

Diagnóstico participativo de salud en usuarios de un programa de hipertensión arterial^a

Martha Cecilia Ramírez G.^b, María Victoria López L.^c, Dora Lucía Gaviria N.^d

RESUMEN

Se presentan los resultados de la investigación realizada en un Programa de salud para hipertensos de un barrio popular de Medellín en el 2003.

Objetivo: Obtener conocimiento de procesos protectores y deteriorantes, determinantes en las condiciones de salud de 160 usuarios del Programa.

Metodología y materiales: El estudio es descriptivo-transversal e integra técnicas cualitativas y cuantitativas para explorar las condiciones de salud y las percepciones que usuarios y actores de la comunidad tienen de la hipertensión. Se parte de elementos teórico-metodológicos de la epidemiología crítica y del monitoreo epidemiológico.

Resultados, discusión: Se destaca la influencia del contexto socio-económico y político en el proceso de salud-enfermedad y el impacto negativo de la reforma en salud en los programas de prevención. Sobresale la valoración que los usuarios hacen de las instituciones barriales y del Programa como escenario de encuentro y refugio ante la soledad y el dolor; y las carencias de redes sociales de apoyo y el débil acompañamiento familiar en el cuidado de los enfermos.

Conclusiones: El 83% de los usuarios son mujeres de la tercera edad. En su mayoría (85%), corresponden al estrato bajo y más de 50% no estaban vinculados a ningún régimen en salud, lo que contribuyó a los procesos deteriorantes de la salud que requieren ser intervenidos colectivamente con el monitoreo epidemiológico.

Palabras clave: Monitoreo epidemiológico, hipertensión, participación comunitaria.

Cómo citar este artículo:

Ramírez G. MC, López L. MV, Gaviria N. DL. Diagnóstico participativo de salud en usuarios de un Programa de hipertensión arterial. *Invest. educ. enferm* 2006; 24(1): 16-25.

Recibido: 23 de enero de 2005
Aprobado: 1 de marzo de 2006

INTRODUCCIÓN

Con este artículo se busca compartir una experiencia investigativa realizada en una zona popular de la ciudad de Medellín, Colombia, con base en la propuesta teórico-metodológica de monitoreo epidemiológico, entendido éste como un proceso continuo y permanente de identificación, análisis, interpretación e intervención de los problemas de salud y de sus determinantes. Además, como proceso centrado en la participación, el monitoreo epidemiológico trata de dinamizar las interrelaciones de los distintos actores del desarrollo de la comunidad y permite develar el papel facilitador que cumplen los agentes de salud, centrado en el análisis de las condiciones de salud, porque tiene además en cuenta la perspectiva subjetiva de los usuarios de los servicios, sus percepciones, demandas y las explicaciones que ofrecen a la realidad vivida en el contexto social y de los servicios de salud.

a Este artículo es producto de la investigación: "Diagnóstico participativo de salud con usuarios de un Programa de hipertensión arterial", realizada entre septiembre de 2002 y diciembre de 2003. Financiada por el CODI, Universidad de Antioquia.

b Enfermera Magister en Epidemiología y Magister en Orientación y Consejería. Docente de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: marthac1@epm.net.co.

c Socióloga, Magister en Medicina Social. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Coordinadora de la Maestría en Salud Colectiva Universidad de Antioquia. Correo electrónico: mvlopez@carios.udea.edu.co.

d Enfermera especialista en Epidemiología, Magister en Salud Colectiva. Docente de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: dgaviria@tone.udea.edu.co.

Participative health diagnostic experience with an arterial hypertension program users

Martha Cecilia Ramírez G., María Victoria López L., Dora Lucía Gaviria N.

Según Breilh¹, el monitoreo en salud es un proceso crítico sobre una necesidad social insatisfecha, sobre los logros de la acción popular, sobre determinantes y expresiones de salud, como parte de un proceso de planeación estratégica centrado en la colectividad y que permite su evaluación. Esta metodología, propia de la epidemiología crítica, amplía el concepto de la epidemiología clásica, porque abarca aspectos como los modos de vida y los comportamientos humanos, la producción de los servicios, el análisis de casos centinela y de estadísticas vitales.

Dicho desafío conceptual y práctico requiere trabajo interdisciplinario y participación comunitaria, por la complejidad y la gran incertidumbre de los procesos sociales, elementos constitutivos de este proyecto investigativo que busca rescatar la voz de los actores —equipo de salud, usuarios y líderes comunitarios— en el escenario de los programas en salud.

En este sentido, como construcción colectiva, los participantes identifican y analizan los procesos protectores y deteriorantes de su salud, el funcionamiento del Programa y de la Unidad de Salud, y plantean alternativas de solución para los problemas priorizados. Siguiendo los postulados de la epidemiología crítica² se retoman como referentes teóricos la integración de determinantes generales, particulares y singulares en el proceso salud-enfermedad. En el nivel general del análisis se definen los procesos donde se estructuran las relaciones macro-sociales; allí se incluyen condiciones económicas, sociales y políticas, relacionadas de manera directa con la vida de los individuos

ABSTRACT

This article displays the results of an investigation about a popular District Health Program in Medellín carried in 2003.

Objective: To obtain knowledge of protective processes and deteriorating determinants in the health conditions of 160 users of the program.

Methodology and materials: The study is descriptive cross-sectional. It integrates some qualitative and quantitative techniques to explore the conditions of health and the perceptions that users and community actors have in relation to hypertension. Theoretical-methodological elements of critical epidemiology and epidemiological monitoring were applied.

Results, discussion: The influence of the socioeconomic and political context in the health-disease process and the negative impact of the Health Reform in the prevention programs are stressed. It highlights the valuation of the users regarding the suburban attention centers and the Program as encounter and refuge scenario against solitude and pain, the deficiencies of the social support networks and the weak familiar support in the care of the patients.

Conclusions: 83% of the users are women of the third age, their majority (85%) belongs to the low layer, but 50% of them were not tied to any Health Regime. That explains the destructive processes of their health which should be intervened by epidemiological monitoring.

Key words: *Epidemiologic monitoring, hypertension, communitarian participation.*

y los colectivos. Los procesos particulares se desenvuelven en niveles más específicos, como grupos sociales y territorios, y expresan condiciones mediadoras entre lo macro y lo micro-social. En lo singular, se condensan procesos relacionados con el genotipo y el fenotipo, entre los que se destacan la historia familiar y personal, los estilos de vida y los padecimientos particulares, entre otros.

En tal sentido, la hipertensión arterial (HTA) no se asume como una enfermedad más, sino como una expresión en lo biológico, lo psicológico y lo social, de procesos protectores y deteriorantes, subsumidos en un contexto con características propias desde lo económico, lo político y lo

social. Es así como en el grupo de los usuarios del Programa de Prevención y control de HTA se analizaron características homogéneas y disímiles, que es preciso tener en cuenta en el momento de reconstruir lo que afecta su salud y bienestar.

Las enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares, entre ellas la hipertensión arterial, ocupan los dos primeros lugares por su frecuencia en el mundo, y constituyen las primeras causas de muerte prematura en adultos en la región de las Américas. En Colombia, según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades Cardiovasculares, (ENFREC)³, la prevalencia de hipertensión arterial en la población adulta es del 12.3% y la mortalidad atribuible a la misma causa del 8.1%; por ello, es un padecimiento que requiere ser priorizado en las políticas y programas de salud.

La relevancia desde lo epidemiológico y desde la organización de los servicios de salud evidencia que el fortalecimiento de los programas de protección específica de enfermedades crónicas y degenerativas, debe contemplar la implementación de políticas sostenibles en salud⁴, desde la financiación y el acceso equitativo a todos los usuarios, hasta los procesos del aseguramiento, la política nacional de medicamentos y de los componentes del Plan Obligatorio de Salud⁵, en los cuales el acceso tecnológico sea una realidad al servicio de la calidad de vida y la disminución de complicaciones en la población atendida.

En este sentido, la realización de un diagnóstico participativo de salud de las personas del Programa de prevención y control de la hipertensión arterial, además de servir de base para el monitoreo epidemiológico, permite conocer y analizar las condiciones de salud de los usuarios en una forma participativa, que redimensione las relaciones con los servicios de salud y empodere a los grupos para comprender e intervenir sus necesidades y problemas en salud, determinados por un contexto político, económico y social complejo.

El escenario de esta investigación se dio en el Programa de prevención y control de hipertensión arterial de una unidad de salud de Medellín, en donde la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia tiene convenios docente-asistenciales que posibilitan el intercambio de conocimientos y experiencias relacionadas con el cuidado de la salud a individuos y colectivos, entre los docentes, los estudiantes, los integrantes del equipo de salud y los profesionales de enfermería, con algunos líderes comunitarios y usuarios de los programas.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo transversal, que tiene en cuenta elementos teórico-metodológicos de la epidemiología crítica⁶, la cual busca recuperar la contradicción entre lo saludable —disfrute de valores de uso— y lo destructivo —procesos deteriorantes o contravalores— que constituyen la esencia del proceso salud-enfermedad, y que se expresan en los dominios de lo general, lo particular y lo singular, en los individuos y los colectivos.

Población: 160 personas, que en el momento de la investigación eran usuarias del Programa de Prevención y Control de Hipertensión Arterial de la Unidad de Salud.

Gestión de la información: Planeación: Se hizo un acercamiento entre los directivos de la Unidad, el equipo de salud y los usuarios del Programa, dándoles a conocer a estos últimos los objetivos, el proceso investigativo, los componentes administrativos y éticos del estudio.

Génesis de la información: Caracterización de los integrantes del Programa: Se entrevistó a cada uno de los integrantes del Programa, para el conocimiento de algunas variables sociodemográficas como: edad, sexo, nivel educativo, estrato socioeconómico, ingresos mensuales, estructura familiar, régimen de adscripción en salud, entre otras; y de algunas variables epidemiológicas singulares como: antecedentes de la enfermedad, factores de riesgo, enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial, percepción del Programa y participación en las actividades educativas.

- Se llevo a cabo una revisión de las historias clínicas de los usuarios para obtener información complementaria acerca de su estado de salud. Los datos obtenidos fueron analizados utilizando indicadores epidemiológicos y de estadística descriptiva.
- Reconocimiento del contexto. Se realizaron entrevistas colectivas a algunos líderes comunitarios de la zona, representantes de la Liga de Usuarios, integrantes del equipo de salud y algunos líderes del Programa. Estas entrevistas contemplaron categorías referentes a la situación socioeconómica, organización y participación social, servicios de educación y salud, entre otras. De igual forma, a los logros, las limitantes y el funcionamiento del Programa en la Unidad de Salud. Además, para el reconocimiento del

contexto y de los procesos protectores y deteriorantes, se revisaron los estudios sociodemográficos y de salud de la zona y se realizaron entrevistas colectivas con una guía preelaborada, haciendo grabación y transcripción de cada una de éstas.

El análisis de las entrevistas colectivas se llevó a cabo con apoyo de las propuestas de “análisis de discurso”, las cuales permiten identificar categorías y construir tendencias analíticas. El análisis de esta fase cualitativa se realizó según la propuesta de Taylor y Bodgan⁷.

- Análisis de los procesos protectores y deteriorantes de la salud y priorización de necesidades y problemas de salud tomando en cuenta las dimensiones general, particular y singular.
- Planteamientos de alternativas de solución para la implementación del monitoreo epidemiológico: Para el desarrollo de las estrategias mencionadas se utilizó la técnica de entrevista colectiva mediante “grupos de discusión”, constituidos según criterios de edad y estado clínico de los usuarios. Estas entrevistas se realizaron con base en unas preguntas-guía, elaboradas teniendo en cuenta la información obtenida en las fases anteriores y que orientaron la discusión, recuperando en los integrantes la vivencia de la enfermedad, su situación familiar, laboral y su relación con el entorno social.
- Confiabilidad y validez de la información. El estudio se realizó con la población de usuarios activos en el Programa de Prevención y Control de Hipertensión Arterial. Los sesgos de información fueron controlados con la unificación de criterios en las técnicas de recolección, la tabulación y el procesamiento, con el análisis de los datos y la devolución de la información a los participantes del estudio.

Procesamiento de la información. Se hizo en computador con el programa

adecuado, Word bajo ambiente Windows como procesador de texto, y Excel para la manipulación de los datos cuantitativos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para la discusión y el análisis de los resultados se hizo una aproximación a la realidad desde sus diferentes niveles: general, particular y singular. Para ello se tuvieron en cuenta los procesos determinantes del contexto político, económico-social y cultural, determinantes de las características biológicas y sociales individuales y de las enfermedades que padecían los sujetos que participaron en el Programa de Prevención de Hipertensión Arterial.

Dimensión general

Con el interés de reconocer el contexto donde se daban los procesos de socialización entre los integrantes del Programa, se indagó sobre aspectos relacionados con las características socioculturales, económicas, desarrollo técnico y tecnológico; situación política y aspectos legales, ambientales y de accesibilidad a los servicios.

Como consecuencia del deterioro de la actividad socio-económica, la ciudad de Medellín, pero muy especialmente la zona en la cual está ubicado el Programa de Salud estudiado, enfrentan una de las tasas de desempleo más altas del país, situación que afecta las posibilidades de ingresos familiares de la población, y por ende, el acceso a los bienes y servicios fundamentales para la satisfacción de las necesidades básicas. Como efectos negativos de estas necesidades y problemas, los escenarios de socialización han estado marcados por el miedo y la inseguridad ocasionados por la violencia en todas sus formas, con detrimento de la salud y de la vida de los sujetos.

Los barrios son espacios donde la vida cotidiana y el diario acontecer en microlugares como el hogar y la cuadra, la plaza, la escuela y la tienda, el salón comunal y el templo, pueden generar relaciones intensas, vinculantes y duraderas. Hoy, el miedo y la inseguridad han transformado esos entornos, debilitando el tejido social; por lo tanto, es necesario iniciar o reanudar acciones de recuperación de estos escenarios urbanos, que resultan claves a la hora de construir ciudad, pero que para ello, tienen que hacer tránsito de lo comunitario a lo ciudadano, a lo público⁸.

Los participantes del diagnóstico reconocieron en la zona una realidad trastocada por los más complicados matices de violencia, lo que, de una u otra forma, afecta la vida cotidiana y constituye nuevas formas de organización social. Esta realidad socio-política del contexto afecta la salud y es uno de los problemas prioritarios, pues predominan el miedo y la presión de los actores armados. Los pobladores expresaron temor de expresar abiertamente sus experiencias y sentimientos. Algunos se mostraron escépticos y desconfiados ante las posibilidades de intervención y de solución de este problema, por causales como la desidia de las autoridades, la corrupción de los gobernantes y la poca capacidad de

la comunidad para transformar dicha realidad. Otros, manifestaron esperanzas de cambio frente a un posible diálogo y concertación con los diferentes actores del conflicto.

Respecto a la situación política y los espacios legales, los usuarios del Programa consideraron que el contexto político está mediatizado por los derechos y deberes que ellos tienen como ciudadanos, y rescataron la participación como lo más importante en la toma de decisiones y en la vinculación a determinadas formas organizativas que presionen la garantía de sus derechos. Entre los derechos se reconocen la recreación, el estudio, el trabajo, tener un techo y vivir dignamente; y como deberes, el respeto y la paciencia en su relación con los prestadores de servicios de salud.

Como procesos protectores en la accesibilidad a los servicios los usuarios identificaron las escuelas, las guarderías, los programas de salud, los proyectos sociales, la religión y la iglesia, los paseos y el teatro, ya que estos espacios les brindan la oportunidad en comunidad de rescatar la amistad, la unión y la solidaridad. Según ellos, en el barrio se daba el acceso adecuado a los servicios públicos básicos, la educación y el transporte hacia la zona céntrica de Medellín, no así a los barrios periféricos y a la parte alta de la comuna, donde hay un gran monopolio de los transportadores de empresas privadas.

En los servicios de salud identificaron, entre los principales problemas, aquellos relacionados con la prestación y el acceso oportuno a los mismos: “[...] nos preocupa la atención por urgencias, en la que debemos esperar horas para ser atendidos [...] hacen falta médicos. Además, cuando necesitamos el ficho para pedir la cita con el médico general para el Programa, nos toca madrugar a las 3 de la mañana, situación que se agudiza en diciembre y enero” EU1

En las redes sociales y de apoyo la sensibilidad colectiva se vive en función del presente, se inscribe en un espacio dado en términos de lo cotidiano y se remite a la emergencia de valores. Los participantes reconocieron que las redes sociales existentes son sumamente puntuales y se materializan en redes de amistad sin otra finalidad que el reunirse sin objeto ni proyectos específicos. Los códigos identificados en este aspecto muestran una ruptura de las redes sociales y develan el estatismo de los servicios de salud para la conformación y organización de las mismas.

Los usuarios del Programa manifestaron vivir un proceso de aislamiento. No disponían de redes sociales y de apoyo y percibían cambios en la organización de los servicios de salud, generados con la actual legislación en el sector, y así mismo en las formas como ellos participaban en el direccionamiento de los programas.

En opinión de los integrantes del equipo de salud, la reforma del Sistema de Salud ha significado transformaciones esenciales en las redes sociales, que tradicionalmente dicho sector ha dinamizado. Así expresaron:

[...] lo que uno ve es una ruptura total de las redes sociales. Y hoy, el hospital es una rueda que va por un lado, con un montón de problemas, con intereses que, a veces,

siente uno que están alejados de los intereses en que se mueve la comunidad; y la comunidad se mueve por otro lado; uno siente que hay dos cosas andando al mismo tiempo, [...]. Los usuarios son personas solas, que vienen al programa solas; yo sé que hace tiempo pudieron haber estado más articulados, hacer parte de grupos comunitarios que frecuentemente se encontraban, pero llega un momento en que se rompen [...] Ep2.

Resulta también importante el sentir de los usuarios respecto a la capacidad de decisión, que requiere unos modelos de gerencia más flexibles y democráticos, que permitan, a su vez, facultar a los médicos, las enfermeras y demás personal de servicio para que contribuyan a la satisfacción de las necesidades humanas y de salud de los sujetos.

Los usuarios reconocieron como escenarios de participación el teatro, el grupo de gimnasia, la iglesia, el colegio, las guarderías, el grupo Nuestra Gente, el hospital, el Programa, espacios en donde se propicia el acercamiento y la comunicación entre las personas. Además, ante el impacto de la violencia en el barrio, la comuna, el departamento y el país, una opción de esperanza y fe es la religión y la creencia en un Ser Supremo. El Programa es otro espacio que convoca: los usuarios lo perciben como un escenario de encuentro con los compañeros, para compartir sus vivencias, en el que se olvidan de los problemas y tristezas por el afecto y comprensión que les brindan sus funcionarios.

Ocio y espacios de recreación: En el barrio se propician pocos espacios para el ejercicio y la recreación. Se realizan algunas fiestas, a las que los usuarios tienen temor de asistir por la violencia que surge en todos los procesos sociales y culturales, y así no se den situaciones adversas, el miedo y la desconfianza están presentes en todos los trabajos grupales. Es también llamativo el componente de pasividad que se observa en ellos: esperan, para asistir a las reuniones, a que los administradores públicos o dirigentes de organizaciones los convoquen, pero

no se refleja el dinamismo y entusiasmo para crear o proponer otras alternativas de solución a los problemas existentes.

Dimensión particular

La dimensión particular permite desentrañar los procesos que se tejen entre las clases sociales, los integrantes de un grupo y el equipo de salud, con su entorno cercano en relación a la participación, en la pertenencia a una familia y a un grupo social que interfiere o modifica los comportamientos, vivencias y oportunidades en el desarrollo humano y social.

Los procesos de participación en los servicios de salud en los últimos años, han sufrido cambios que afectan realmente la organización de los grupos y su forma de expresar las necesidades en salud. A pesar de estar normalizada en la ley 100 de 1993⁹, la participación comunitaria, como mecanismo de control y veeduría de los servicios, requiere el aprendizaje de los procesos sociales en la construcción de ciudadanía y el fortalecimiento de la autonomía, para pasar de ser pacientes de los servicios de salud a ser sujetos sociales con derechos y deberes.

Por otra parte, en ciertos integrantes del personal de salud se evidencia una marcada preferencia por la práctica asistencialista y medicalizada que ha privado a este recurso del compromiso y la responsabilidad para generar procesos de cambio en la autogestión y participación con los usuarios, las familias y las comunidades, sobre sus derechos y posibilidades frente a los mismos servicios.

En este sentido, a partir de las entrevistas se aprecia que el concepto de participación es diferente para cada uno de los actores del Programa. En algunos, se expresa como la asistencia cumplida o no de los usuarios a la cita programada, y su paciencia para esperar la atención. En otros en cambio, se relaciona con la capacidad de entendimiento de los usuarios cuando se les brindan la información y recomendaciones para mejorar su salud.

Algunos de los integrantes del equipo de salud señalaron que la participación de los usuarios es expresión de procesos culturales y educativos de los individuos y los grupos y que al respecto no se observan avances en la participación en el Programa, que a los usuarios se les *cosifica* en términos de participación y de toma de decisiones. Según estos informantes, los usuarios del Programa son individuos pasivos y pacíficos que dependen de los demás y deben satisfacer, individual y colectivamente, necesidades fundamentales como la identidad, el afecto y la participación. Además, expresaron que a los usuarios no se les ha tenido en cuenta en todos los procesos de gestión que se relacionan con su propia salud y desarrollo, aunque muchos de ellos han expresado su interés en involucrarse y participar más en las estrategias propuestas para el funcionamiento de los programas.

Es significativo cómo los agentes de salud reconocieron las dificultades propias, de las instituciones y de la sociedad, para propiciar su participación como profesionales y la de los usuarios de los servicios.

“(…) Los agentes de salud hemos sido marginados de los procesos de construcción de grupos de hipertensión. Creo que falta mucho, no sólo en lo referente a la hipertensión, sino a una sociedad más avanzada en el concepto de participación. No es un problema de los usuarios solos, es un problema de todos”. Ep5

La participación, asumida como un proceso social que se aprende y mejora en la práctica, es un espacio de convivencia vital para el ejercicio de la libertad y el aprendizaje mutuo, que permite intervenir en las decisiones para el desarrollo de los programas, cuyo fin es buscar interlocución con el afán de construir nuevas formas de hacer las cosas¹⁰.

Al indagar por la participación desde la perspectiva de los usuarios del Programa, se destaca la importancia que éstos dan a la pertenencia a grupos, a la participación en la toma de decisiones y a la comunicación oportuna de las mismas; sin embargo, se evidencia en la práctica una actitud poco participativa en los procesos amplios convocados por la institución.

La participación es concebida por los usuarios como la ayuda mutua; la asistencia a las reuniones para jugar, dialogar; el compromiso con el tratamiento y con las recomendaciones hechas por los agentes de salud. El Programa es apreciado como un lugar donde se dan encuentros entre los usuarios y el equipo de salud, que contribuye a fomentar el cuidado de la salud y el desarrollo de sus integrantes.

Apoyo familiar a los usuarios del Programa: La familia sigue siendo la primera estructura de acogida en las diferentes culturas y grupos humanos, y ha sido una de las instituciones sociales que más cambios y transformaciones radicales ha sufrido en los últimos años y dentro de los contextos urbanos.

Los usuarios describieron como escasa la participación de la familia, escasa en las actividades y programas del barrio y las relaciones intrafamiliares como aisladas y mediadas más por el apoyo económico requerido para su subsistencia. Además, en el diagnóstico se expresaron

problemas familiares relacionados con los hijos o nietos, adictos a la droga y al alcohol, y por la ausencia de la autoridad masculina, todo esto aunado al maltrato de la mujer adulta y a la falta de oportunidades.

Los agentes de salud percibieron en las relaciones de la familia con el usuario un profundo abandono, poco acompañamiento y serios obstáculos de comunicación entre abuelos, padres e hijos. El Programa y la institución de salud se convierten en un refugio al abandono social y familiar. Su apego a los servicios de hospitalización evidencia claramente un espacio para la satisfacción de las necesidades de afecto, respeto y protección. En este contexto, los servicios de salud son evaluados por los usuarios como excelentes.

El Programa mirado desde los usuarios y el equipo de salud: Los usuarios identificaron como fortalezas del Programa, los recursos físicos disponibles y la calidad del equipo de salud. Encontraban en él un espacio para expresar sus sentimientos, necesidades y problemas; así la unidad de salud se convierte en el lugar donde los usuarios son escuchados y donde pueden elaborar los duelos por sus pérdidas.

Entre las debilidades del Programa, los usuarios evidenciaron la captación tardía de las personas con hipertensión arterial por causa de la falta de recurso humano en la institución de salud, y el incremento de la movilidad de la población por razones económicas, sociales o políticas, dentro de las cuales se destaca el desplazamiento forzoso en la zona.

El sistema de programación de citas presentaba dificultades para los usuarios debido a los horarios de asignación. Para ellos representa un gran esfuerzo porque deben acudir a tempranas horas de la madrugada para obtener *el ficho* con el cual serán atendidos posteriormente.

Su participación en las actividades educativas se dio en 60.6%, lo que indicó el alto porcentaje que asistía a las reuniones educativas programadas por los agentes de salud y la importancia que para ellos tienen estas estrategias.

Cuando se exploró la percepción de los usuarios sobre la atención del médico, la profesional de enfermería, las auxiliares de enfermería, la nutricionista dietista y la trabajadora social; se encontró que de 153 usuarios (95.6%), 70% la consideran excelente y la encuentran buena 25,6%.

Al definir la percepción de la atención de la profesional y las auxiliares de enfermería, los participantes del Programa demostraron confusión en la diferenciación de sus funciones. Sin embargo, la atención por la profesional de enfermería fue percibida como excelente por el 69,4% y buena por el 25%, y la atención de las auxiliares de enfermería fue percibida como excelente y buena por el 86,3%. La confusión anotada lleva a la reflexión sobre la identificación de funciones y competencias en el personal de enfermería y la necesidad de fortalecer el cuidado de enfermería desde las dimensiones científico-técnica y humana, con las diferencias desde la definición disciplinar, profesional y técnica.

Dimensión singular

En la dimensión singular se tuvieron en cuenta variables individuales que aportaban a la identificación del genotipo y el fenotipo, entre las cuales

se destacan, en la historia familiar: Enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus y dislipidemias; en la historia personal: síntomas de enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus, dislipidemias y gota. También se incluyeron la escasa actividad física, el consumo de cigarrillo, la ingesta de alcohol, la dieta, los factores psicosociales y ambientales entre otros.

En el aspecto demográfico se encontró que la mayoría de los usuarios del Programa (83%) eran mujeres y pertenecían al grupo de la tercera edad, con una edad promedio de 61 años y un rango entre 31 y 89 años. El 36.3% de los usuarios del Programa eran personas casadas y viudas, (25.7%) aunque había bastantes personas solteras, 20%, y, en menor proporción, separadas, 8%. En la composición de su grupo predominaba la familia nuclear con 53% (85 usuarios) y pertenecían a una familia extensa el 34% (55 usuarios). Estos datos evidencian un mayor porcentaje en la constitución de hogares con familia nuclear, lo que influye notoriamente en las relaciones interpersonales, los gastos económicos, los riesgos por hacinamiento y el déficit en el cuidado de las personas enfermas.

La población fue caracterizada como de alta dependencia económica, ya que el 85% (136 usuarios) correspondían al estrato socio-económico bajo, en el que el ingreso mensual promedio era inferior a un salario mínimo. De este porcentaje, el 70% eran amas de casa, 10% se encontraban desempleados, los demás, 5%, estaban subempleados o jubilados. En cuanto a la afiliación al régimen de seguridad social en salud, el 43% disponían de acceso a un seguro de salud y el 57% no tenían acceso real a los servicios de salud.

En las variables epidemiológicas singulares relacionadas con la hipertensión arterial, se identificó una población cuyos antecedentes familiares estaban representados en mayor número por las enfermedades hipertensivas, 53%, y la enfermedad isquémica del corazón, 18%.

Como antecedentes personales los usuarios presentaron también la enfermedad hipertensiva con el mayor porcentaje, 93%, seguida del trastorno del metabolismo de los lípidos con 26%, y la diabetes mellitus con 14%, representada por 23 usuarios del Programa.

En el perfil de hábitos del grupo, el consumo de cigarrillo tuvo una proporción de 13%, correspondiente a 20 personas. El consumo de alcohol, ocasional en la mayoría, se dio en el 7%; El 19% de las personas ingería tranquilizantes; estos medicamentos son utilizados por grupos de edad avanzada casos para combatir el insomnio, la depresión, y como ayuda para elaborar los duelos por pérdidas o en sentimientos de soledad y ansiedad.

El 70% de los usuarios refiere que en los últimos seis meses ha padecido insomnio, que afecta las horas de descanso y reparación. Además, el 38% consumían sustancias no ordenadas por el médico y el 62% seguían haciéndolo después de antiguas consultas donde se les ordenaron medicamentos como analgésicos y antiinflamatorios. Llevan a cabo esta práctica por sugerencia de amigos y vecinos.

Entre los factores particulares que contribuyen a la protección de la salud está, en lugar destacado, la actividad física, que se considera reductora de estrés por la liberación de endorfinas y la reducción del colesterol en la sangre, porque mejora las cifras de presión arterial y, adicionalmente, contribuye a la disminución en el riesgo de cáncer, especialmente el de colon. Del grupo de usuarios, 44% no practicaban ninguna actividad deportiva.

Entre las variables epidemiológicas singulares se incluyeron aquellas que se refieren al perfil psicosocial sobre las percepciones y sentimientos de los usuarios frente a algunos componentes de vida y bienestar. Teniendo presente que el grupo está constituido por personas mayores, es notorio que el 62% siempre se han sentido útiles y necesarios, el 16%

casi siempre. Así, del total de los usuarios, 63% encontraban agradable vivir y 53% tenían aún confianza en el futuro.

Además, 65% de los usuarios disfrutaban de sus actividades, pero el 63% nunca o casi nunca realizaban actividades recreativas. Al analizar esta información se identificó la expresión de las condiciones y los procesos determinantes del contexto ante los problemas económicos, políticos y sociales; los usuarios tenían sentimientos de intranquilidad y ansiedad, lo que influía negativamente en su salud física y mental; aunque también dentro del grupo se hallaron procesos protectores relacionados con la autonomía y la seguridad personales, que les ayudaban a potencializar otras esferas del desarrollo.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Con este trabajo se busca contribuir al fortalecimiento de los lazos de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y los Servicios de Salud, como una forma de construir, desde las realidades cotidianas de los usuarios, las familias y los colectivos, un cuidado para la salud que trascienda la problemática y permita evaluar los programas y proyectos ofrecidos a la comunidad.

El monitoreo epidemiológico como propuesta metodológica ofrece desentrañar las relaciones que determinan procesos generales, particulares y singulares en aquellos entornos donde los seres humanos viven y tejen relaciones. El análisis desde los servicios de salud favorece la comprensión de esta urdimbre de relaciones y facilita la planeación y ejecución de los procesos investigativos que se deben liderar desde las prácticas clínicas y comunitarias.



Goya, Francisco de José de

La gallina ciega, 1791. Óleo sobre lienzo, 269 x 350 cm. Museo del Prado, Madrid

Se resaltan los alcances que dicha propuesta tiene en la perspectiva de disponer de información epidemiológica de procesos específicos como la hipertensión arterial. Más allá del dato que expresa un resultado, se trata de aportar información que sirva a la planeación estratégica frente a la necesidad colectiva en salud, al monitoreo participativo de las condiciones de vida y los servicios de salud, y a las acciones de control y negociación que los colectivos--usuarios con hipertensión y prestadores de servicios de salud de la Unidad y del barrio--pueden ejercer sobre los programas, los servicios de salud y algunas condiciones que afectan su desarrollo y bienestar.

Respecto a los procesos generales que determinan las condiciones de salud--enfermedad y que fueron identificados por los participantes del estudio, se destaca la reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud, la cual, en relación con el período anterior, o Sistema Nacional de Salud, muestra limitaciones en el acceso real a los servicios y representa un aumento significativo de costos en medicamentos y exámenes de laboratorio.

De acuerdo con la revisión documental y la obtención de información de los participantes en el estudio, la realidad económico-social y cultural de la comuna está marcada por altos índices de desempleo, carencias en disposición y adecuación de vivienda, significativos indicadores de violencia y grandes exclusiones, donde la respuesta estatal se limita a garantizar la supervivencia y a mantener niveles mínimos de bienestar en la sociedad.

Así, las condiciones de violencia en la zona impactan el funcionamiento del Programa de Control de la Hipertensión, además influyen en los determinantes del contexto por la permanente movilidad de varios de sus integrantes, lo cual se expresa en desestabilización de sus cifras tensionales y en deterioro de sus condiciones de vida y menoscabo de sus posibilidades de participación en las decisiones por construir un sueño de ciudad.

Los usuarios del Programa vivían un proceso de aislamiento, lo que se evidenció en su escasa participación en las redes sociales y de apoyo, en su: ausencia de las organizaciones sociales barriales y su pasividad para tomar decisiones en el direccionamiento estratégico y en los procesos de gestión de los programas de salud.

El apoyo de la familia a las personas del grupo estudiado estaba en continua contradicción: había en ellos una tendencia a la dependencia económica de los hijos y, por lo tanto, en la toma de decisiones familiares; pero en las entrevistas realizadas se evidenció soledad en ellos y que echaban de menos el apoyo familiar. Ante esta situación, encontraban en algunas instituciones del barrio, y en el Programa, los sitios de encuentro y refugio que contribuían a mitigar sus problemas y que les brindaban sentimientos de afecto, solidaridad y esperanza frente al panorama de violencia, desempleo, pobreza y enfermedad.

En relación con las variables epidemiológicas singulares, los resultados coincidieron con otros estudios¹¹ en cuanto a los antecedentes familiares, especialmente en enfermedades hipertensivas, enfermedad

isquémica del corazón y otras. Entre los antecedentes personales se presentaron problemas en el metabolismo de los lípidos, diabetes mellitus, enfermedad isquémica; la obesidad se dio en el 10%.

Para el grupo de investigación, los alcances del estudio no están dados sólo por la información obtenida, sino también por las posibilidades que el mismo método participativo ofrece a los integrantes-usuarios y prestadores de los servicios de salud del Programa, para recuperar la palabra y avanzar juntos hacia la construcción de espacios de discusión, búsqueda de explicaciones y posibles alternativas para el futuro.

Para la implementación del Sistema de Monitoreo Epidemiológico se propone que los resultados de este trabajo se ofrezcan a las comunidades académicas, al personal de salud y al grupo de prevención y control de hipertensión arterial de la Unidad de Salud, como la síntesis de una experiencia personal, familiar y social, vivida en el enfrentamiento con la enfermedad, y como participantes de un Programa convocado por la Unidad de Salud.

La información es un elemento de gran valor para el conocimiento y la acción. Su pertinencia depende de la manera como se construye, y su viabilidad de que sea sometida al análisis reflexivo y crítico de los participantes, para que se genere el monitoreo sobre los procesos subsecuentes y se propicie la construcción de proyectos futuros.

Es importante analizar los efectos de la reforma estructural en el sistema de salud, específicamente en los programas y sistemas de vigilancia epidemiológica. Se considera importante implementar un sistema de identificación y captación de personas hipertensas en la zona de estudio, dado que las condiciones adversas en lo socioeconómico parecen agravar su situación de riesgo y complican su condición de salud.

Igualmente se recomienda que las diferentes acciones del equipo interdisciplinario de salud estén articuladas y se orienten a favorecer la salud del usuario y, desde su campo de acción, aporten al bienestar de la familia. En este sentido, el profesional de enfermería puede liderar procesos participativos desde el cuidado de la salud individual y colectiva.

Finalmente, se considera que desde el punto de vista metodológico, los procesos de investigación basados en la participación de los diferentes actores se muestran promisorios, no sólo en lo relacionado con la información obtenida, sino además por las movilizaciones afectivas, cognitivas y de conciencia colectiva que se producen en los participantes. Es el caso de las actividades de promoción y prevención, las cuales requieren ser parte constitutiva de proyectos y tener continuidad para todos los usuarios, independientemente de los contratos vigentes de la Empresa Prestadora de Salud a la cual pertenezcan. Se considera que los obstáculos jurídicos y financieros deben resolverse de acuerdo a la prioridad de los criterios marcados por el derecho a la salud, más aún tratándose de población que en su mayor parte pertenece a la tercera edad, calificada por las políticas de salud como “grupo vulnerable”¹². 

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: Guía pedagógica para un taller de metodología. 3 ed. Quito: Arco Iris; 1997. p. 47. (Serie Epidemiología del Trabajo).
- 2 Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: Guía pedagógica para un taller de metodología. 3 ed. Quito: Arco Iris; 1997. p. 57. (Serie Epidemiología del Trabajo).
- 3 González A. Diagnóstico de salud en Colombia. [Sitio en Internet] Instituto Nacional de Salud. Disponible en <http://www.ins.gov.co>. Acceso el 15 julio 2002.
- 4 Cardona A, Nieto LE, Arbeláez MP, Agudelo H, Chávez B, Montoya A, et al. Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. pp.15-29.
- 5 Torres F. Reforma de los sistemas de salud en el mundo. Boletín Cátedra Abierta 1998;(6):14.
- 6 Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: Guía pedagógica para un taller de metodología. 3 ed. Quito: Arco Iris; 1997. p. 47. (Serie Epidemiología del Trabajo).
- 7 Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1992. p. 26. (Serie Paidós Básica).
- 8 Sánchez LA, Villa M, Jaramillo A. Caras y contracaras del miedo en Medellín. En: Delameau J, Uribe de Hincapié MT, Giraldo Ramirez JA, Riaño Alcalá P, Grimson A, Lechener N, et al. El miedo: Reflexiones sobre su dimensión social cultural. Medellín: Corporación Región; 2002. pp. 223-245.
- 9 González E. El Marco legal de la participación. En: Manual sobre participación y organización para la gestión local. Santa Fe de Bogotá: Foro Nacional por Colombia; 1996. p. 28.
- 10 Hersch P. Participación social en salud: Espacios y actores determinantes en su impulso. Salud Pública Mex 1992;34(6):679-686.
- 11 Veiga F. Hipertensión arterial en el anciano: Etiología. Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología 1998;14(7):22-30.
- 12 Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades cardiovasculares, especialmente la hipertensión arterial. [Sitio en Internet] The Pan American Health Organization. Disponible en <http://www.paho.org/notrasmisibles>. Acceso el 9 noviembre 2002. To dolore vel et nim aut iure modio consed ent amet in vel diamet lobore er augiamc onsequipisi. Hensisicip et lore do con vullam amcommy nulla facilis dolor acillaorer suscilla