilio Coni")

Adriana Greco, Mariana Cocuzza (consultoras del PNCTB)

**Asesores:** ONG Unida: Lucio Capalbo, Horacio Russo.

### **Consultores externos:**

Ezequiel Ander Egg (sociólogo argentino, especialista en participación comunitaria).

Programa Nacional de Médicos Comunitarios (PMC).

Organización Panamericana de la Salud (OPS).

### **Agradecemos la participación especial de:**

Marcia Moreira (OPS); Carlos Colombo (Formosa); Rubén Falcone (La Matanza, Buenos Aires); Sebastián Bertucelli (Córdoba); Analía Coitinho (Santa Fe); María Laura Fontana (Santa Fe); Adriana Nedel (Buenos Aires); Luis Gutiérrez (OPS); Alejandra Beatriz Perez (PMC); Rodolfo Rodríguez (OPS); Clara López (Salta); Laura Alonso (La Matanza).

### **Agradecemos el envío de las experiencias comunitarias que enriquecieron la construcción de la guía:**

Provincias de Catamarca, Salta (Barrios Ferroviario y Rosario de la Frontera), Córdoba (Barrio Ciudad de Mis Sueños), San Luis (experiencia en Cárceles), Buenos Aires (Partidos de Avellaneda y La Matanza), Formosa (Zonas Rurales y Barrio Nam Qom), Jujuy (Barrio La Loma, Calilegua), Entre Ríos (La Paz, Barrio Los Toldos).

**Edición:** Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina, año 2012.

**Financiado con fondos FESP (Proyecto de Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública).**

## 9 | **Presentación**

---

### 11 | **Primera Parte: Pautas para el trabajo comunitario**

---

#### 12 | **1. Conceptos fundamentales**

12 | 1.a. Introducción

15 | 1.b. Desarrollo

17 | 1.c. Conceptos en participación comunitaria

19 | 1.d. Tipos de participación

19 | 1.e. La consulta como modalidad de participación comunitaria

22 | 1.f. Otras definiciones de participación

#### 23 | **2. Rol, liderazgo, sensibilización y compromiso**

24 | 2.a. Liderazgo orientado a la cooperación

25 | 2.b. La interfase entre el equipo y la comunidad

27 | 2.c. Sensibilizar y generar confianza

30 | 2.d. Compromiso

#### 32 | **3. Problemas frecuentes en participación comunitaria y tuberculosis**

32 | 3.a. Prejuicios, discriminación y/o estigmatización

33 | 3.b. Pobreza

33 | 3.c. Educación, interculturalidad

34 | 3.d. Liderazgo como amenaza

35 | 3.e. Falta de apoyo político e institucional

36 | 3.f. Adherencia

---

36 | Conclusiones de la primera parte

## **37 | Segunda Parte: Pautas para realizar un Proyecto comunitario**

---

### **39 | 1. El ciclo de gestión en territorio**

39 | 1.a. Etapas del ciclo del proyecto.

41 | 1.b. Génesis del proyecto

### **41 | 2. Identificación del proyecto, Comunidad y Redes**

46 | 2.a. Análisis de la Comunidad

46 | 2.b. Sistemas de Información Geográficas (SIG)

50 | 2.c. Redes comunitarias

51 | 3. El Diagnóstico participativo

### **55 | 4. Formulación del proyecto comunitario**

55 | 4.a. El enlace entre identificación y formulación

56 | 4.b. El método de marco lógico

62 | 4.c. La matriz de marco lógico

64 | 4.d. Evaluación

### **65 | 5. La participación en las distintas etapas de las acciones comunitarias**

---

**68 | Anexo 1.** Un caso para pensar en equipo con la comunidad

**71 | Anexo 2.** Artículo de interés

---

### **73 | Bibliografía**



La historia en Salud fue marcando un recorrido que cuestionó el concepto de las relaciones y saberes, fue atravesada por el paternalismo, luego se inspiró en la búsqueda del bien de la persona enferma, “*primum non nocere*”, considerando a mediados de la Edad Moderna otro tipo de relación más horizontal. Ya en la segunda mitad del siglo XX surgió la Bioética (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia) como disciplina. Con el concepto de autonomía se procuró respetar las preferencias del paciente en lo que respecta a su enfermedad, contemplando las implicancias personales y socio-familiares de sus problemas de salud. Paralelamente, en la década de los años 60 se comenzó a entender la participación social como derecho y responsabilidad ciudadana, en pos de autonomía y poder de decisión a nivel local. Es así como el concepto de participación comunitaria fue adentrándose en el campo de la salud.

Sin embargo y aún hoy, la tuberculosis ha sido abordada, como la gran mayoría de los problemas de salud, de una manera más bien tecnocrática, sin tener en cuenta los aspectos sociales, económicos, culturales y emocionales involucrados en los padecimientos de las personas.

Si observamos la coincidencia de las características de la transmisión del bacilo de Koch y la aparición de la enfermedad en las personas, con el posicionamiento que tenemos que generar para interrumpirla y evitar su aparición, entenderemos que es en el contexto de los contactos cotidianos donde debemos plantear las acciones, por lo que necesitamos familiarizarnos con la participación comunitaria como estrategia para generar el cambio de una situación definida como problema, de un riesgo de enfermar o morir, y de uno más trascendente que será acompañar al desarrollo de una comunidad saludable.

Resulta por lo tanto esencial promover -en el marco de una metodología participativa y desde una perspectiva intercultural- un proceso de producción de conocimientos que le permita a cada comunidad recuperar la autonomía en la toma de decisiones sobre su salud y el poder de transformar las condiciones sociales adversas, generando los cambios acordes a sus necesidades y aspiraciones.

En este marco, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis se ha propuesto reforzar la estrategia de abordaje comunitario de la tuberculosis, convocando para ello a los Jefes de Programa de todas las jurisdicciones para asumir -en conjunto- el compromiso de llevar adelante este renovado esfuerzo en pos de reducir significativamente la morbi-mortalidad de esta enfermedad en nuestro país.

Por ello, se convocó a profesionales del Instituto de Enfermedades Respiratoria “Dr. Emilio Coni”, la ONG Unida, el Programa Nacional de Médicos Comunitarios, asesores especializados de OPS, entre otros, que nos acompañaron en el desarrollo de este material impreso que tuvo por objetivo principal fomentar, incentivar y reforzar las acciones de participación comunitaria en los niveles locales de Atención Primaria del país.

Asimismo, agradecemos muy especialmente la participación de todos aquellos Centros de Atención Primaria de la Salud que nos enviaron sus experiencias locales, en las que se evidencian la iniciativa y el entusiasmo puestos en el trabajo comunitario.



Coordinador Dr. Raúl Álvarez  
Programa Nacional de Control de la Tuberculosis  
República Argentina



# **PRIMERA PARTE**

PAUTAS PARA EL TRABAJO COMUNITARIO

# 1. Conceptos fundamentales

## 1.a. Introducción

Habida cuenta que en este documento proponemos analizar las relaciones entre el sector salud, y en particular el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCTB), con la participación comunitaria o popular, en este primer capítulo pretendemos explicar los supuestos en que se apoya nuestro trabajo.

La Tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública en todo el mundo. La tercera parte de la población mundial está infectada por el bacilo que causa la tuberculosis. Si bien esta enfermedad es de diagnóstico sencillo y se cuenta con un tratamiento eficaz en la mayoría de los casos, continúa produciendo altas tasas de morbi-mortalidad, puesto que mata a 5000 personas por día en el mundo y a 2,2 en la Argentina (es decir, 800 por año). En el caso de nuestro país, es importante tener en cuenta que se han notificado 9.393 casos nuevos en el 2010, constituyendo una considerable fuente de diseminación y propagación de la epidemia.

Factores demográficos y socioeconómicos (como los grandes conglomerados de poblaciones periurbanas, el hacinamiento, la pobreza, etc.) y la epidemia causada por el VIH, han complicado el control de la enfermedad en este país.

Según investigaciones antropológicas y sociales de la OPS, la tuberculosis estuvo presente en las culturas latinoamericanas antes del contacto con los primeros europeos. No obstante, la dinámica de la enfermedad estaba mediada por las condiciones de vida de las comunidades. Las transformaciones políticas y económicas que fueron surgiendo, forzaron nuevas formas de vida y generaron en las poblaciones indígenas, de aquel entonces, la formación de asentamientos con precarias condiciones sanitarias.

Hoy en día esta situación se replica en las grandes urbes, donde la tuberculosis pasa a ser un problema de salud consecuente del hacinamiento, la pobreza, la malnutrición, la desocupación, la desesperanza, la migración (interna y externa), y tantos otros factores reconocidos y acoplados, en la gran mayoría de casos, a esta enfermedad.

Otro ítem a considerar es la implicancia de la cultura en las decisiones de la salud de una comunidad. Muchas veces la visión de algunos líderes barriales o chamanes, como para dar algún ejemplo, son de alto impacto, sobre todo en lugares donde las organizaciones políticas y sanitarias son poco representativas o están ausentes. Conocer la interpretación que las comunidades puedan darle a la dinámica salud-enfermedad es prioritario para el equipo de salud que irá a abordar esta problemática, ya que afectará, directamente, cada instancia de contacto con el paciente y su familia.

Asimismo, el abordaje de la tuberculosis en cada comunidad constituye una prioridad a nivel de salud pública, debiendo considerarse las condiciones sociales y políticas críticas de cada región, que se manifiestan a través del desempleo, la falta de escolaridad, la desnutrición, la falta de acceso al servicio de salud, la falta de respuesta de los servicios de salud en base a las características de cada población, las migraciones forzadas, la violencia, la discriminación, entre otras.

Para abordar este problema el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCTB) adhiere a la propuesta de la OMS, denominada STOP TB (Alto a la Tuberculosis) que se ha propuesto reducir la carga de la tuberculosis en el mundo para el año 2015, apoyando la estrategia de Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado (TAES) de bajo costo y de alta eficacia, y destacando asimismo la importancia del compromiso de la comunidad para apoyar al paciente en su tratamiento y alcanzar así, junto a un mejoramiento constante de la calidad de la atención, un impacto inmediato y positivo en todos los indicadores epidemiológicos y programáticos.

Para que esta estrategia sea efectiva se debe lograr que toda la población tenga acceso a la misma y que sea utilizada. En Argentina la entrega de medicamentos es gratuita y universal y depende del PNCTB que distribuye al resto del país.

Según la guía de Manejo Internacional de la Tuberculosis, “Los servicios de salud buscan reducir el número de casos nuevos de tuberculosis que aparecen cada año hasta el punto en que la enfermedad deje de ser un problema grave de salud pública en un país determinado. La diferencia entre los objetivos de la salud pública y los objetivos de la medicina clínica radica en que los esfuerzos se centran en comunidades en lugar de individuos. Además, la salud pública también implica la obligación de obtener y documentar resultados: los pacientes deben ser curados. La salud pública es un esfuerzo organizado y combinado, que es asumido por equipos de trabajadores de salud”.

Si consideramos que todo cambio sanitario implica el compromiso de toda una comunidad padeciente o no de una problemática de salud, debemos saber que las poblaciones participan a condición de que el problema se resuelva en concordancia con sus necesidades y principios de colaboración, por ello en la cuestión de la tuberculosis podemos imbricar estos conceptos de manera relevante para conceptualizar a la participación comunitaria como una herramienta fundamental y complementaria para el abordaje exitoso de esta situación sanitaria que aún nos genera preocupación.

Emerge desde aquí una reflexión propia de los dispositivos de gestión, en políticas sociales y de salud específicamente: ver cómo aprender a integrarnos a movimientos de búsqueda de salud ya existentes en las poblaciones, que en forma reiterada y cotidiana dan muestra de ser eficaces, eficientes y efectivos.

Por ello, consideramos que los equipos de salud que trabajan en el Primer Nivel de Atención del país presentan fortalezas para trabajar con la comunidad, en primer lugar el trabajo se desarrolla en poblaciones definidas por un área programática lo que permite un mejor abordaje sanitario. Por otro lado en los equipos de salud hay personas que viven en el mismo barrio donde trabajan, como algunos enfermeros, administrativos, agentes sanitarios, entre otros. Otra de las fortalezas es la continuidad del trabajo a lo largo del tiempo y el conocimiento que este equipo tiene de las características epidemiológicas de esa población, sus características geográficas definidas, incluso de las condiciones de accesibilidad, la calidad de atención que el mismo Centro de Salud ofrece, la identificación de instituciones y organizaciones barriales, etc. También es importante el desarrollo de vínculos estables de los equipos con los líderes comunitarios como delegados políticos, representantes de ONGs, comedores, y personal de otras instituciones locales, como iglesias, escuelas, etc.

La población general, incluyendo los pacientes, las organizaciones comunitarias y los grupos de profesionales de salud, debe ser sensibilizada para participar en estas actividades. Tengamos en cuenta que la población no siempre prioriza como problemas principales los relacionados a la salud, en muchos casos la falta de vivienda, de trabajo, de agua potable e incluso el hambre, como sucede en poblaciones extremadamente vulnerables, no permite incluir a una patología como la tuberculosis como problema local principal, pero es aquí donde los equipos tienen que contar con herramientas útiles para poder trabajar estratégicamente y lograr dicho objetivo.

Muchas veces, los servicios de salud públicos tienen dificultad para llegar a las poblaciones que están en situación de mayor riesgo de enfermar, como los que viven en condiciones socio-económicas más desventajosas y por lo tanto con viviendas inseguras y precarias, las personas privadas de libertad y/o que viven en contextos de encierro, las poblaciones migrantes y de frontera, entre los grupos que están en mayor situación de marginalidad. Por ello, desde el Programa, consideramos pertinente continuar y sostener los modos de operar articuladamente con la comunidad, teniendo la misma un rol participativo activo, y en aquellos casos donde aún no se trabaja bajo esta premisa es conveniente iniciar la inclusión de la comunidad toda, con las instituciones y ONGs, en el centro de la escena, ya que es una patología de gran importancia social.

Los equipos de salud tienen que considerar importante establecer la formación de redes participativas que les brinde información y los acerque a los escenarios donde ocurren los problemas y así generar soluciones sustentables a la problemática nacional de la tuberculosis.

Si tenemos en cuenta que la participación comunitaria es un proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo y/o desplegando un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo así consciente y constructivamente con su proceso de desarrollo, podemos considerarla como la base estratégica esencial para un abordaje integral de la problemática de la tuberculosis en nuestro país.

Desde la participación comunitaria, en efecto, no solo podremos realizar un diagnóstico más preciso y efectivo de la situación de cada comunidad sino también intercambiar saberes, lo cual nos permitirá reforzar las medidas de prevención, realizar el diagnóstico temprano y garantizar el tratamiento completo, con la consecuente disminución de abandonos y de casos de multi-drogo resistencia (MDR-TB), que tanto nos preocupa en la actualidad, trascendiendo hacia la promoción de mejor calidad de vida en toda la población.

## 1.b. Desarrollo

El concepto de desarrollo, antes de que fuese formulado en los términos actuales, fue relacionado con conceptos como riqueza, crecimiento de la economía, progreso y otros similares, todos ellos vinculados al acrecentamiento de los bienes materiales que se sitúa en el mismo centro de esta problemática.

Frecuentemente, el término desarrollo suele ser entendido como un proceso por el cual determinados actores (gobiernos, empresas, ONGs) son los que generalmente poseen los recursos económicos, la decisión política o la capacidad técnica para resolver los problemas económicos o infraestructurales de las poblaciones consideradas vulnerables, pretendiendo incluirlas, aún cuando estas comunidades no participan en el proceso de decisión de estas intervenciones.

Frente a esta y otras concepciones similares, hemos buscado conceptos alternativos ya que, si el desarrollo sigue siendo entendido como una mera resolución de los problemas económicos esto no tendrá incidencia significativa en el desarrollo humano. Nuestra propuesta es apoyarnos en un modelo que tiende a generar un proceso endógeno del desarrollo, según el cual las comunidades tengan participación en las respuestas, soluciones y proyectos.

Desde nuestra perspectiva, el Desarrollo a Escala Humana (DEH) brinda la oportunidad de integrar la realización armónica de las necesidades humanas, para poder alcanzar un desarrollo sano, auto-sustentable y participativo, conciliando el crecimiento económico, el crecimiento personal y la solidaridad social. Este proceso se dirige a las personas y no a los objetos; y las necesidades humanas, a diferencia de lo que propone el modelo

económico de mercado, no son crecientes e ilimitadas, sino que son constantes en todo tiempo y cultura.

Según esos nuevos modelos de desarrollo, las distintas culturas reconocen, con distintos nombres, las siguientes necesidades (también llamadas potencialidades):

**SUBSISTENCIA – PROTECCIÓN – AFECTO – OCIO  
CREACIÓN – IDENTIDAD – ENTENDIMIENTO – LIBERTAD  
PARTICIPACIÓN – TRASCENDENCIA**

### Tipo de satisfactores en el Desarrollo a Escala Humana

TIPO de SATISFACTORES	CARACTERÍSTICA	ORIGEN Y EJEMPLO	CARÁCTER
Destructor	No sólo no satisfacen la necesidad a la que se dirigen sino que destruye la posibilidad de satisfacción de otras necesidades	Violencia, autoritarismo. Ej: Armamentismo nuclear, drogadependencia.	Exógeno
Pseudosatisfactor	Dejan siempre insatisfecha la necesidad a la que se dirigen	Moda, publicidad, medios masivos Ej: Perseguir "identidad" por el consumo de una marca	Exógeno
Inhibidor	Sobresatisface una necesidad a costa de inhibir otras	Costumbres arraigadas Ej: Educación Paternalista	Exógeno
Singular	Satisface solo una necesidad	Planes de organizaciones técnicas Ej: Campaña vacunación	Exógeno
Sinérgico	Al dirigirse a una necesidad satisface muchas o todas	Participación genuina de la comunidad	<b>Endógeno</b>

Los bienes o artefactos (elementos materiales con valor en el mercado) pueden o no estar presentes en un satisfactor. Muchas veces su presencia es paradójica y merma la potencia del satisfactor. Así, no es más desarrollado quien posee más objetos materiales o artefactos, o tiene mejor poder adquisitivo, sino quien mejor satisface sus necesidades (mejor actualiza sus potencialidades).

Cuando las comunidades participan genuinamente en la búsqueda de sus propios

proyectos y soluciones, crean satisfactores sinérgicos, que son los que promueven la más plena satisfacción de todo el sistema de necesidades/potencialidades humanas. Estos satisfactores, a diferencia de los impuestos por el mercado, son accesibles, livianos (con bajo costo en uso de recursos materiales) y por ende compatibles con el ambiente.

El rol de un equipo técnico, en nuestro caso de salud, no es entonces el brindar respuestas concebidas afuera de la comunidad (satisfactores singulares) sino facilitar la participación comunitaria y poner a disposición sus conocimientos técnicos a fin de que, combinados con los saberes locales, permitan el surgimiento de satisfactores sinérgicos.

## 1.c. Conceptos en participación comunitaria

Por participación comúnmente se entiende “actuar, junto con otras personas, en un suceso, acto o actividad generalmente con el mismo nivel de implicación” y también “colaborar, contribuir, cooperar, tomar parte, intervenir”.

Desde una visión más integral la participación podría definirse como: “ser parte activa en una construcción colectiva o toma de decisión, expresándose, siendo escuchado y escuchar”; y aún más: “ser miembro, parte de un grupo o comunidad, cobrando significado en él, dando paso a una construcción colectiva que trasciende la suma de las partes”

Respecto del concepto de comunidad, el enfoque convencional nos remite a un conjunto de individuos pertenecientes a un mismo ámbito o territorio.

En nuestra propuesta, la comunidad es concebida como un movimiento participativo vinculado por lazos significativos y vitales, que emerge en una micro-población como modalidad de colaboración solidaria, ya sea durante el proceso de abordaje y resolución de una situación problemática, o bien ante la visualización de oportunidades para el encuentro, y que puede articular redes de familiares, vecinos, integrantes de instituciones y ocasionalmente de expertos, comprometidos entre ellos y unidos en su diversidad.

Desde este enfoque, la participación tiene las características de los trayectos recorridos con los allegados, arraigados a los saberes locales que han sido transferidos a través de sus redes sociales (particularmente sobre las prácticas familiares de protección y apoyo),

en el intento de achicar la brecha existente entre la comunidad y las instituciones, en los que solo se ve la dimensión enferma y vulnerable de las poblaciones.

Las planificaciones en salud que seleccionan sus objetivos y acciones prioritariamente a partir del modelo biomédico de historia natural de la enfermedad, intentan bajar a la comunidad comportamientos normativos que muchas veces son efectivos pero no siempre son sustentables en el tiempo.

El siguiente cuadro ilustra algunas características de los diferentes niveles de desarrollo de la participación con los que se puede identificar cada equipo de salud, aclarando que dichos niveles no son fases sucesivas o progresivas en forma lineal sino que son momentos que visibilizan algunos rasgos de la misma:

Nivel Participación	Identificación (aproximación diagnóstica)	Formulación	Ejecución	Monitoreo & Evaluación
Se hace un sondeo no vinculante con la comunidad. La decisión final es de la Organización Ejecutora. Eventualmente se hace también algún tipo de devolución. Ejemplo: "charla" de tuberculosis en sala de espera				
Se invita a la Comunidad a tomar parte de actividades ya planificadas. Ejemplo: "cine debate" en comedor comunitario siguiendo temario del CAPS.				
La comunidad propone diferentes modos de alcanzar un propósito decidido por otros. Ejemplo: la comunidad diseña folletos con mensaje orientados a la prevención de la tuberculosis.				
La comunidad participa plenamente de todas las etapas del proceso, partiendo de sus prioridades e incluyendo la propia concepción de la idea de proyecto. Ejemplo: la comunidad se auto-convoca a una asamblea de la que participan diferentes referentes (institucionales, ONGs, líderes de base) para colaborar en la detección temprana de personas con síntomas respiratorios.				

## 1.d. Tipos de participación

**a- Conflictiva.** Es la que se da entre partidos o sectores, gremios, empresas. Cada parte lucha por su interés sin importarle el beneficio del conjunto. En la medida que uno obtiene el poder o la ganancia, el otro debe ceder.

**b- Democrática convencional.** Se presentan las opciones aportadas por los distintos integrantes. Con o sin debate, se pasa a votación y se adopta la opción más votada.

**c- Consultiva.** El patrón de conflicto deja paso a un patrón de “*Unidad en Diversidad*”. De acuerdo con él, el beneficio de uno sólo se da dentro del beneficio del colectivo. Las partes deponen su interés parcial, para contribuir a una construcción colectiva, superadora, a un todo que es mucho más que la suma de las partes, trascendiendo las miradas particulares y expresando la realidad organizacional más allá de sus miembros.

## 1.e. La Consulta como modalidad de participación comunitaria

Cuando decimos consulta, la primera idea que puede aparecer en nuestra mente, y con la que estamos familiarizados es “pedir opinión sobre un tema al especialista”. Nosotros no utilizaremos la palabra consulta en ese sentido. Por consulta entenderemos ante todo un espíritu, una actitud, una manera de sentir y ver las cosas y, por sobre todo, de relacionarse con los demás.

*El espíritu consultivo requiere de base participativa y comunitaria. A su vez, la consulta es una de las modalidades de participación comunitaria, y aunque no es la única, es la que permite maximizar la sinergia colectiva del grupo. A través de la consulta se logra construir la visión colectiva del grupo, comunidad u organización, a partir de los aportes de las partes constitutivas, surgiendo así la voz de una “nueva entidad colectiva” por sobre las voces y las opiniones particulares de los miembros.*

La consulta procura la construcción de la unidad, no a pesar de, sino gracias a la diversidad de los integrantes. Permite a su vez una mejor comprensión de la verdad a través del proceso participativo. Sin embargo, por difícil que pueda parecer para nuestra lógica moderna que ha privilegiado la racionalidad y la “verdad” objetiva en todos los asuntos, la consulta reconoce un valor aún superior al de la verdad, y este es la unidad.

## El marco conceptual

En las instituciones convencionales, predomina lo que puede denominarse “patrón de conflicto”. Los distintos actores luchan por sus intereses particulares, partiendo del supuesto tautológico de que “el beneficio de la parte se logra buscando el beneficio de la parte”.

Así, cada actor ejerce su poder, buscando lograr la situación que más convenga a sus intereses particulares, en detrimento de los intereses de la otra parte. La visión es la de un juego de suma cero: en la medida que un actor logra mayor beneficio, el otro (o los otros) habrán cedido parte de sus intereses.

Este patrón de conflicto puede expresarse, en extremo, a través de la lucha abierta, pero en una versión más suave, aparece a través de lo que se denomina **negociación**, la cual lleva a la búsqueda de una “solución de compromiso”.

La consulta, a diferencia de la negociación, y tal como ya fue dicho, se basa en el patrón de unidad en diversidad cuya hipótesis fundamental es que “el beneficio de la parte solo se logra procurando el beneficio del conjunto”.

Esto implica una visión sistémica, en la que las partes se ven como elementos constitutivos de un sistema mayor, cuyo beneficio redundará en el beneficio de sus elementos constitutivos.

## La metodología

Un grupo consultivo, sigue algunas pautas metodológicas concretas, pero además sus miembros deberán cultivar ciertas actitudes que favorecen el funcionamiento. Algunas de ellas son:

- ✓ No constituirse a partir de sectores o banderías. Todos los miembros están al servicio del conjunto y no participan representando facción alguna.
- ✓ Presentar sus ideas con claridad y sencillez. Una vez expresadas, ya no le pertenecen al miembro, sino al conjunto.
- ✓ Lo anterior implica la “no insistencia en la idea propia”.
- ✓ Escucha activa, procurar estar tan o más interesados en la opinión de otros que en expresar la propia.
- ✓ No ofender al expresarse, ni sentirse ofendido durante el proceso participativo.

Para facilitar esto, suele ser conveniente elegir un/a coordinador/a que asegure que

todos participen en modo tan equitativo como sea posible, que se ajusten al tema (para ello es muy conveniente contar con una agenda previa) y que llame a tomar decisión cuando un tema ha sido suficientemente tratado.

Aunque normalmente los grupos consultivos logran consensos unánimes, puede ocurrir que la decisión deba tomarse por votación. La decisión será adoptada por mayoría simple.

También es recomendable que un/a secretario/a tome nota de la decisión lograda y la lea para ver si refleja el sentir colectivo.

Una de los aspectos más difíciles e importantes del acuerdo y del método consultivos es que: “una vez que se toma una decisión, quienes hayan estado en minoría no solo se comprometen a aceptarla, sino a apoyarla entusiastamente”.

La consulta implica así un importante compromiso valórico con la unidad: si la unidad se mantiene, aún cuando una decisión luego resulte equivocada, el grupo tendrá oportunidad de modificarla (proceso de aprendizaje colectivo), mientras que si cada miembro se aferra a “su” verdad el grupo se dividirá y dejará de existir como sujeto colectivo.

En definitiva, la consulta implica un cambio cultural profundo: priorizar el “nosotros” por sobre el yo.

### *Un ejemplo*

Si pensamos en un ejemplo cotidiano, como sucede en muchas zonas rurales o de pueblos originarios, el “yuyero” tiene un saber y lo transmitirá a su comunidad, pero si nosotros trabajamos en forma participativa consultiva con él, podemos acordar que además de indicar sus recetas, les sugiera a las personas acercarse al centro de salud y realizarse una prueba de esputo, ante un estado de tos y catarro de más de 15 días. Es decir, habremos construido una solución que integra y trasciende los saberes de las partes.

### *Limitaciones*

No siempre los distintos actores involucrados en un proceso participativo estarán dispuestos a acordar el patrón de unidad en diversidad y aplicar el método consultivo. En esos casos, nos encontraremos con situaciones de negociación.

Por ejemplo, podrá existir conflicto entre los “intereses” de una parte (el centro de salud) y los intereses sanitarios y sociales de la población. Como también podrá aparecer conflicto al interior de cada institución u organización.

Sin embargo, si el equipo de salud acuerda aplicar a su interior y cuando sea posible con otros actores de la comunidad el método consultivo, logrará en general mayores sinergias sociales y un mejor logro y sostenimiento de objetivos que a través del conflicto e inclusive del método democrático convencional. Es un cambio cultural en las organizaciones que admite grados crecientes y progresivos de aplicación.

## 1.f. Otras definiciones de participación

**Participación social:** se la considera como el vínculo que sostiene diferentes modos de protección y colaboración entre los actores de una comunidad, a través de:

- 1-Procesos de transformación estructural de los modos de vida más saludable (mejora del ambiente, la vivienda, entre otros).
- 2-Organizaciones de base (de base comunitaria, ONGs, comedores, instituciones eclesíásticas, escolares, entre otros).
- 3-Diseño e implementación de propuestas o dispositivos estratégicos promovidos desde los programa de salud vinculándose a la cooperación desplegada en esa micropoblación.

**Participación, Familia y Salud:** algunos puntos importantes a considerar en la inclusión de las familias a las iniciativas de salud en la comunidad son:

1. La familia es una de las principales fuentes de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud.
2. Las tensiones que sufre la familia en las etapas de transición del ciclo evolutivo de cada integrante pueden manifestarse en forma de síntomas.
3. Los síntomas somáticos pueden cumplir una función adaptativa en el interior de la familia y ser mantenidos por los patrones de conducta familiares.
4. Las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad.

Varios estudios destacan la importancia del apoyo familiar del paciente con tuberculosis en su adherencia al tratamiento.

### **Alcances de la participación comunitaria**

1. Reúne enseñanza y aprendizaje. Produce intercambio y generación de conocimiento
2. Tiene efectos socializantes, crea conciencia y fortalece la comunidad
3. Desarrolla colaboración, solidaridad y compromiso
4. Moviliza, facilita y estimula recursos
5. Permite el desarrollo de la capacidad reflexiva y crítica
6. Puede introducir diversidad, diálogo, igualdad de relaciones.

## **2. Roles, Liderazgo, Sensibilización y Compromiso**

El enfoque que proponemos implica que los equipos de salud no se vean a sí mismos como actores externos que vienen a traer soluciones a una población local carenciada. De lo que se trata es que actúen como facilitadores de procesos endógenos de la propia comunidad. Esto nos permite acercarnos y comprender la complejidad de la comunidad y definir, en particular, sus problemas en forma articulada con los saberes y las visiones locales, a través de un proceso de aproximación sucesiva al conocimiento de estos problemas.

Desde una mirada de Desarrollo a Escala Humana, se estará promoviendo la participación genuina en la medida en que se promueven satisfactores sinérgicos. Si esto se logra no sólo brindarán protección en materia de tuberculosis en particular o de salud en general, sino que impactarán favorablemente en todas las dimensiones de la vida comunitaria. Por ello estimamos oportuno hacer foco en la visión profesional de los modos de relacionarse con la comunidad al momento de acercarnos con esta iniciativa, promoviendo la participación comunitaria como eje de colaboración hacia el logro de los objetivos del PNCTB.

Es decir que en el caso, por ejemplo, de procesos terapéuticos de larga duración como son los tratamientos directamente observados para la tuberculosis, es importante tener en cuenta la posibilidad de construir relaciones basadas en acuerdos entre la gestión de los equipos de salud y los modos de operar de las poblaciones en su vida cotidiana,

reconociendo las formas de cooperación comunitaria, familiar y relacional para la cura, los cuidados y la protección ante esta enfermedad.

## 2.a. Liderazgo orientado a la cooperación

Este nuevo enfoque, según el cual el Equipo de Salud debe considerarse a sí mismo como parte de la comunidad, requiere un proceso para llegar a plasmarse. En un primer momento habrá que partir de las personas más comprometidas y motivadas, que serán las que iniciarán el proceso de conexión con la comunidad. En ese camino, será necesario que todo el Equipo de Salud vaya involucrándose con pleno protagonismo y que, a su vez, vaya logrando que la Comunidad, a través de los lazos con sus referentes naturales, también se vaya involucrando y potenciando.

Se propone aquí un nuevo concepto de liderazgo, basado en una ética de la colaboración, que por su propia definición promueve socialización. No necesita del desnivel entre líder y liderado para existir, pues su esencia no es la competencia, sino la cooperación. Acepta las diferencias, la diversidad de roles y funciones y, aún más, se enriquece gracias a ellas, pero estas diferencias jamás darán lugar a la aparición de rangos o jerarquías personales. Se trata de ponerse al servicio de los demás, con humildad, y no de obtener prerrogativas. Este estilo y dinámica de liderazgo estimula la implicación del grupo en la tarea y permite la integración de sus miembros.

Al principio es natural que exista una concentración de capacidades en algunos de los miembros del sistema, quienes actuarán tan sólo, y nada menos que, como facilitadores de un proceso que lleva, necesariamente, a la apropiación de estas capacidades por parte del colectivo.

A medida que los procesos de Participación Comunitaria se ponen en marcha, este liderazgo se va distribuyendo entre un número cada vez mayor de actores, que desarrolla armónicamente sus capacidades para desdibujar todo resabio de autoritarismo, paternalismo, burocracia profesional o manipulación. Se trata, en definitiva, de un liderazgo comunitario, que apunta a que la comunidad, potenciada, se lidere a sí misma.

Este liderazgo orientado al servicio, participativo, y sobre todo consultivo, ya anima a miles y miles de organizaciones comunitarias. Los equipos de salud pueden así convertirse en nodos facilitadores de este nuevo liderazgo.

Se debe tener en cuenta, sin embargo, que este nuevo concepto de liderazgo no nace de meras medidas prácticas y metodologías de trabajo grupal. Requiere un cambio actitudinal. Se produce así un círculo virtuoso: a medida que las personas (en nuestro caso del equipo de salud) cambian actitudes, mejor funciona el proceso colectivo, y

éste, a su vez, mejora las capacidades de las personas. Se produce así una relación de recursividad entre transformación individual y colectiva.

Como experiencia relacionada podemos mencionar la de la **Provincia de Buenos Aires, Barrio Villa Luján, Partido de Avellaneda**, denominada “Tuberculosis en Villa Luján”, destinada a personas con antecedentes de tuberculosis, a familias en contacto con pacientes y a sintomáticos respiratorios. Comenzó en abril de 2011 y a partir de junio está en una segunda etapa. El objetivo es evaluar los casos de tuberculosis y los contactos en la zona, que por distintas razones no obtuvieron la atención adecuada, trabajando en terreno con promotores capacitados para tal fin, quienes fueron el nexo entre la comunidad y la Unidad Sanitaria

Es de considerar que las capacitaciones de los promotores sobre la problemática de la tuberculosis han sido una oportunidad para establecer y consolidar vínculos entre el CAPS y la comunidad. Es por lo tanto fundamental trabajar en forma conjunta con los líderes comunitarios como paso esencial para iniciar una acción de tipo participativa, fomentando además la interdisciplinariedad del equipo (en dicha experiencia trabajaron, además del personal médico, una antropóloga y una trabajadora social).

## 2.b. La interfase entre el equipo y la comunidad

Para que un equipo de salud comience a insertarse plenamente en la comunidad, será de suma importancia partir del conocimiento directo del ámbito o campo donde se va actuar, y no manejarse exclusivamente con estadísticas y datos desencarnados de una realidad concreta. Para ello tendrá gran utilidad la “georreferencia”.<sup>1</sup>

Otro concepto relevante es llegar a la comunidad “desde” la tuberculosis, para poder ingresar a otras problemáticas complejas de una comunidad o viceversa, poniéndonos así al servicio de ella en su multidimensionalidad. Esto significa que nuestro problema (tuberculosis) *es sólo el punto de partida para un abordaje sistémico, integrador.*

Una cuestión de importancia será descubrir las dinámicas reales de funcionamiento tanto dentro del equipo de salud como en la comunidad Local.

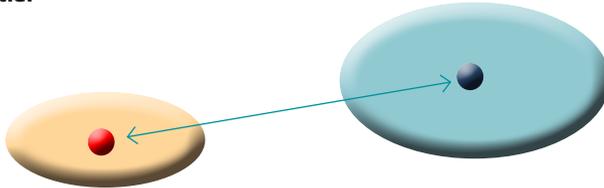
En una primera instancia, y hasta que no se logre la situación deseada de un equipo de salud plenamente comprometido e integrado con su comunidad local, será importante identificar a los actores claves que existen dentro del equipo (los cuales no siempre coinciden con las jerarquías o los roles formales) y aquellos referentes de la comunidad que, con un espíritu orientado a la cooperación<sup>2</sup>, podrán ser grandes aliados en el

1. En la segunda parte de la Guía veremos algunos modelos de Sistemas de Información Geográfica (SIG)

2. Ver similitud con los gráficos de mapeo de Redes de confianza en la Segunda Parte.

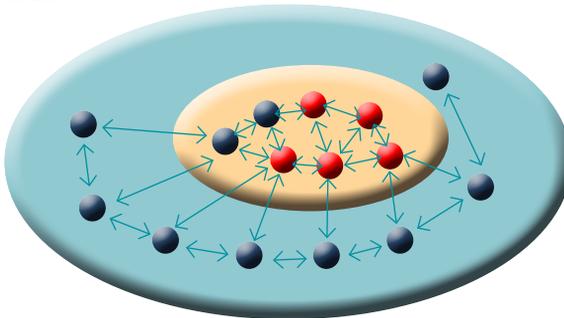
cometido de lograr una comunidad plenamente participativa y comprometida con su salud y con su desarrollo.

### Situación inicial



Un actor motivado del Equipo de Salud, el “líder” orientado al servicio, identifica y contacta, estableciendo un puente, con uno o más referentes clave de la comunidad local.

### Situación deseada



Un Equipo de Salud con todos sus miembros activos y comprometidos formando parte de una comunidad con múltiples actores participativos y comprometidos en el proceso de su propia salud. Tanto equipo como comunidad se han integrado y desarrollado.

Si bien hemos enfatizado la importancia de identificar la dinámica de los vínculos naturales y espontáneos tanto en el equipo de salud como en la comunidad, no podemos soslayar el hecho de que posee una estructura institucional y responde a ella.

Para promover el compromiso del equipo algunas estrategias son:

- I. Compartir los objetivos, metas y valores que son la razón de ser del equipo. Diversos estudios han puesto de manifiesto que el empleado que realiza una labor mecánica y fragmentada, sin comprender claramente a qué objetivo último contribuye, tiene una muy mala calidad de trabajo y una baja o nula empatía con los miembros de la comunidad a cuyo servicio se supone que está.
- II. Democratizar las decisiones en el equipo. Aunque la decisión formal por estructura y procedimiento recaiga sobre el coordinador, los temas y las tareas deben ser socializados, consultados y determinados participativamente.
- III. Pasar de una administración por instrucción (donde lo que importa es el procedimiento, el modo único de hacer las cosas, por ejemplo el horario, el protocolo, la normativa) a una *Administración por Objetivos (APO)*. La APO implica un alto grado de delegación y confianza en los miembros del equipo. Cada miembro, según su rol, tendrá mayor flexibilidad para decidir cómo realizar las tareas, dentro de unas metas fijadas participativamente por ellos mismos, con la articulación del coordinador.

### ¿Cómo identificar a los actores claves?

La tuberculosis es una enfermedad que se transmite a través de las relaciones de proximidad y familiaridad; por eso es necesario conocer estos vínculos de proximidad socio-afectiva. Por lo tanto, el referente más apropiado será el que tenga mayor acceso a tales vínculos y logre mayor cobertura.

Habrá que estudiar detenidamente la participación de todos los actores, y a su vez respetarla ya que no todos tendrán igual impacto en la comunidad. Por ejemplo, no es lo mismo una persona autodefinida como referente interesado solo en su rédito político individual, que aquel que tiene un vínculo genuinamente comprometido con el bienestar de su comunidad, pudiendo actuar como promotor y multiplicador de los conocimientos y cuidados sobre la tuberculosis.

### 2.c. Sensibilizar y generar confianza

En muchos casos la comunidad no está familiarizada, ni siquiera está advertida del problema tuberculosis en el cual queremos trabajar participativa y conjuntamente. Cuando se da esa circunstancia es necesario, entonces, realizar actividades de *sensibilización* de la comunidad, es decir, realizar acciones previas al proyecto participativo, las que nos permitan familiarizar a la comunidad con el tema y contar con un número “significativo”

de participantes en la iniciativa que empieza. Para ello debemos tener presente lo ya dicho: no acercarnos con la tuberculosis sino desde la tuberculosis a una problemática mucho más compleja y sistémica.

Nunca sensibilización significa empujar, forzar o presionar, muchos menos manipular, diferenciándose de algunas iniciativas como las publicitarias. No se sensibiliza en abstracto. Siempre se parte de la visión de las personas y cómo ellas generan sentido para integrar o construir una mirada sobre un problema de salud.

El proceso de sensibilización permitirá, por un lado, identificar los referentes naturales de una comunidad, y por el otro irá generando relaciones de *confianza* entre el equipo de salud y la comunidad.

Mucho se ha hablado, por ejemplo, de la reticencia de las personas a consultar ante la presencia de tos que persiste por más de 15 días. Esta conducta suele atribuirse al estigma social, que ante el diagnóstico de tuberculosis podrá generar discriminación en la comunidad y hasta la eventual pérdida del empleo. Aunque esto no deja de ser cierto en varios casos, en diversas experiencias se ha observado que uno de los obstáculos para la detección, así como para la adhesión al tratamiento, radica en el hecho de que no se han logrado aún las necesarias relaciones de confianza. De hecho, se ha observado asimismo que, una vez que la confianza se establece, el temor a la discriminación y el estigma disminuyen notablemente.

### *La campaña de sensibilización*

Un proyecto participativo sobre tuberculosis no implica que la comunidad haya elegido trabajar con ese tema, o que lo reconozca como prioritario en el corto plazo. El personal sanitario lo identifica como prioritario por muchos motivos, por ejemplo políticas locales, nacionales o la simple observación de prevalencia de casos. Si bien esto es muy importante no necesariamente parte del cotidiano de las personas.

La sensibilización es un proceso relacional porque requiere distintas miradas de una misma realidad a favor de una iniciativa de cambio. Implica conocer cómo y cuáles satisfactores elige la comunidad para atender sus necesidades y desarrollar sus capacidades. Dependiendo de cada situación problemática, se definirá la estructura de la campaña, la cual puede ser, simplemente, un conjunto de pequeña acciones.

Antes de comenzar con este trabajo es importante conocer:

- los procesos históricos culturales del barrio o población;
- la historia de las familias y de las personas a la cual queremos integrar a los futuros proyectos;
- cuáles son los intereses mediatos e inmediatos de ellas;
- otras problemáticas sociales relevantes como la ambiental, la falta de recursos socio-económicos, la problemática de género, por mencionar solo algunas;
- los datos epidemiológicos y sanitarios propios de nuestra población objetivo o al menos referencias parciales;
- contar con habilidades de comunicación social en el equipo de salud

Para finalizar, es importante aclarar que los procesos de sensibilización pueden no ser altamente convocantes, no debemos esperar respuestas masivas. El proceso apenas comienza y cuando transcurra el tiempo y las acciones comunitarias sean sistemáticas se acercará un mayor número de personas.

### *¿Qué metodología podemos emplear?*

Los dispositivos son variados según nos dirijamos a grupos específicos o a toda la comunidad. Entre ellas citamos algunas:

- Visitas domiciliarias
- Charlas y reuniones participativas
- Cine, teatro debate
- Seminarios
- Talleres Comunitarios
- Acciones de divulgación e información (afiches, volantes, etc.)
- Espacios en los medios de comunicación masivos
- Testimonios
- Puntos de información (stands)

Aquí podemos mencionar la experiencia de la **Provincia de Jujuy, CIC 2, titulada “Prevención en Tuberculosis”**, dirigida a niños, maestros, pueblo en general del área N°12 de la Localidad Calilegua, zona Av. Sarmiento, B. Belencito y Lomas aledañas, y que se realizó durante los meses de marzo, mayo y agosto del año 2011. El objetivo fue lograr que la comunidad se concientice en la prevención y la promoción sobre tuberculosis, aplicando una campaña de sensibilización.

Según se infiere de las palabras de sus protagonistas, el trabajo en equipo ha permitido la articulación interinstitucional, en este caso con la escuela. El aprovechamiento de esos espacios ha permitido que los CAPS lleguen a las familias del barrio a través de los niños. Se considera que el fortalecimiento de estas relaciones (CAPS e Instituciones de la comunidad) generará las condiciones para que los niños se conviertan en multiplicadores dentro de sus familias y, a su vez, estas en promotores de salud.

## 2.d. Compromiso

Sensibilizar y convocar a la comunidad, y crear objetivos a largo plazo implica la necesidad de contar con un componente fundamental: “el compromiso”. Es muy difícil pensar en un grupo de personas que acuerden metas de forma participativa, sin que esto se acompañe con el compromiso indispensable para obtenerlas.

El compromiso se puede definir como *“la conciencia que genera responsabilidad con respecto a la acción de un grupo de personas dentro de un proyecto de acción comunitaria”*.

Ayuda a construir motivación, da impulso para llegar a los propósitos propuestos, permite saltar obstáculos, se asienta en metas que son significativas, en valores que sustentan esa fuerza como por ejemplo: “el derecho a la salud, la equidad, el acceso a la educación, la igualdad de género, el respeto por la diversidad, el valor de los afectos en la relaciones, el valor de la palabra, entre otros”.

Si queremos aumentar el compromiso respecto de un proyecto sobre tuberculosis, no alcanza con realizar uno que apunte exclusivamente a la enfermedad en forma aislada, por ejemplo, en algunas ocasiones se podrá trabajar la tuberculosis en el contexto de la falta de una vivienda digna y, por lo tanto, los valores son expresados por igualdad social. En otros casos, la tuberculosis podrá estar asociada con la falta de acceso al sistema de salud y, en consecuencia, se podrá trabajar sobre el derecho a la salud. La conciencia que genera compromiso se logra a partir de la internalización de estos valores y su consecuente expresión a través de acciones. El compromiso tiene entonces un componente valorativo, axiológico, que le da dirección, sentido y permanencia en el tiempo.

A esta altura, es posible advertir la estrecha relación que existe entre compromiso y participación. La relación de estos dos conceptos es muy cercana y se retroalimentan uno a otro.

El compromiso de las personas afectadas con tuberculosis puede expandirse a sus familiares y vecinos. A partir de la experiencia, el encuentro con el otro y la acción-reflexión en la comunidad, se logra conciencia colectiva.

### ***Algunas características sobre el compromiso:***

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1- Es vital para el éxito de un proyecto</li> <li>2- Construye motivación. Da fuerzas</li> <li>3- Ayuda a saltar obstáculos</li> <li>4- Se vincula a valores, como por ejemplo el derecho a la salud, la equidad etc.</li> <li>5- El carácter valorativo le da dirección y crecimiento</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>6- Se desarrolla dentro de la acción y reflexión.</li> <li>7- Necesita de relaciones de grupo y comunitarias</li> <li>8- Tiene niveles de evolución.</li> <li>9- Se transmite de personas a grupos o de grupos a grupos</li> <li>10- Mejora la calidad de la participación</li> </ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

En este punto podemos nombrar la presentada por la **Provincia de Entre Ríos, CAPS Belgrano**, denominada “Conocer para defender nuestra salud”, en el Barrio Los Toldos (La Paz, Entre Ríos), dirigido a 36 familias, durante 1 mes. Según sus protagonistas el objetivo fue concientizar a la comunidad sobre el concepto que la tuberculosis es curable, mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y completo. La metodología fue “el taller”. Esta comunidad pudo disipar sus dudas y desterrar tabúes, perdió el miedo adquiriendo conocimientos de cómo cuidarse, y un aspecto muy importante ha sido la responsabilidad con la que asumieron el compromiso ante los tratamientos que debían realizar. La evaluación de los resultados del taller fue realizada por los agentes sanitarios, mediante la visita casa por casa, llegando a la conclusión que la instancia del taller fue positiva por el impacto que produjo en esta población, ya que por propia demanda se acercaban al CAPS para consultar.

Estimamos que aquí primaron la confianza y el compromiso logrado por la comunidad, a partir de un proceso de sensibilización. La gente se sintió escuchada y respondió a la convocatoria, participando del taller y abriendo la puerta de su casa en las visitas domiciliarias.

## 3. Problemas frecuentes en participación comunitaria y tuberculosis

Abordaremos aquí algunos problemas que los equipos de salud pueden encontrar en las instancias iniciales de acercamiento a la comunidad y formación de la comunidad de proyecto (equipo de salud + referentes locales participativamente integrados), a los que es importante estar atentos, para abordarlos oportuna y adecuadamente. Este listado no pretende agotar la problemática sino enunciar alguna de las situaciones más frecuentes.

### 3.a. Prejuicios, discriminación y/o estigmatización:

Un problema clásico en materia de tuberculosis, es que la persona que la padece podría ser prejuizada, discriminada y estigmatizada, tanto por la comunidad donde vive como por el equipo de salud. Básicamente un toseor crónico podría evitar un examen clínico que pudiera desembocar eventualmente en un diagnóstico de tuberculosis, principalmente por los siguientes motivos:

- a) En términos generales, podría ser visto como una persona “pobre” (en términos de acceso a bienes materiales), que vive en condiciones de hacinamiento y de poca higiene.
- b) En directa relación con esto, está el temor al contagio por parte de los otros. Personas poco informadas de su comunidad podrían llegar a verlo como alguien que, por esa condición, debe ser mantenido a distancia y puede ser rechazado.
- c) Otro factor está constituido por las consecuencias laborales, como el alejamiento de su puesto de trabajo, lo que traería como consecuencia la pérdida de ingresos económicos.

Por estos motivos, la persona enferma de tuberculosis, en muchos casos oculta su situación y es reacia a ser examinada por personal de los equipos de salud. Como es lógico, esto dificulta enormemente la detección oportuna de los casos.

Algunas consideraciones fundamentales a este fin, serán también el llegar a la comunidad no “con” la Tuberculosis, sino “desde” la Tuberculosis, y plantearse el rol del Equipo de Salud (ver Capítulo 2) no como portador externo de un saber dominante, sino como un actor más de la comunidad, que a su vez la vincula y contribuye a facilitar los procesos de salud de la misma. Múltiples experiencias muestran que cuando tal confianza logra

establecerse, las resistencias originadas por temor al prejuicio, la discriminación y la estigmatización disminuyen notablemente.

### 3.b. Pobreza

Por lo general, la mirada más común del equipo de salud podría estar relacionada con las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) de dicha comunidad, y lo primero que se sugiere es generar, mediante ayuda externa, mínimas condiciones de vida caracterizadas por el acceso a bienes materiales y servicios básicos. Si bien esto es fundamental, cambiando nuestro marco de abordaje al de DEH (ver capítulo 1) veremos que no hay una sola pobreza ni una sola riqueza.

Así, se puede ser pobre en materia de subsistencia y protección, pero ser rico en creatividad, afecto, participación, identidad o entendimiento. De hecho, abundan las experiencias de equipos técnicos que, llegando a una determinada comunidad, se encuentran con que las prioridades de ésta, cuando son libremente expresadas, suelen diferir mucho de las que el técnico hubiera considerado prioritarias. Por ejemplo, alguna comunidad podría elegir comenzar por tener su Salón de Usos Múltiples, como lugar de encuentro a partir del cual pueden surgir las diversas sinergias, o reforzar su identidad cultural.

Por lo tanto, el abordaje de los técnicos del equipo de salud debe ser abierto y desprejuiciado. *Esto no implica renunciar a los objetivos de nuestro programa, sino vincularlos a los procesos priorizados por la propia comunidad.*

Cuando los técnicos actúan en forma rígida y aislada al apreciar la realidad, y no son permeables al sentir y el pensar de las comunidades, generan una distancia que constituye uno de los más serios obstáculos a la generación de confianza, dificultando el logro de los propios objetivos del programa.

### 3.c. Educación e interculturalidad

Diferentes tipos y niveles de educación entre la comunidad local (y sus distintos subgrupos y actores) y los equipos de salud, al igual que las eventuales diferencias culturales, podrían ofrecer nuevos obstáculos. Si comenzáramos a visualizar la realidad social desde el concepto de “*unidad en diversidad*”, nos protegeríamos de recaer en el error de la uniformidad de pensamiento y cultura.

Esto requiere, digámoslo una vez más, de un cambio actitudinal por parte de los técnicos y profesionales de los Equipos de Salud, no considerando su saber o su rol como

dominante, sino que se complementará con los saberes locales en pie de igualdad, y un rol de servicio y de facilitación del proceso de desarrollo, conforme a los valores y prioridades locales.

### 3.d. Liderazgos como amenaza

Otro problema que suele suscitarse es la preexistencia o el surgimiento, en una comunidad local dada, de liderazgos adversos al proceso de salud y de desarrollo endógeno que deseamos promover. Mientras que este proceso está orientado por definición hacia el bien común, existen liderazgos interesados en su propio beneficio, sea éste económico o proselitista.

El análisis de implicados (ubicado dentro del análisis de la comunidad) se basa en identificar, en nuestra comunidad, a aquellos actores, sean unipersonales o colectivos, que no serán neutros a nuestro programa y proyectos, específicamente, a nuestros procesos de promoción de la salud y del control de la tuberculosis. Así, hallaremos actores favorables, dispuestos a colaborar con nuestra tarea, y otros que eventualmente se opondrán. Mientras que los primeros se incorporarán seguramente a nuestra comunidad de proyecto, los segundos podrán ofrecer serias dificultades a nuestra acción.

Recordemos que existen distintos **tipos de liderazgo**:

- Un liderazgo autoritario
- Un liderazgo paternalista u omnisciente
- Un liderazgo manipulador
- Un liderazgo democrático convencional

Los tres primeros estilos, y en menor medida el cuarto, son sesgados hacia el “beneficio” particular del actor, grupo o partido que los detenta, y si bien pueden ser concomitantes al bien común en determinadas circunstancias de mutuo provecho, a la larga o incluso en el breve plazo mostrarán su divergencia con los intereses generales de la comunidad. Con estos líderes algunas veces se podrá negociar, raramente consultar<sup>3</sup>, sin que esto implique la pérdida de nuestro posicionamiento.

---

3. Ver Consulta y Negociación en el capítulo 1.

### 3.e. Falta de apoyo político e institucional

Dado que nuestras acciones se desenvuelven en un territorio con una administración política concreta, que puede simpatizar o no con el programa nacional (con diversas prioridades, urgencias y limitaciones presupuestarias y de recursos), es primordial planificar la incidencia de estos actores, entendidos como “factores externos”<sup>4</sup>.

Frente a esto podríamos pensar nuestros proyectos como independientes, autogestivos, aunque esto no siempre sea posible, ya que vamos a necesitar contar con recursos locales y con permisos explícitos o tácitos, por lo que deberíamos considerar el espacio gubernamental y político como un factor de alta influencia en nuestras acciones.

Por lo que nuestros equipos de salud deberían interactuar con otras instituciones oficiales y gubernamentales, comenzando por el gobierno local, más allá del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

Algunos criterios para maximizar el apoyo, o al menos para minimizar los obstáculos son:

- Presentarnos y explicar a las autoridades locales claramente nuestros objetivos y planes, mostrando que los mismos son beneficiosos para la comunidad y desarrollo locales, y que por lo tanto el apoyo será no sólo necesario para el bien común, sino políticamente conveniente para las autoridades.
- Invitar e involucrar a las autoridades locales a tomar parte en todo el proceso, como miembros de la comunidad de proyecto, mostrando transparencia y apertura.
- Mostrar cómo el Equipo de Salud y la comunidad local aportan con su esfuerzo, trabajo e insumos del programa, una cantidad significativa de recursos, de tal modo que lo que se pide a la autoridad local es sólo un complemento.
- Permitir hasta donde sea posible y conveniente que las acciones emprendidas en bien de la comunidad local, sean publicitadas y difundidas por la autoridad local como logros dados dentro de su gestión.
- En casos de dificultad para obtener apoyo, recurrir a los procedimientos y niveles de comunicación formales, desde el Ministerio de Salud y el PNCT como autoridad nacional, hacia las instituciones y autoridades locales.
- En general el logro de una amplia base participativa, y una extendida y diversificada comunidad de proyecto, será un factor de peso para decidir la colaboración de la autoridad local, puesto que a la misma le será conveniente apoyar un proceso con amplias bases de participación ciudadana.

4. Ver Segunda Parte de la Guía.

### 3.f. Adherencia

Una consideración especial merece el tema de la no adherencia al tratamiento, es decir, el abandono o la interrupción del proceso terapéutico, que constituye actualmente una de las principales problemáticas para el control de la tuberculosis, generando fracasos terapéuticos, recaídas y multirresistencia a los fármacos anti-tuberculosos.

A partir de los diversos estudios realizados en relación con esta problemática, es posible establecer que en la falta de adherencia al tratamiento intervienen diversos y múltiples factores referidos a las características del entorno familiar, social, económico y cultural del paciente, debiendo tener en cuenta asimismo -en ese entorno- las características de los sistemas de salud en cuanto a accesibilidad, oferta y calidad de la atención.

Por ello es que es importante fortalecer el compromiso del equipo de salud y trabajar en la sensibilización y participación de la comunidad, para que justamente sea esta última, no sólo la destinataria, sino fundamentalmente la protagonista de los cambios necesarios para el abordaje de dicha problemática, elaborando las herramientas más adecuadas y acordes a sus propias necesidades y expectativas.

## CONCLUSIONES DE LA PRIMERA PARTE

Para un abordaje adecuado de la tuberculosis es fundamental que todo el equipo de salud del Primer Nivel de Atención esté sensibilizado, capacitado y comprometido con la atención de esta problemática. Para ello, cada equipo de los CAPS debe considerar a todo paciente con síntomas de tos y catarro por más de 15 días (sintomático respiratorio) como el primer paso para facilitar un diagnóstico temprano, siendo el paso siguiente el inicio del tratamiento adecuado que, para ser efectivo, debe ser completo y supervisado.

Esto es posible sólo en un contexto en el que se revalorice el trabajo en equipo, articulado con otras instituciones y abierto al trabajo con la comunidad, promoviendo que el intercambio de conocimientos y la desmitificación contribuyan a la disminución de problemas tales como la falta de adherencia y el consecuente fracaso del tratamiento.

En este contexto, una comunidad que tiene el espacio para la opinión y la participación activa, podrá acompañar al equipo del centro de salud y así fortalecer la estrategia TAES, como bases para el éxito del abordaje de la tuberculosis a nivel local y, en consecuencia, regional y nacional.



# **SEGUNDA PARTE**

PAUTAS PARA REALIZAR UN PROYECTO COMUNITARIO

Desde el primer nivel de atención, el equipo de salud puede visualizar, junto a la comunidad, la necesidad de abordar una problemática determinada (por ejemplo, una elevada cantidad de casos de tuberculosis detectados), que demande la creación de un proyecto comunitario a ser presentado ante las autoridades competentes (en este caso la Secretaría de Salud Municipal).

Para ello, puede ser de utilidad para el equipo contar con algunas herramientas teóricas que le permitan planificar adecuadamente las intervenciones a implementar a nivel local. Si bien hay que tener siempre en cuenta que -como se ha desarrollado en la primera parte- las soluciones suelen encontrarse en la misma comunidad, también suele suceder muchas otras veces que se requiera de apoyo político y/o financiero, de capacitación, y de provisión de recursos materiales o humanos específicos, que pueden ser externos a la comunidad que padece el problema.

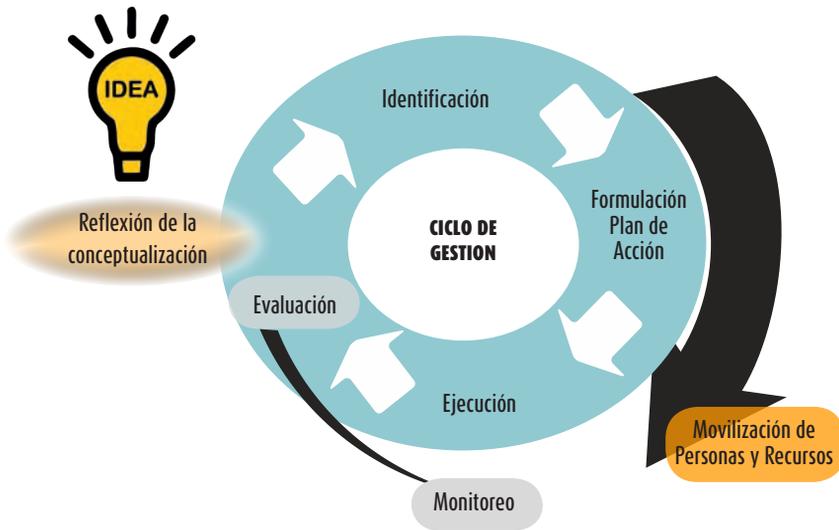
Por eso brindamos, a continuación, algunas pautas que consideramos fundamentales para elaborar e implementar un proyecto participativo.

## 1. El ciclo de gestión en Territorio

Cuando se plantea la necesidad de una intervención o acción en terreno, la misma puede analizarse a través de su ciclo de gestión.

Saltar alguna de las etapas del ciclo, ya sea elaborar un plan de acción sin una previa identificación y diagnóstico, o bien pasar a la acción sin un plan formulado, o no evaluar lo realizado, redundará en un menor impacto en cuanto a los objetivos perseguidos, como asimismo en un menor aprendizaje colectivo.

Para la mayoría de los autores el ciclo de un proyecto consta de un ciclo de cuatro estaciones principales o etapas:



Desde el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, proponemos que cada CAPS desarrolle su propio proyecto, según la situación local de cada zona, dentro del marco de la estrategia TAES/DOT, cuyo desarrollo como plan de acción comunitario local permitirá obtener mejores resultados.

### 1.a. Etapas del ciclo del proyecto

**I. Identificación:** Es la etapa centrada en el *diagnóstico participativo* con el involucramiento de la comunidad, que permite pasar de un conocimiento inicial a otro más aproximado, siendo este último el que resulta más apropiado, entre diversas

alternativas, conforme no solo a criterios técnicos, sino también a los intereses y prioridades de la comunidad, lo que permitirá comprender los problemas o situaciones a mejorar y sus causas.

**II. Formulación del Plan de Acción:** Es la etapa que, una vez identificada la intervención a realizar, permite diseñar el plan de acción que, a partir de determinados recursos organizados según actividades, garantice los resultados.

**III. Ejecución de la Intervención:** Es la etapa de realización de las actividades según el plan formulado

**IV. Evaluación:** Es la etapa en la que se evalúan los logros obtenidos así como también el proceso desarrollado.

Alrededor de estas cuatro etapas principales, podemos considerar algunas instancias adicionales:

**Idea del proyecto:** Es la primera apreciación (intuitiva, presuntiva) de un problema o situación inicial, que surge de cualquiera de los actores; a partir de aquí si existe consenso se pasa a la etapa de identificación. En el caso de tuberculosis una idea presuntiva del problema sería por ejemplo: que la gente no consulta en forma temprana porque no tiene información suficiente sobre la enfermedad, pero tal vez, podría ser que sí conoce esta patología y no consulta por barreras de acceso. Como en este ejemplo, también en muchos otros casos el equipo de salud se maneja en base a supuestos, que, sin embargo, deberán ser revisados.

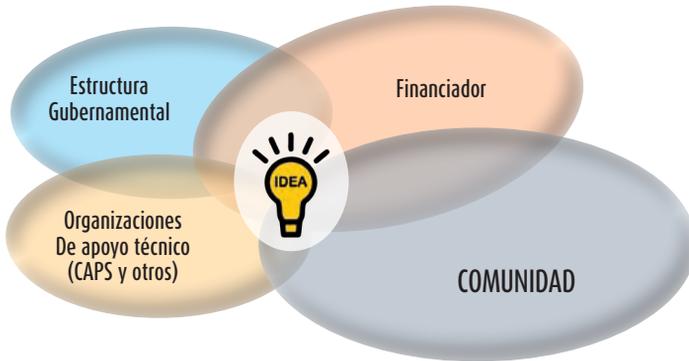
**Movilización de Personas y Recursos:** A lo largo de todo el ciclo, interactúan personas y recursos que serán indispensables para la adecuada ejecución de dicha intervención. El aspecto fundamental es movilizar, interesar, incorporar personas con sus capacidades al proyecto, formando y fortaleciendo lo que llamaremos comunidad de proyecto.

**Monitoreo:** El proceso evaluativo no sólo se realiza al finalizar la ejecución, sino que existen actividades de evaluación durante la misma, llamadas monitoreo. Es simultáneo con la etapa de ejecución, pero pertenece, conceptualmente a la fase evaluativa.

**Reflexión y conceptualización:** Algunos autores entienden que luego de la evaluación hay una instancia de reflexión y conceptualización, es decir, una etapa en la que más allá de la evaluación de los logros directos en cuanto a objetivos y resultados, se reflexiona a nivel de principios, y es entonces cuando se refuerza el aprendizaje colectivo.

## 1.b. Génesis del proyecto

El siguiente diagrama muestra los cuatro actores típicos que se articulan para la realización de una intervención.

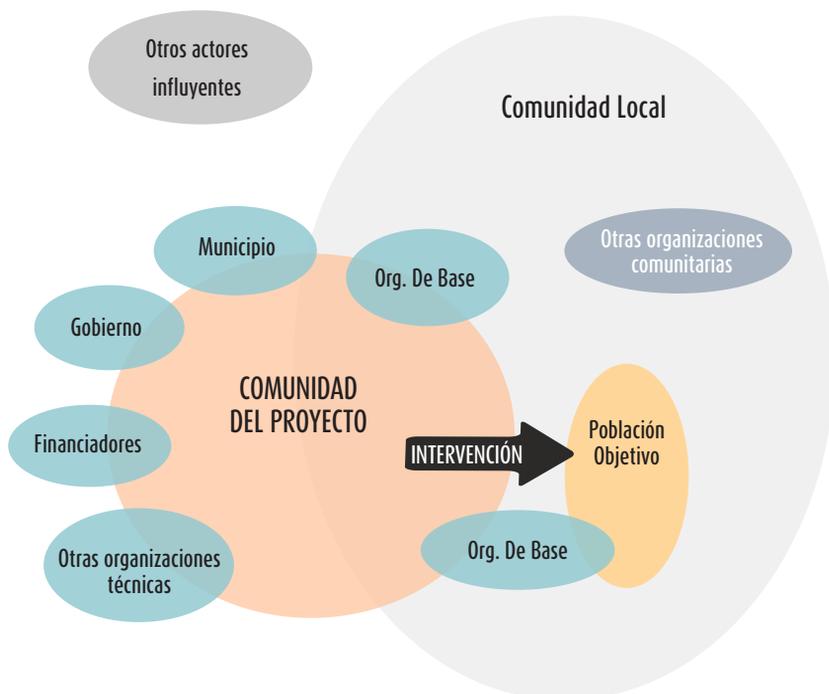


En el diagrama la idea de problematización ha sido colocada próxima a la organización de apoyo técnico (el CAPS) y la estructura gubernamental (Programa Nacional, Provincial, Secretaría de Salud Municipal o Jurisdiccional) ya que efectivamente es allí de donde surge.

En un caso ideal, la idea surge de la propia comunidad, lo que hace que ella sea la gestora integral del ciclo, desde la propia concepción de la idea. Por otra parte, en nuestro caso la organización de apoyo, el financiador y la estructura gubernamental son entidades muy próximas que podrán llegar a coincidir en gran medida.

Dado que la idea de intervención procede de un actor que en principio no es, necesariamente, la propia comunidad, nuestra tarea de identificación consistirá en lograr que la comunidad asuma la idea y la haga propia, o visto desde otra perspectiva (y mejor aún) que el CAPS se integre a la comunidad a la que sirve, pasando a formar parte de la misma.

El siguiente gráfico ilustra el **Escenario de la Intervención (MAPA ACTORAL)**



Las definiciones que aparecerán en el escenario de la intervención son:

**Ámbito de Aplicación:** Es el espacio, tanto geográfico como vincular, en el que se desarrollará la intervención: el barrio, la localidad o el área rural.

**Escenario de Intervención:** Si bien es un concepto similar al anterior, es más dinámico e inclusivo, ya que remite no sólo al soporte geográfico, físico o territorial, sino que incluye al conjunto de actores que tendrán relaciones con la intervención, habiten o no dicho territorio.

**Comunidad:** También puede llamarse "comunidad local". Es la población humana que habita el ámbito de aplicación. No debe confundirse con la "comunidad de proyecto". La visualizamos como sujeto activo y no como mero receptor de las propuestas.

**Comunidad de Proyecto:** Comunidad formada por todas aquellas personas que

comparten la visión que sustenta la intervención y que en distintos grados lo sienten propio y participan en diversas fases de su ciclo.

A diferencia de “Comunidad Local” en cuanto personas que cohabitan en un ámbito, la Comunidad de Proyecto remite a vínculos significativos, relaciones vitales, comprometidas, en torno a una causa común, con alta cooperación y generación de sinergia.

**Población objetivo (PO):** Es el conjunto de personas, normalmente un subconjunto de la comunidad, a los que se aplicarán directa o indirectamente los satisfactores que generará el proyecto de intervención participativo.

Con el tema que nos ocupa, la comunidad y la población objetivo pueden coincidir, ya que la tuberculosis afecta potencialmente a todos los miembros de la comunidad y no solo a las personas que la padecen. En efecto, si no participamos todos será muy difícil disminuir el número de casos con las consecuencias sanitarias que esto trae aparejado.

No obstante, también podrá ser efectivamente un subconjunto, en aquellas comunidades donde la incidencia de la tuberculosis es más significativa (norte del país o provincia de Buenos Aires, o comunidades de riesgo como las personas privadas de libertad, o la población que padece co-morbilidades), debiendo realizar intervenciones específicas y estratégicas con cada subgrupo en particular. A estos subgrupos también se los denomina micro poblaciones estratégicas.

En relación, vamos a nombrar la experiencia de la **Provincia de Salta, Rosario de la Frontera, Hospital Melchora F. Cornejo** “Proyecto TBC: Buscando el bacilo”, dirigido a la población escolar de áreas urbanas y periurbanas del municipio de Rosario de la Frontera, comenzó en Julio de 2010 y continúa en el año 2012. El objetivo fue transmitir e instruir al personal del Hospital y a la población sobre la importancia de la enfermedad. La metodología ha incluido: capacitación de los agentes de salud, taller de títeres en las escuelas urbanas y rurales del área programática y video educativo. Como resultado de la experiencia se ha logrado: la motivación del personal del Hospital Melchora F. Cornejo para abordar esta problemática, el aumento del número de muestras, el aumento de los tratamientos supervisados, la disminución de los abandonos. Según los protagonistas un punto a destacar aquí ha sido el proceso de socialización del proyecto con los docentes como primera práctica comunitaria, partiendo de la premisa que el niño es el educando más sensible, y por otro lado la formación de redes.

Aquí tenemos un caso muy interesante de planificación de un proyecto. El planteo de idea para la intervención surge claramente de un equipo reducido que define el

problema. Luego de un diagnóstico inicial se plantean los objetivos y actividades para concretar los mismos. Se destaca también el rol de los agentes sanitarios como motivadores y emprendedores de varias de las actividades dirigidas a la comunidad.

Otra experiencia relacionada es la de la **Provincia de Córdoba, CAPS “Dr. Navarro”- Subsecretaría de Programas- Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba**, denominada “Promoción de la lucha contra la tuberculosis”, dirigida a 2700 personas que residen en el Barrio Ciudad de Mis Sueños. Según los autores se comenzó trabajando con seis grupos familiares en donde se detectaron casos de tuberculosis. Este proceso se inició a partir de la detección del primer caso, septiembre de 2007 y continúa en el 2012. El objetivo es contribuir a la reducción de casos de tuberculosis a través de la detección, abordaje y prevención a nivel barrial.

En este caso observamos que aquí ha sido definida la idea del problema, la población objetivo (los habitantes del Barrio Ciudad de Mis Sueños), y la comunidad del proyecto que estaría conformada por algunos integrantes del CAPS y las seis familias. Por otro lado, se plantean los objetivos y se realizan actividades.

## 2. Identificación del proyecto, comunidad y redes

La fase de identificación de un proyecto participativo, puede ser definida como:

“La primera fase del ciclo del proyecto, que, partiendo del análisis de la comunidad, permite arribar a un diagnóstico participativo a la adopción de una idea consolidada de la intervención a realizar, y es confirmada no sólo por la información sanitaria recabada y su interpretación, sino también por las prioridades de la comunidad puestas de manifiesto a través del proceso participativo”.

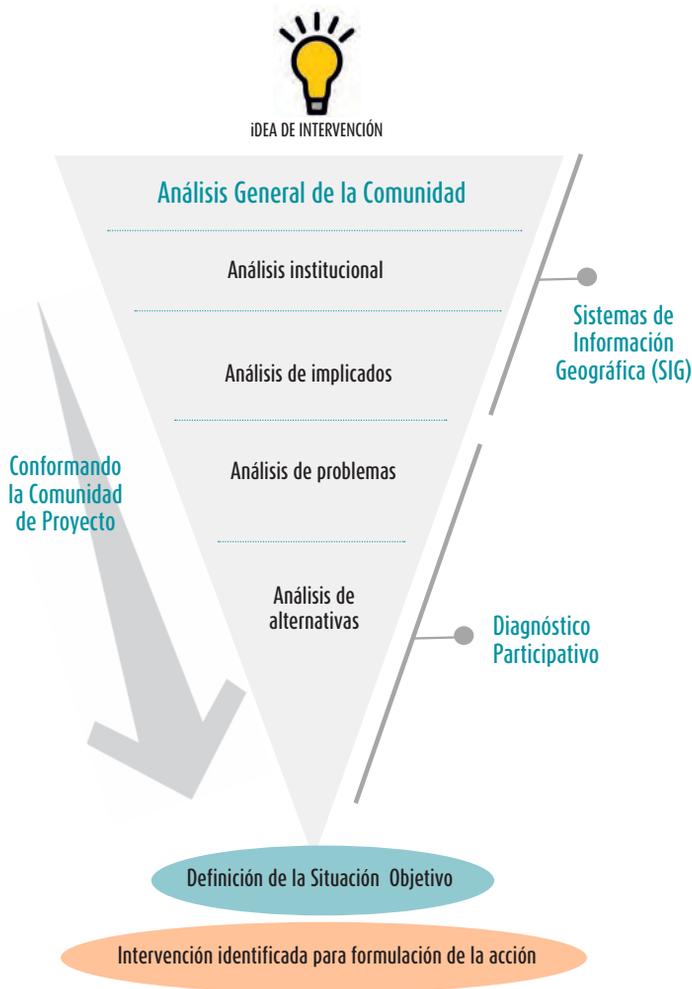
Por eso, si bien en nuestro caso se tenderá a focalizar el problema sobre la tuberculosis, deberá también tenerse en cuenta que puede surgir como relevante un conjunto de otros problemas de la comunidad.

La identificación es así un proceso de conocimiento del problema o los problemas, sus causas, el análisis de objetivos, el análisis de alternativas y la definición clara de la situación objetivo buscada; pero, por sobre todo, será un proceso de integración de miembros de la comunidad a la comunidad de proyecto y de la integración del centro de salud a la comunidad

Al final del proceso de identificación, se espera contar no solamente con una idea clara de la intervención a realizar y la situación a lograr, sino también con un equipo de salud

incorporado en una comunidad que se preocupa y se compromete con su salud, y en este caso puntualmente con el control de la tuberculosis<sup>6</sup>.

El siguiente esquema muestra los pasos clásicos en un proceso de identificación aunque no siempre podrá mantenerse en una secuencia lineal.



6. Aunque en este aspecto se circunscribe a un problema bien delimitado, conviene tener en cuenta la multidimensionalidad de las necesidades sociales, que involucra distintos componentes de la promoción, preservación, conservación y recuperación de la salud.

## 2.a. Análisis de la comunidad

**Análisis general de la comunidad:** Es el proceso que permite el conocimiento necesario del escenario de intervención. En esta instancia el equipo de salud recaba información en cuanto a población (comunidad local), aspectos geográficos, ambientales, sociales, culturales y, por supuesto, sanitarios en general y tuberculosis en particular.

**Análisis institucional y actoral:** Direcciona el análisis de la comunidad hacia el conocimiento de las instituciones y los actores clave que existen en ella, y sus interrelaciones. Permite conocer las capacidades locales. Por ejemplo el FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) es una herramienta útil y conocida.

**Análisis de implicados:** De todo el universo de actores identificados, selecciona aquellos que no serán indiferentes o que se verán afectados por la intervención, discriminando los que se presume serán favorables y de los que se supone serán adversos a la misma.

Algunos elementos metodológicos a los que se puede recurrir en esta instancia son:

- Mapas del escenario de la intervención
- Mapas de relaciones socioafectivas y allegados de confianza
- Listas de instituciones y de actores referentes
- Acceso a la documentación
- Visitas a campo

## 2.b. Sistemas de Información Geográficos (SIG)

Varios de los elementos metodológicos mencionados pueden incluirse dentro de los SIG.

Se denomina SIG a un conjunto de herramientas integradas en un sistema capaz de recolectar, almacenar, analizar y visualizar información referenciada geográficamente. Permite ver la evolución de las redes, la distribución de los casos de tuberculosis y de otras problemáticas, permitiendo mejores estrategias de abordaje.

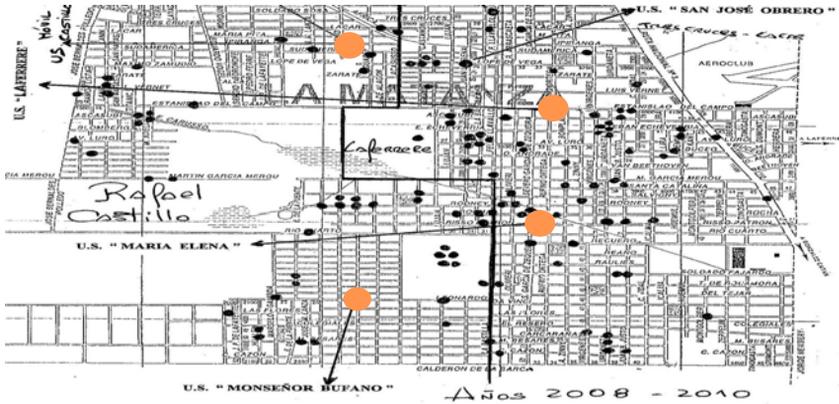
En el siguiente gráfico podemos observar el diseño de un mapa barrial realizado por los mismos integrantes de la comunidad, en el cual se marcaron con distintos tonos el

registro de los casos, los pacientes en tratamiento, los fallecidos, los abandonos, etc. pudiendo evidenciar la zona más crítica. De esta manera, se obtiene un mejor diagnóstico situacional para poder planificar las intervenciones comunitarias más adecuadas.

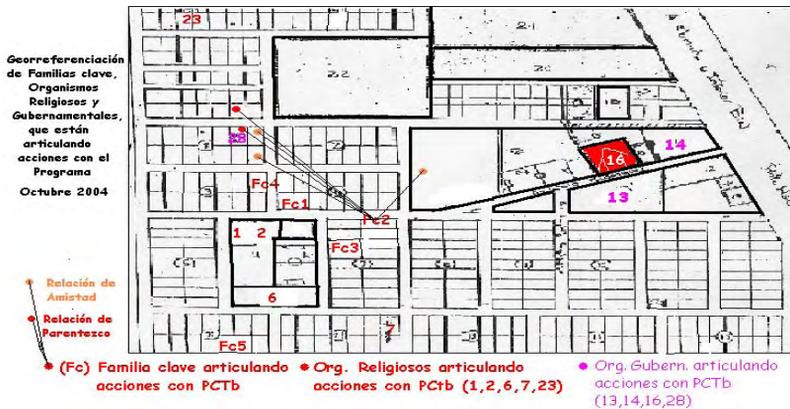


Otro aspecto que se puede abordar es el mapa de las áreas de responsabilidad de una región sanitaria, para desconcentrar servicios centralizados.

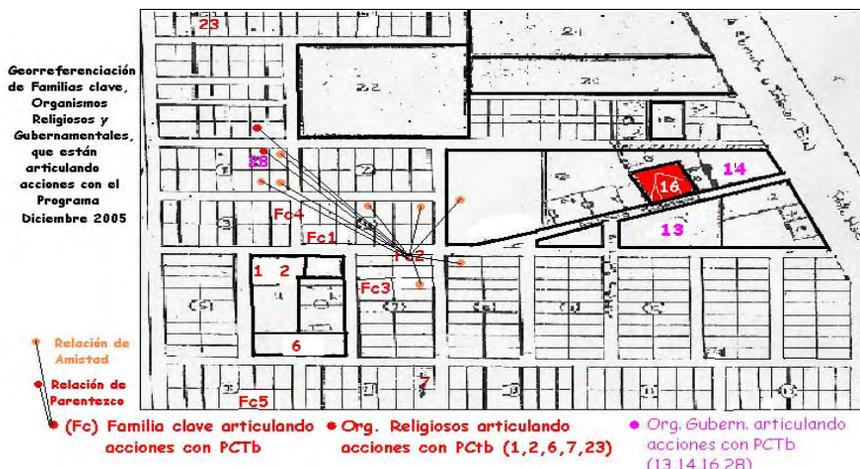
En el siguiente gráfico podemos observar un mapa del Partido de La Matanza, provincia de Buenos Aires, donde se señalan con puntos las georreferencias de los domicilios de las personas que realizaron tratamiento para tuberculosis; y con flechas se indica la posición de las unidades sanitarias periféricas: Monseñor Bufano, María Elena, LaFerrere, San Jose Obrero. De esta manera, se pueden distribuir las acciones según áreas programáticas, sobre todo para realizar la búsqueda de contactos, y trabajar con un orden y una responsabilidad acordes con los equipos de cada lugar, gestionados por los referentes del programa municipal y regional.



También es importante establecer las redes de confianza, que en el caso de la tuberculosis pueden ser los contactos socioafectivos que generan colaboración ante el problema en la comunidad. Los vínculos pueden marcarse con flechas y grosores en base a la representatividad de dichos contactos.



Es importante tener en cuenta que los mapeos forman parte de un proceso dinámico presentando modificaciones acorde a la dimensión cotidiana de la vida de las poblaciones que la comunidad del proyecto va identificando. En el mapa que presentamos a continuación se puede observar como la misma familia extendió las redes y se complejizó en un periodo de 14 meses.



Los modos de graficar son numerosos y varían en orden a los sistemas de información y registro; por ejemplo, se puede contar con un sencillo plano de calles y localizaciones geográficas, construidos entre los actores de la red social de allegados, o bien desde los mapas que los CAPS tienen en orden a las estrategias intervenciones de los agentes comunitarios y los trabajadores sociales. Asimismo, si existen los recursos, se puede disponer de sofisticados sistemas de información para mapear; como por ejemplo lo que aporta la tecnología informática en diferentes versiones, ya sean los sistemas que operan con soporte en línea o los más reducidos que operan en forma local o institucional.

Para que un SIG sirva a la estrategia de la Atención Primaria en Salud en micropoblaciones, el sistema de gestión de información debe activarse cotidianamente con la *captación* comunitaria de la información, pasar por la institución para su *procesamiento* y volver a la población para la construcción de la *intervención* y *evaluación comunitaria* de las problemáticas detectadas.

Como experiencia local podemos nombrar la realizada en la **Provincia de Formosa, Programa Provincial, INER Coni, CAPS Barrio Nam Qom**. Denominada “Experiencia en Participación Comunitaria”, ha sido dirigida a la población toba durante los años 2004-2005. El objetivo fue reforzar el control de la tuberculosis, en un área seleccionada, en base a la elevada magnitud epidemiológica y operacional, con la participación de las redes de confianza en la comunidad.

Es de destacar que aquí utilizaron el mapeo como herramienta de identificación de casos y de redes; priorizaron el vínculo de confianza para el funcionamiento de las redes en colaboración con los trabajadores de salud, en quienes también destacamos el compromiso.

## 2.c. Redes comunitarias

El trabajo de redes nos posiciona para promover en los CAPS esta herramienta que está instalada en las comunidades desde sus orígenes.

La operación en redes de participación comunitaria para el control de la tuberculosis en áreas seleccionadas es una estrategia que construye un sistema operacional; articula estructuralmente las acciones del sistema de atención de salud con los modos de colaboración habituales de la población.

En las comunidades ya están desarrolladas e instaladas las capacidades de respuesta ante los problemas que surgen. Las familias, los barrios, las organizaciones históricamente se despliegan para resolverlos y generar sustentabilidad en el tiempo.

Si bien, en el contexto de APS, la red de atención configura una estrategia, los trabajadores de salud, muchas veces, no asocian el entramado de confianza que fue generando el paciente y su familia antes de llegar a la consulta, intentando resolver el problema por sí mismo.

Cuando se escucha a la gente aparecen estrategias, modos cotidianos y habituales de colaboración basados en la historia del barrio, sus creencias y valores, sus personas y personajes.

Las redes funcionan como estructuras policéntricas configuradas por lazos y nudos que entre ellos prestan funciones de sostén y otras de uniones, de fortalezas, de espacios de apertura, de centros entre otros; en cada uno de ellos, funcionarán los saberes y las posibilidades de participación colaborativa.

El CAPS es uno de los centros cercanos a las poblaciones y, por ello, se relaciona con los intentos de resolver los problemas con la comunidad. Las acciones de los equipos hacen visibles caminos y operaciones que facilitan las interacciones entre los participantes de la red según las tareas, ya que, según el propósito y el lugar, se configurarían los modos de relacionarse.

En cada escenario existen distintos tipos de redes, a saber: redes de profesionales, redes de salud, redes comerciales, redes de residentes de diferentes nacionalidades, redes institucionales, redes vecinales, redes de servicios.

Para conocer cómo se relacionan, ya hemos hablado de la utilidad de la herramienta del mapeo, como parte del sistema de información que se pone en juego ante los abordajes de situaciones problemáticas en el campo de la salud. Mapear las relaciones facilita la aparición de capacidades y competencias con relación a los actores y la eficacia como recursos disponibles.

Desde el punto de vista de nuestras profesiones esto nos hace replantear nuestro poder de trabajo en la estrategia de la APS, ya que nos obliga a considerar en la práctica a la población como aquel actor capaz de intervenir y transformar las situaciones problema, más allá de los saberes disciplinarios.

### 3. El Diagnóstico participativo

Como ya se dijo, aun cuando la idea de intervención provenga de un CAPS, para que se torne verdaderamente participativa, se irá conformando y consolidando en la comunidad de proyecto desde el propio análisis de la comunidad.

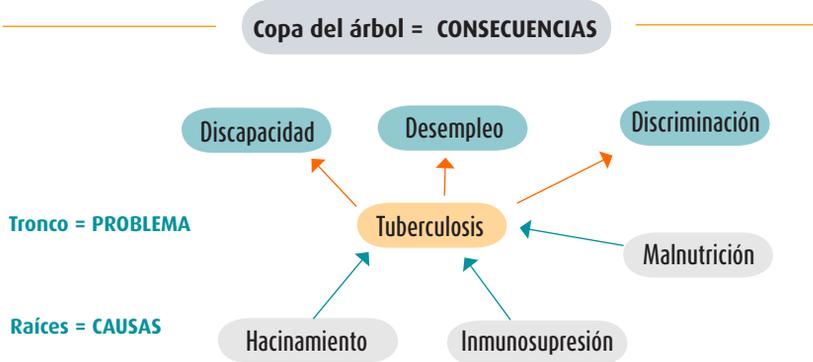
El diagnóstico participativo (DP): Es el resultado de un proceso participativamente planificado y ejecutado que, mediante técnicas de recolección de datos y su procesamiento e interpretación, establece las características, las causas, las posibles consecuencias, y las alternativas de solución de uno o más problemas sentidos, tomando en cuenta los objetivos del programa, las prioridades de la comunidad y los recursos disponibles.

Un diagnóstico será verdaderamente participativo cuando:

- a) *no sólo toma en cuenta el saber técnico en la materia del problema en cuestión (tuberculosis), sino también los puntos de vista, las prioridades y los saberes de la comunidad local;*
- b) *se realiza con plena participación de miembros de la comunidad local integrados a la comunidad de proyecto.*

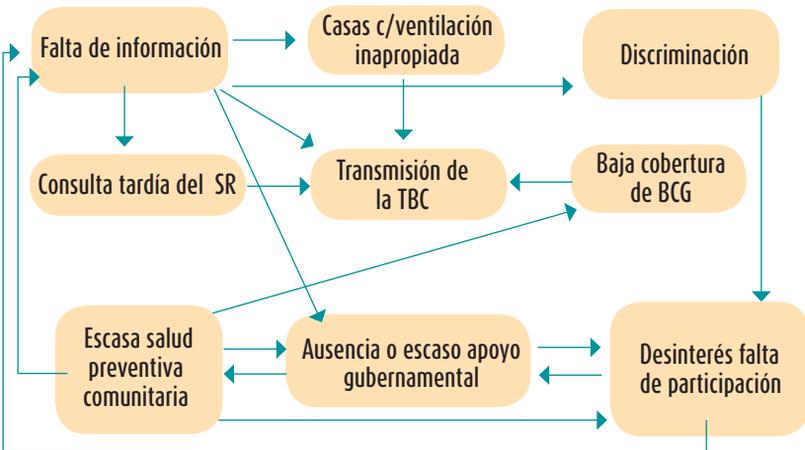
Un primer paso en el proceso del DP será analizar el o los problemas involucrados, su etiología y sus consecuencias.

Una herramienta metodológica usual es el árbol de problemas. Así, nuestro problema central (o troncal), la tuberculosis, reconocerá otro conjunto de problemas que lo originan, y producirá a su vez una cantidad de problemas consecuentes.



Desde una perspectiva sistémica, un instrumento más adecuado es *la red de problemas*, puesto que permite reconocer las retroalimentaciones y las circularidades que se producen entre los diversos problemas.

El siguiente ejemplo muestra una red de problemas en una determinada comunidad



Para decidir las mejores estrategias de intervención, deberemos ponderar cada problema de esta red, siguiendo las siguientes categorías de análisis:

- Qué grado de prioridad tiene para la comunidad.
- Qué grado de coincidencia con las estrategias y las capacidades de cada CAPS tienen; en nuestro caso, qué correspondencia guarda con los objetivos del Programa de Tuberculosis.
- Qué grado de apoyo (político, financiero) pueden recibir en función del análisis institucional y de implicados realizado.
- Qué grado de centralidad tiene en la red, lo cual puede ser evaluado por el número de flechas salientes de cada bloque de ésta.

Cada comunidad de proyecto podrá ponderar a su modo cada una de las cuatro perspectivas (se sugiere emplear una escala numérica del 0 al 5), utilizando una matriz como la siguiente, entendiéndose que es una mera herramienta de apoyo (valores asignados, a modo de ejemplo):

Problema	Prioridad sentida	Vinculo con los objetivos del programa	Apoyo externo	Centralidad en la red de problema	Total (suma o producto)
<i>Problema 1: contagio de tuberculosis</i>	1	5	2	4	12
<i>Problema 2 discriminación</i>	4	1	1	1	7
<i>Problema 3</i>					
...					
<i>Problema N</i>					

Una vez realizado el análisis preliminar de problemas, será necesario salir a campo para ampliar, profundizar y mejorar la calidad de la información.

El DP procura un conocimiento integral de una situación, para poder realizar una intervención.

En líneas generales responderá a los siguientes pasos, que serán decididos y ejecutados participativamente por la comunidad de proyecto (y no sólo por los técnicos de los centros de salud):

- 1- Definición por parte de la comunidad de proyecto, de *qué* se quiere investigar (cuál es el conocimiento adicional que necesitamos). Se trata de formular las preguntas de la investigación.
- 2- Elaboración del plan diagnóstico, el cual se relaciona con el *cómo* obtendremos la información necesaria para responder dichas preguntas. Existen diversas técnicas de recolección de datos (TRD).
- 3- Recolección de datos. Ésta es la parte típica del “trabajo de campo”.
- 4- Sistematización de la información, es decir, su organización en términos que permitan responder a las preguntas planteadas en el punto 1. También es necesario crear instrumentos para el procesamiento de los datos (planillas).
- 5- Interpretación y conclusiones.

#### Existen diversas técnicas de recolección de datos:

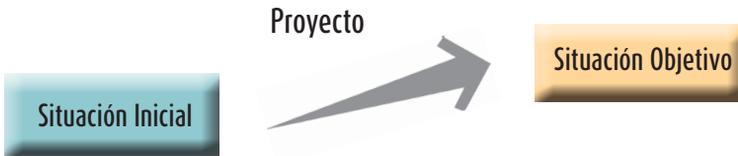
- Encuestas. Permiten sondear opiniones en escalas amplias, aunque no promueven en gran medida la participación.
- Entrevistas personales (por ejemplo a informantes o actores claves)
- Grupos focales (el equipo se reúne con un grupo clave de la comunidad)
- Acceso a la documentación
- Observación directa
- Mediciones

## 4. Formulación del proyecto comunitario

### 4.a. El enlace entre identificación y formulación

Hemos visto en referencia a la etapa de *identificación de un proyecto* que éste surge de las *prioridades definidas con la comunidad a través de su análisis y del diagnóstico participativo*.

El producto final de esta identificación y diagnóstico es una situación objetivo deseada por la comunidad de proyecto; es decir, el colectivo integrado por la comunidad + el equipo de salud, la puede mostrar el siguiente diagrama:



El proyecto es el “puente” que permitirá pasar, de una situación inicial identificada a una situación objetivo, también identificada.

Si bien existen diversas definiciones de proyecto una definición integradora, aplicable a nuestros casos es:

Personas y recursos organizados según actividades orientadas al logro de un objetivo, del cual se espera la mejora de las condiciones de vida de una población y su contexto. Este objetivo se logrará en un plazo acotado, bajo una unidad de gerencia y dentro de un presupuesto determinado. Es, además, un ámbito de aprendizaje de todos los actores.

Es importante analizar la factibilidad y la **viabilidad** del proyecto. Se dice que un proyecto es factible cuando es realizable y se define como viable cuando sus objetivos se sostienen en el tiempo luego de finalizada la intervención.

Algunos de los elementos que habrá que analizar son:

- Apropiación por la comunidad
- Existencia de políticas de apoyo
- Uso de tecnologías apropiadas
- Equidad de género, perspectiva de género
- Sustentabilidad ambiental
- Capacidades institucionales y de gestión
- Sostenibilidad económica y financiera

Un buen diseño de un proyecto implica, además, identificar los factores externos, es decir aquellos que puedan favorecer o interrumpir alguna actividad, resultados o el mismo objetivo del proyecto por más que se cuente con todos los recursos previstos.

Algunos **factores externos** clásicos son:

- Continuidad de políticas y/o respeto de los acuerdos por parte de autoridades y actores implicados
- Situación cambiaria y económica
- Situación social o eventos que interfieren la cotidianeidad de la comunidad
- Factores ambientales
- Supuesto de participación
- Catástrofes o siniestros

#### 4.b. El método de marco lógico

Para orientar la formulación de un proyecto, seguiremos el método de marco lógico. Es un método lineal, hasta cierto punto rígido, que procura asegurar, cumpliendo con la secuencia lógica establecida, se logre el objetivo, tratando de minimizar el riesgo de que los factores externos se den en forma desfavorable.

No obstante es imprescindible recordar en todo momento que las comunidades tienen otras “lógicas”: procesuales, iterativas, de aprendizaje colectivo (factores internos).

### *Objetivos del proyecto*

Gracias a la fase de identificación, se cuenta con una “situación objetivo” buscada. A partir de ella, podremos pasar a definir el objetivo del proyecto.

El objetivo es una “fotografía” de la situación que visualizamos situándonos en el futuro, es decir, un tiempo después de finalizadas las actividades. Responde a la pregunta “¿qué queremos lograr?”

Un aspecto muy importante a tener en cuenta es que el objetivo debe formularse en referencia a la *población objetivo*. Debe expresar el logro o la mejora en las condiciones de vida de ese grupo.

Muchas veces se comete el error de pensar el objetivo en términos de los logros de la organización ejecutora, por ejemplo “el centro de salud promoverá la consulta oportuna de sintomáticos respiratorios”, cuando en realidad un objetivo sería “la comunidad consulta en forma temprana ante síntomas respiratorios”; otro ejemplo sería “el CAPS promoverá campañas de vacunación BCG” cuando en realidad el objetivo sería “los niños recién nacidos están vacunados con BCG”.

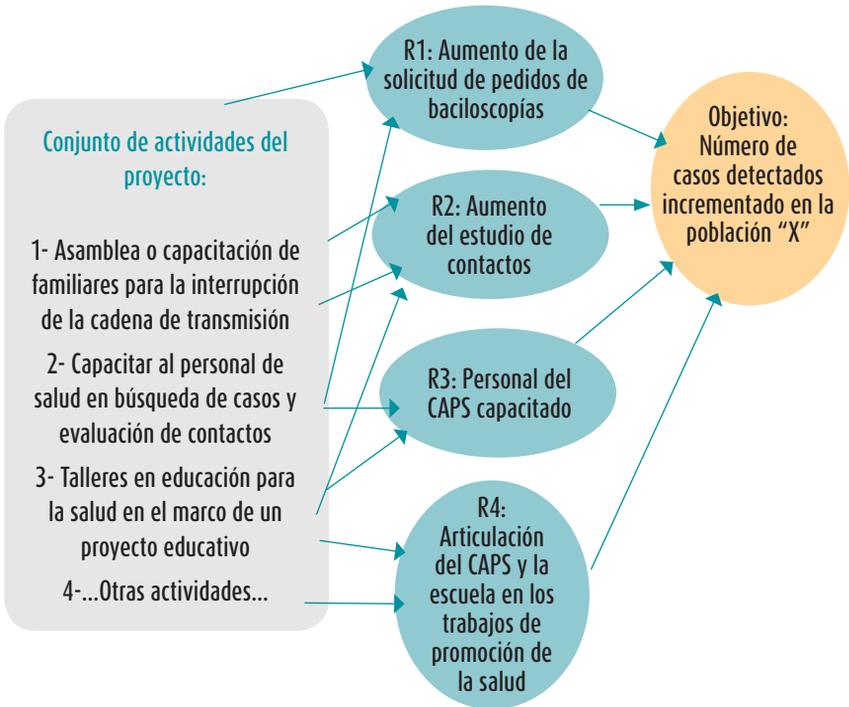
Tampoco deben, en su formulación, incluirse los medios (a través de, mediante), ya que quedarán claros a nivel de las siguientes etapas de formulación (resultados, actividades).

Su forma de redacción es simple. Nos situamos, como ya se dijo, en el futuro (luego de finalizadas las actividades) y decimos qué vemos, en forma muy sinóptica. Una frase del formato **“Tal cosa lograda”** generalmente bastará. No se recomienda entonces el difundido uso de verbos (“impulsar, propender, estimular, favorecer, etc”) ya que introducen vaguedad en la redacción y ponen el énfasis en el hacer y no en el logro.

Es usual en la formulación de proyectos la definición de un objetivo general. Se trata de un objetivo amplio, compuesto por varios aspectos. Puede desglosarse en varios objetivos específicos, teniendo en cuenta que debe haber total correspondencia.

## Resultados

Los resultados, a diferencia del objetivo, se construyen o realizan dentro del plazo del proyecto. Son productos finales de las actividades, que en su conjunto generarán el logro del objetivo.



Como puede observarse, el logro del objetivo puede depender de más de un resultado.

Los resultados pueden ser de *cuatro clases*:

En general los resultados pueden ser de *cuatro clases*:

- ❑ *De obra*: edificios construidos, infraestructura o equipos instalados, obras civiles o mecánicas realizadas
- ❑ *De capacitación*: personas capacitadas (en uno u otro tema). También indirectamente personas informadas, sensibilizadas, etc.
- ❑ *De servicios*: insumos distribuidos o servicios brindados
- ❑ *De organización*: grupos humanos organizados, asociaciones creadas, instituciones formales o informales puestas en marcha por el proyecto.

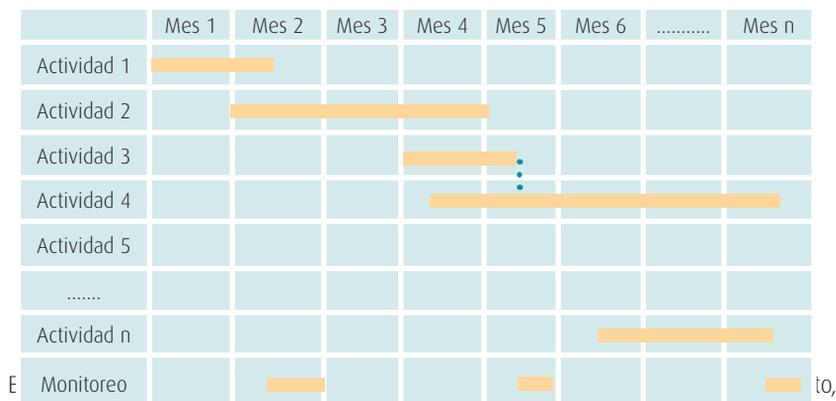
El siguiente cuadro muestra un ejemplo:

Objetivo	Resultados	Tipo de resultado
Número de abandonos de casos disminuido	Equipo de salud capacitados en TAES/DOT	Capacitación
	Centro de Salud acondicionado, con espacio de atención apropiado funcionando	Obra
	Insumos presentes en forma mensual	Servicio
	Red de Familias cooperando para el cumplimiento del tratamiento completo de los pacientes	Organización

## Actividades

Definidos los resultados, sigue prever las actividades necesarias para producir cada

uno de ellos. Las actividades *son conjuntos de acciones organizadas, secuencialmente ordenadas por el proyecto, que permiten obtener los resultados esperados*. Una vez que se evalúan o listan las actividades, se las coloca sobre un *cronograma de Gantt*.



to, pero al ir colocando las actividades con sus duraciones, puede que el plazo global deba extenderse o bien que haya que reducir la duración de ciertas actividades, lo que implicará hacer más intensivos los recursos para ellas.

Debe tenerse en cuenta que existen actividades correlativas (hasta que no finaliza una no puede comenzar la otra, tal como se muestra entre la actividad 3 y la 4) y otras que son independientes o simultáneas.

## Presupuesto

Puede organizarse según cuatro grandes rubros, a saber:

- **Sueldos y honorarios** (Remuneraciones del personal estable afectado al proyecto, Honorarios de contratistas, El trabajo voluntario valorizado, a un costo de la hora acorde a la función)
- **Administración** (Alquileres, Comunicaciones como teléfono, correo, fax, e-mail, etc. Viáticos, transportes, etc.).
- **Insumos** (Todos los materiales que se consumen en el proyecto y que no quedaran al finalizar el mismo: papelería, artículos de librería, artículos de limpieza, etc.)
- **Equipo** (Bienes durables que quedarán al finalizar el proyecto, por ej. computadoras).

Es aconsejable organizarse con una tabla presupuestaria como la que sigue:

Concepto	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	.....	Total x rubro	Org. a cargo
Sueldos y Honorarios.....							Ej. Municipio
Administración							
Insumos...							
Equipo ....							Ej. Donación
Total x mes						Total	

En la última columna de “Organización a cargo” se indica qué organización será referente y responsable de cada uno de los rubros. Es importante valorizar los aportes de la comunidad.

### *Indicadores, índices, metas*

Dentro de la formulación del proyecto aparece también la necesidad de saber si se ha

cumplido o si se está cumpliendo con un objetivo, resultado, actividad, etc. Surge así el concepto de “indicador”. Éstos son parámetros cuantitativos o cualitativos que permiten saber si un nivel del proyecto ha sido logrado o no, y en qué medida.

Los indicadores deben ser coherentes con lo que se quiere averiguar, y también ser independientes. Por ejemplo, si un proyecto tiene como objetivo “Incidencia de la TBC disminuida en la localidad X”, un indicador será “número de casos de TBC notificados”. A su vez, necesitaremos poder cuantificar o definir cualitativamente cómo varía el indicador desde antes del inicio de las actividades, hasta luego de finalizado el proyecto.

También deberemos considerar de qué modo se podrá saber el estado de un indicador o valor de su índice. Esto lo brindarán los diversos medios o fuentes de verificación. Entre ellos podemos recurrir a técnicas de recolección de datos.

Para considerar si el proyecto ha tenido éxito, deberemos relacionarlo con las *metas*; éstas deben estar definidas previamente como los valores mínimos que deben alcanzar los índices luego del proyecto (cuando se trata de cosas deseables) o los valores máximos tolerados (cuando se trate de cosas indeseables o negativas). Por ejemplo las metas del Milenio determinadas por la OMS, indican que se deberá reducir la incidencia de tuberculosis a un 8% anual, y la tasa de mortalidad por tuberculosis, a un 10% anual.

#### **4.c. La matriz de marco lógico**

Puede resultar más práctico volcar lo mencionado anteriormente en una “Matriz de marco lógico”, cuadro que permite analizar sinópticamente la coherencia lógica de la formulación de un proyecto:

NIVEL	LOGICA DE LA INTERVENCIÓN	INDICADORES	INDICES-METAS	FUENTES DE VERIFICACION	FACTORES EXTERNOS
<b>Objetivo del proyecto</b>	Condición futura a lograr que se espera permanezca luego de la intervención				Acciones, decisiones o condiciones externas al proyecto necesarias para lograr el objetivo
<b>Resultados</b>	Productos de las actividades a lograr dentro del plazo de intervención de los que se espera el logro de objetivos				Acciones, decisiones o condiciones externas al proyecto necesarias para lograr los resultados
<b>Actividades</b>	Acciones organizadas y coordinadas tendientes a producir los resultados	Cronograma	NO	Presupuesto	Acciones, decisiones o condiciones externas al proyecto necesarias para realizar las actividades
		Listado de Recursos Materiales			
		Gerencia y procedimientos del proyecto			

Por condiciones previas se entiende una adecuada y suficiente movilización de recursos, y previamente, una adecuada planificación estratégica.

↑  
Condiciones Previas

## 4.d. Evaluación

El monitoreo (evaluación durante) y la evaluación, deberán ser participativamente definidos durante la formulación del proyecto.

Aquí especificaremos tres tipos de evaluación:

- a) "Ex-ante": Permite ver, antes de la ejecución, si la formulación responde al marco lógico y el proyecto es viable
- b) Durante la ejecución, llamada *monitoreo*
- c) "Ex-post", final o de impacto, en distintos momentos luego de la ejecución.

El monitoreo es esencial y debe estar previsto como actividad del proyecto (figurando en el Cronograma Gantt),

El monitoreo y la evaluación final se harán empleando los indicadores previstos.

A veces durante el monitoreo pueden hallarse desviaciones al plan original, lo cual nos podrán llevar a adoptar un plan de contingencia o alternativo ya previsto.

### *La evaluación participativa*

Existen diferentes criterios desde los cuales realizar la evaluación, algunos de ellos buscan verificar lo logrado de acuerdo con la formulación del marco lógico. Aquí avanzaremos, además, hacia una posición que nos permita respondernos las siguientes preguntas: *¿qué estamos aprendiendo?, ¿cómo lo hemos aprendido?, y ¿qué consecuencias tiene este aprendizaje para las condiciones de salud en la comunidad?*

En un proyecto participativo, aparecerán así dos enfoques o miradas distintas y complementarias:

- La mirada orientada a resultados, guiada por indicadores de tipo cuantitativo y/o cualitativo y evaluada técnicamente, que pondrá su acento en el logro de

los objetivos y los resultados del proyecto

- La mirada procesual u orientada a las personas, que pondrá el énfasis en el proceso de aprendizaje, el fortalecimiento o la potenciación de la comunidad, más allá del logro del objetivo o resultados. Recordemos que un proyecto es también un “espacio de aprendizaje de todos los actores”.

### *El documento del proyecto*

Es conveniente contar con un documento que plasme el proyecto formulado, lo cual será útil para los siguientes fines:

- a) Informar a: autoridades, vecinos, organizaciones locales, a fin de que se integren al proyecto o colaboren con él
- b) Buscar financiamiento.
- c) Brindar un documento de referencia a la comunidad del proyecto.

## 5. La participación en las distintas etapas de las acciones comunitarias

Lo que sigue es un ejemplo de cómo la participación puede ser incorporada en el ejercicio integral de nuestro trabajo comunitario. Seguramente, en base a su experiencia, el lector encontrará y recreará nuevas situaciones y vivencias que le permitirán nutrir más dicho trabajo.

### *1 - Recolección de datos y diagnóstico comunitario*

Esta etapa es fundamental no sólo por ser la primera y, por lo tanto, empezar con una metodología participativa, sino también por concebir en sí misma aquello que “les sucede” o, mejor aún, “nos sucede”, aquello que es el problema u oportunidad que motiva el conjunto de acciones a ser concebidas y ejecutadas. Por lo tanto, es el “acto fundacional” mismo de la participación en el proyecto que acaba de comenzar. La actitud que motiva al trabajador de salud es auto-reflexiva, reconociendo que de ninguna manera podrá concebir la realidad solitariamente, sino junto con las personas afectadas por el problema a resolver o situación a mejorar.

En la primera etapa, durante la recolección de datos, se pueden elegir instrumentos que por su naturaleza promuevan más la participación que otros, por ejemplo una entrevista es más participativa que una encuesta. Y cuando se utiliza la técnica de grupos focales, la obtención de datos puede darse a partir de distintas miradas.

Otra forma de comenzar con un enfoque participativo, en la medida de lo posible, es incorporar a miembros de la comunidad de proyecto en los equipos de recolección de datos. Esto puede ofrecer ventajas y dificultades según el caso particular de cada acción comunitaria. En muchas ocasiones las encuestas son realizadas por los agentes sanitarios que viven en la misma comunidad que se va a entrevistar, y esto genera, en algunas personas, un estigma de falta de resguardo de la información. Esto genera, como consecuencia, mala voluntad para contestar las preguntas o la falta de veracidad en la información brindada.

## *2 - Participación en la formulación y ejecución de acciones*

En las situaciones en que, por distintas circunstancias, no se ha podido comenzar con un proceso participativo desde el diagnóstico, será de vital importancia tratar de hacerlo en este momento, para el diseño de las acciones concretas que producirán el cambio de aquello que es el problema a resolver. Debe quedar en claro, no obstante, que es el propio diagnóstico el momento preciso para poner en marcha el proceso participativo, por ser la génesis del proyecto, la “raíz del árbol”.

Cuando la participación comienza en esta segunda instancia, deberíamos asegurarnos de que aquello que fue diagnosticado como problema o situación a mejorar, y no ha sido construido colectivamente, sea apropiado y comprendido por todos. En esta etapa es necesario, tanto para la formulación como para la ejecución, que los equipos de trabajo estén integrados por miembros de la comunidad de proyecto.

La mirada mixta, interna y externa, sobre el problema diagnosticado nutrirá de mayor riqueza la creatividad grupal para construir un diseño de acciones que procure el cambio con raíces históricas y culturales propias de la comunidad. También facilitará aspectos prácticos, logísticos, comunicacionales y afectivos.

## *3 - Seguimientos comunitarios participativos*

La plena participación de miembros de la comunidad en el seguimiento, en el acompañamiento de las acciones tiene una importancia crucial, permitiendo recrear y, de ser necesario, modificar el diseño (dentro de los límites y las posibilidades acordadas con otros actores, como el gobierno o eventuales financiadores externos), y brinda una oportunidad de efectiva incidencia en la ejecución del proyecto para quienes no estuvieron en su génesis, diagnóstico o formulación.

Constituye un ejercicio de “democracia participativa” donde la comunidad posee efectivo control sobre unas acciones que se dirigen a la mejora de sus propias condiciones de salud y de vida, y un momento clave para el aprendizaje, ya que aún se está a tiempo de que de dicho aprendizaje surjan decisiones que modifiquen y mejoren el plan inicial.

#### *4-Evaluación y participación*

Tanto en el comienzo, como durante y al final del proyecto, es posible incorporar ampliamente la participación en la evaluación.

La participación se transforma en un valor que nutre cada una de las etapas de trabajo de la comunidad de proyecto (equipo más miembros de la comunidad local) y la metodología consultiva es la mejor manera de gestionarla. Lo importante es que la propia comunidad se plantee qué es lo que desea saber o aprender de la experiencia. También podríamos evaluar el grado de apropiación del proyecto por parte de los participantes o el grado de involucramiento en la ejecución de las acciones.

En el diseño inicial de la evaluación del proyecto, el equipo puede elegir indicadores accesibles y claros para la propia comunidad que requieran de fuentes de verificación (procedimientos para conocer el estado de los indicadores) basadas en instrumentos de recolección de datos más participativos y fijar metas que satisfagan tanto los niveles sanitariamente recomendables como el sentir comunitario.

Así la construcción misma de los indicadores, respetando la naturaleza de los objetivos o resultados, puede incorporar distintos grados de participación. Hay indicadores consensuados a distintos niveles, nacional e internacional, que podrán aceptarse y adoptarse participativamente y otros que podrán ser diseñados en forma participativa por el grupo involucrado.

Como ejemplo podemos tomar la evaluación de contactos, como indicador de control de foco de infección, usando la tarjeta de tratamiento como medio de verificación. Si está registrado, se notifica como que fueron evaluados y, si no, se considera que no fueron evaluados, por más que el profesional diga que sí. Éste sería un ejemplo de un indicador consensuado desde el Programa Nacional. Ahora bien, se podrá diseñar otro indicador para el mismo fin, como por ejemplo el número de visitas domiciliarias realizadas para evaluar a los contactos, pero este indicador deberá consensuarse dentro del equipo de trabajo y no necesariamente deberá extenderse su uso a otros CAPS.

## Anexo 1

### Un caso para pensar en equipo con la comunidad

Ejercicio: Un drama real: un año de omisiones

Extraído del Curso a distancia de Tuberculosis Epidemiología y Control. INER "Dr. E Coni" – ANLIS "Dr. C. G. Malbrán" 2009 Capítulo IX Comunicación en tuberculosis

Agosto	<p>L. G. , tiene 18 años, vive en una villa de emergencia en Santa Fe, vino del Chaco hace 7 años. Está embarazada de 4 meses y tiene dos hijos más. Su rancho apenas si tiene puertas, de noche tiene que prender el brasero, para dar un poco de calor, se llena de humo y toda la familia tiene tos. En sus embarazos anteriores le informaron la importancia de realizarse controles periódicos.</p> <p>La primera vez concurrió a la salita del barrio sin que la vengan a buscar. La atendió el Dr. M., que es muy joven y conversador.</p> <p>Le preguntó sobre su vida, los embarazos anteriores, la pesó, le midió la panza, al escucharla toser le dijo que se abrigara bien y tratara de no usar más el brasero porque era peligroso. Le pidió análisis de sangre, le dijo cuando tenía que volver y anotó todo en una ficha</p>
Septiembre	<p>En la visita siguiente el Dr. M. la vuelve a pesar, a medir la panza, conversan. L. G. le dijo que ya no usaba el brasero porque no hacía tanto frío, que la tos continuaba y tenía un poco de catarro.</p> <p>El Dr. M. le indica un jarabe y comprimidos de amoxicilina cada 8hs</p>
Octubre	<p>Al mes siguiente, el Dr. M. comprueba que L.G. había engordado poco y seguía con tos.</p> <p>Le explica la importancia de alimentarse bien y como no había curado su bronquitis le cambió el antibiótico por otro más fuerte, claritromicina cada 12hs. durante 5 días, asegurándole que iba a andar bien</p>
Noviembre	<p>En el control siguiente el Dr. M. no estaba y la atiende el Dr. G. que estaba muy apurado, apenas la miró, la revisó rápido y no le habló como el otro.</p>

Enero	<p>En enero llegó el momento del parto. L. G. fue al hospital. La obstetra que la atendió le pidió el carné donde figuraban los controles. Comprueba que habían sido normales pero le llama la atención el poco aumento de peso y la bronquitis que aún continuaba. Le explica que después que tenga su bebé deberá consultar al clínico por esa tos y catarro. El parto fue normal, rápido. La niña peso 3.500gr.</p> <p>La dieron de alta, el domingo por la mañana con la indicación de regresar el lunes para ser vacunada con BCG y pedir turno con el clínico.</p> <p>Los días siguientes Laura no tuvo plata para ir al hospital, por eso una semana después fue a la salita del barrio y la enfermera le dijo que solamente los viernes vacunan con BCG. Cuando la niña fue vacunada ya tenía 12 días de vida.</p> <p>L. G. seguía con tos, que no la dejaba tranquila, aún cuando le daba el pecho a su bebé. En ese momento trataba de toser para otro lado, no sobre la carita de la nena.</p> <p>En la salita la controlaba la Dra. S., quien le indicó todas las vacunas y la nena se criaba bien.</p> <p>Una de las tantas veces que concurrió a la salita, la enfermera la escuchó toser y le dijo que fuera al Hospital a hacerse un análisis de catarro y radiografía de tórax.</p>
Abril	<p>L.G. pudo ir al Hospital recién en el mes de abril. Estaba muy delgada, tosía permanentemente, a veces escupía sangre y transpiraba mucho a la tarde aunque no hiciera calor.</p> <p>La internaron, la atiende la Dra. Q. , le hicieron baciloscopia y radiografía. El resultado fue positivo, le explicaron que tenía tuberculosis y que debía ir a tomar los medicamentos todos los días en la salita.</p> <p>L.G. concurría todos los días a la salita a tomar los remedios y la enfermera marcaba en una tarjeta unas cruces</p>
Junio	<p>Dos meses después, en uno de los controles en el hospital, le preguntaron si habían examinado a los niños. L.g. contestó que no y la Dra. Q. le manda una nota a la Dra. S. de la salita para que realice el control de los contactos</p>
Julio	<p>Los niños se controlaron en julio. La bebé tenía 6 meses, la Mantoux le dio 5 mm y la radiografía resultó anormal por lo cual la Dra. S. la envió al Hospital de Niños.</p> <p>L.G. consiguió el turno cinco días después, su hija tenía tos, fiebre, decaimiento, comía muy poco, vomitaba y transpiraba mucho. Quedó internada en el Hospital de Niños donde le empezaron tratamiento con suero y antibióticos. Como L.G. les dijo que ella estaba en tratamiento por tuberculosis, a la nena le realizaron un lavado gástrico.</p> <p>Después de 5 días con antibióticos comenzó con convulsiones, se sospecha meningitis tuberculosa, la pasan a terapia intensiva y comienzan con el tratamiento para tuberculosis con 4 drogas (H/R/Z/S). Un mes después la nena regresa a su casa con una secuela neurológica, confirmada por bacteriología del LCR meningitis TB</p>

## Cuestionario para pensar y debatir entre todos:

1-¿Qué observaciones haría sobre los servicios de salud que intervinieron y el personal que atendió la paciente? Analice en forma cronológica cada uno de los efectores intervinientes

2-¿Cuál podría ser la red de confianza de esta paciente? ¿En qué hubiese cambiado la aplicación de esta estrategia?



## Anexo 2

### Artículo de interés

Discurso del Director General de OMS, H. Mahler. Aparecido en el primer número de la gaceta La Educación para la Salud en 1985 publicada por esa organización.<sup>7</sup>

“La salud mundial sólo mejorará cuando los propios interesados participen en la planificación, aplicación y toma de decisiones acerca de su propia salud y de la comunidad. No obstante, esta participación dependerá de: ¿Hasta qué punto estamos realmente interesados en involucrar a los individuos, a sus familias y comunidades? ¿Estamos preparados mental y profesionalmente para escuchar lo que les interesa, aprender de ellos lo que consideran importante y compartir la información apropiada, animarlos y apoyarlos? ¿Estamos listos para ayudarles a escoger entre soluciones posibles, establecer sus propios objetivos y evaluar sus esfuerzos?”

Hasta ahora, en muchos casos, la respuesta es no. Nosotros podemos seguir desarrollando planes, pero nada sucederá a menos que el personal de salud, y profesionales claves de otros sectores lleguen a darse cuenta de lo que está en juego.

7. Extraído del Curso a distancia de Tuberculosis Epidemiología y Control. INER Dr. E Coni ANLIS Dr. C. G. Malbrán 2009 Capítulo IX Comunicación en tuberculosis

Para obviar estos obstáculos son necesarios tres requisitos fundamentales:

Primero, el personal de salud debe comprender que el concepto de atención de salud implica asumir un compromiso. No solo debemos estar interesados en el control de enfermedades sino también en el fenómeno y atención de la salud en el desarrollo en general; y por lo tanto de los individuos involucrados. Nuestra tecnología de salud debe estar basada en lo que ellos mismos quieren y necesitan. Debemos dejar de tratar de adaptar las comunidades a sistemas y programas que proyectamos sin un sentido real y profundo de los aspectos sociales, sin mencionar el hecho de la existencia de una disonancia cultural que es a menudo causa de una reacción contraria a tales programas. Segundo, el personal de salud debe aceptar sus nuevas funciones, aún más, deben estar motivados para ensayarlas, adaptarlas, ampliar sus alcances e innovar la perspectiva de trabajo en grupo. Su principal preocupación debe ser el encontrar las maneras de ayudar a los individuos y comunidades a llegar a ser autorresponsables. Tanto profesionales como no profesionales son imprescindibles. No pueden excluirse mutuamente sino que deben trabajar juntos.

Tercero, el personal de salud debe tener la capacidad necesaria para poner en práctica sus nuevas funciones de una manera efectiva y hacer un uso eficiente de los conocimientos ya existentes. Esto exige una capacitación continua que esté al tanto de la experiencia acumulada y brinde la calidad de preparación o los saberes que se requieren para un eficiente desempeño de sus funciones”.

## Bibliografía

**Allen Grason, Holly; Guyer, Bernard.** "Resource Guide to Concepts and Methods for Community-Based and Collaborative Problem Solving", Women's and Children's Health Policy Center. Department of Population and Family Health Sciences Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. June 2000.

**Ander Egg, Ezequiel.** Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. El método del desarrollo de la comunidad. Lumen, Buenos Aires, 33era edición, 2000.

**Ander Egg, Ezequiel.** Métodos y Técnicas de Investigación Social. Lumen Humanitas, Buenos Aires, 2003.

**Anello, Eloy; Barstow de Hernandez, Joan.** Participación Comunitaria. Universidad Nur - ISER. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 1991.

**Anello, Eloy ; de Hernández, Juanita.** Educación Potencializadora. Modulo 1. Universidad Nur. Santa Cruz, Bolivia, 1997.

**Bertucelli, Sebastián y col.** "De la epidemiología a la endoepidemiología: La investigación epidemiológica en el trabajo comunitario." En Modelos de Psicología Comunitaria para la Promoción de la salud y prevención de enfermedades en las Américas. OPS/OMS serie paltex Salud y Sociedad 200, N°7, 2000.

**Breilh, J.** "Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Guía pedagógica para un Taller de Metodología (Epidemiología del Trabajo). Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). Serie "Epidemiología Crítica" N° 3, Ecuador, 1995.

**Capalbo, Lucio (Compilador); Jordi de Cambra; Edgar Morin et al.** El Resignificado del Desarrollo. CICCUS - UNIDA, Buenos Aires, 2008.

**Capra, F.** "La trama de la vida". Anagrama, Barcelona, 1988.

**Darnaud, Raquel; Dato, María Isabel et al.** Promoción del Control de la Tuberculosis. Guía Práctica. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni. Octubre de 2008.

**Elizalde, Antonio; Max Neef, Manfred ; Hoppenhayn, Martin.** Desarrollo a Escala Humana: una Opción para el Futuro. Nordan - Redes, Montevideo, Uruguay 1991.

**El Troudi, Haiman; Harnecker, Marta; Bonilla-Molina, Luis.** Herramientas para la Participación. FIDES / FONACIT / Ministerio de Participación Popular y Desarrollo Social / Universidad Bolivariana de Venezuela / Misión Cultura - CONAC, Venezuela, 2005.

**Gálvez, Raúl; Irazola, Jorge.** El árbol de la transformación. Manual de metodologías participativas para agentes de salud comunitaria. Medicus Mundi, Ceiba Salud y Desarrollo y Médicos del Mundo Argentina, Abril 2006.

**Gatti, Carlos E; Villalba, Rosa S; Molina, Gabriela y col.** Programa Médicos Comunitarios. Salud y Participación Comunitaria. Módulo 7 del Posgrado en Salud Social y Comunitaria para los equipos de salud del primer nivel de atención. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, República Argentina, 2009.

**Grodos, D; de Béthune, X.** "La intervenciones sanitarias selectivas: Una trampa para las políticas de salud del Tercer Mundo. Traducido de Soc. Sci. Med. Vol. 26, N° 9, 1988. En Cuadernos Médicos Sociales, n°46, 1988.

**Instituto de Enfermedades Respiratorias - INER "Dr. Emilio Coni"** Normas técnicas del Programa de Control de Tuberculosis", 2006 (en prensa).

**Kelly, J. G. et al.** "Psicología Comunitaria. El enfoque ecológico-contextualista". Centro Editor de América Latina S.A. 1992.

**Kroeger, A.; Luna, R. (comp.)** "Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos" OPS/OMS Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud N° 10, 1987.

**Mac Daniel; Campbell; Seaburn.** Orientación Familiar en Atención Primaria, Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Editorial Springer- Verlag Ibérica. Edición en Español, 1998.

**Maniei, Haleh; Capalbo, Lucio.** La Expresión Social de la Conciencia Planetaria. Reflexiones acerca de los Procesos de las Organizaciones de la Sociedad Civil. CICCUS - UNIDA, Buenos Aires, 2007.

**Mele, Daniela; Casullo, Carolina.** Manual de promoción de la salud: experiencias provinciales. 1ª ed. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, República Argentina, 2010.

**Mitzberg.** "La estructuración de las organizaciones" Editorial Ariel Barcelona, 1991.

**Montero, Maritza.** Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos Paidós. 1era edición 2004. Buenos Aires.

**Olcese, Martín.** "Participación Comunitaria en Programas de APS", tesis de Maestría en Salud Pública. UNR, 2004.

**Olcese, Martín.** "Participación Comunitaria en el Control de la Tuberculosis en Comunidades Aborígenes de la Provincia de Formosa". Informe técnico presentado en la XXXVIª Reunión del Consejo Confederado de Control de la Tuberculosis. INER "Dr. Emilio Coni", Santa fe, 2004.

**Olcese, Martín.** Participación comunitaria. Documento Técnico INER "Dr. E. Coni" CAPTB. Doc. Tec. 07/06

**OPS/OMS** Documentos del "Seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología. Buenos Aires (Argentina)" Publicación N° PNSP 84-87, 1984.

**OPS/OMS** "Investigaciones sobre servicios de salud. Una Antología" Publicación científica N° 534, 1992.

**OPS/OMS.** "Uso de los Sistemas de Información Geográfica en Epidemiología" Boletín epidemiológico Vol. 17, N° 1, 1996.

**OPS/OMS.** Planificación Local Participativa. Metodología para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Serie Paltex, Washington, DC, 1999.

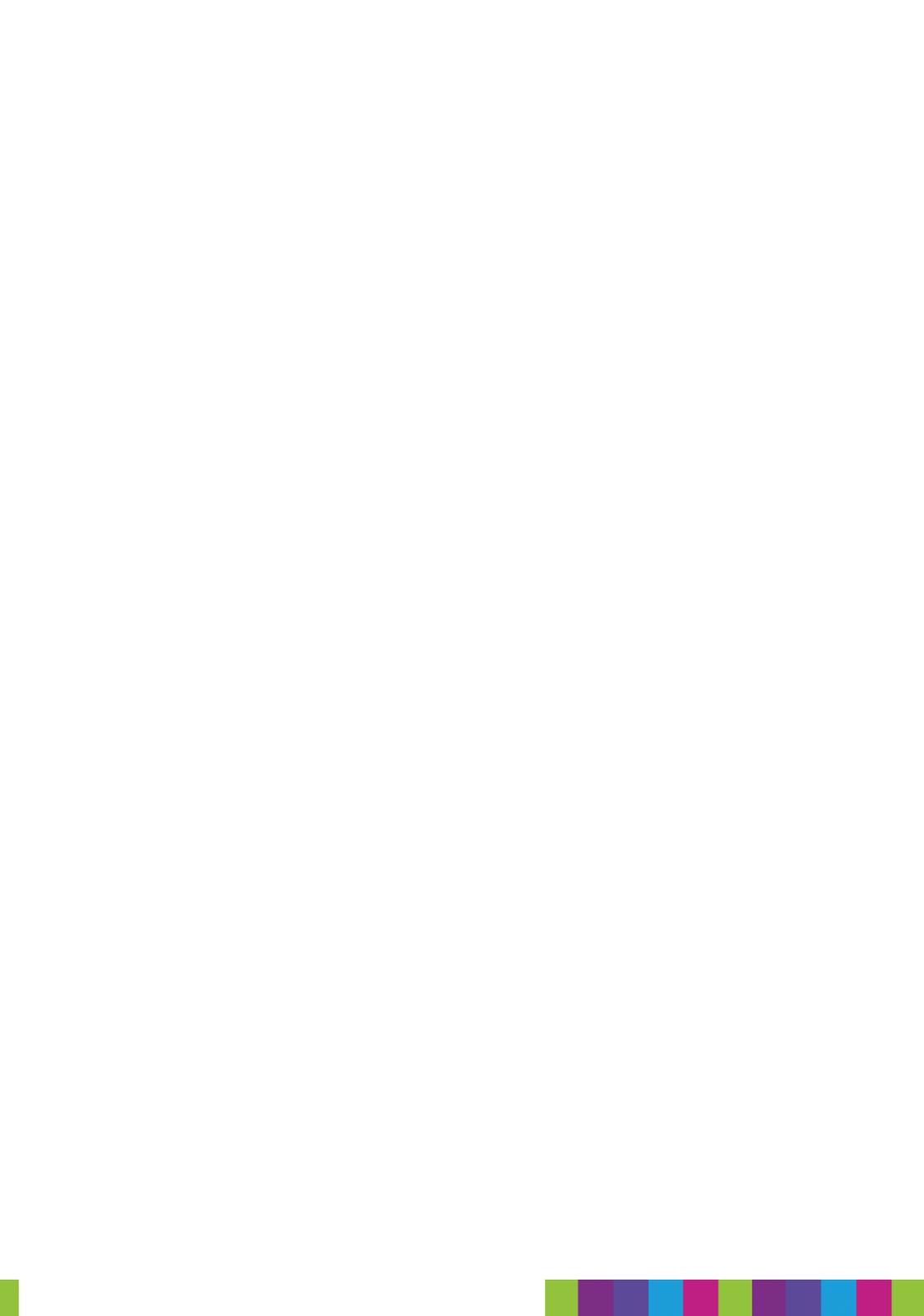
**OPS/OMS.** Documento de Referencia. "Participación Comunitaria en Programas de Prevención y Control de Dengue y de la FHD", 2001.

**Paganini, J.M.; Capote Mir, R. (comp.).** "Los Sistemas Locales de Salud". Washington. OPS. 1990.

**Saforcada, E.** "Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud" Plados. Buenos Aires, 1999.

**Siede; Roa; Ruiz.** Medicina Familiar. Hacia un nuevo modelo de atención de la salud. Principios y herramientas. Akadia, Buenos Aires, 1997 Buenos Aires.

**Watzlawick, P. (comp.)** "La realidad inventada. ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?" Gedisa Editorial, 1990.





República Argentina   
[www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)

Avenida 9 de Julio 1925 • Buenos Aires • Argentina



Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación