

LA INTEGRACION DOCENTE-ASISTENCIAL Y LA SALUD COMUNITARIA UNA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE CON ESTUDIANTES DE INTRODUCCION A ENFERMERIA

Gladys Betancurt U.*

Resumen

El presente artículo resume la experiencia del programa de introducción a enfermería durante tres semestres:

Segundo de 1986, primero de 1987 y segundo de 1988.

Se presenta un trabajo descriptivo que mediante la aplicación de la estrategia integración docencia-asistencia, pretende promover el aprendizaje en servicio, adecuar la formación de recursos humanos a las características de la población y mejorar la calidad de la atención de salud en el nivel primario.

Enfermera. Profesora asociada VIII - Departamento de AISA. Facultad de Enfermería.
Universidad de Antioquia.

Introducción

Una de las funciones básicas de la universidad es la del servicio a la comunidad, como un medio de adecuar la formación del futuro profesional a la realidad.

Se pretende entonces, desarrollar el juicio crítico y la capacidad de iniciativa del personal de salud, incorporando desde el comienzo de la carrera, las experiencias de aprendizaje centradas en la comunidad, poniendo en práctica la integración docente-asistencial.

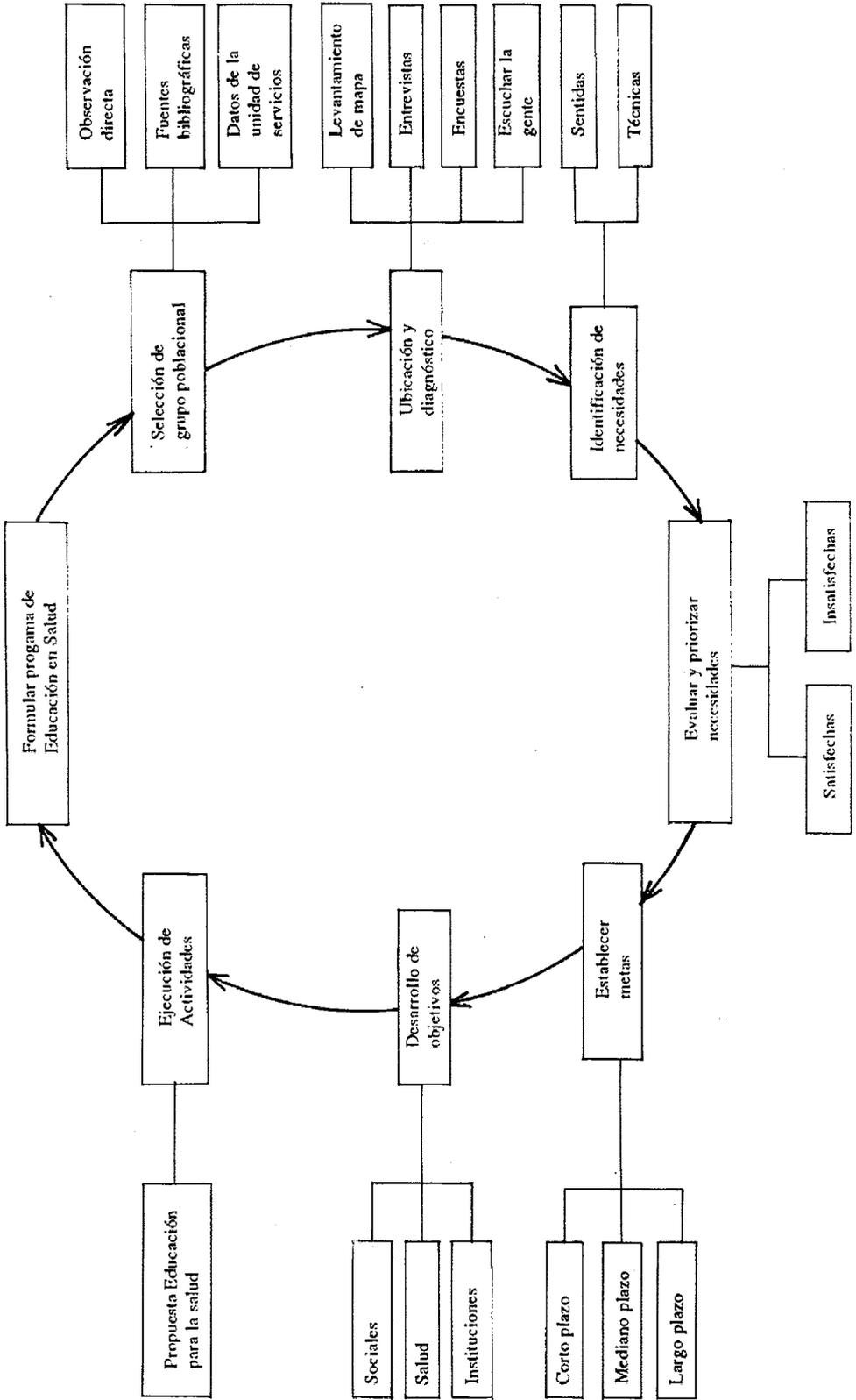
Lo anterior permite validar el papel de la educación en salud, dentro de la estrategia de atención primaria, como única herramienta capaz de lograr mejoramiento de actitudes y cambios de comportamiento, que conduzcan a alcanzar metas de autocuidado en salud a nivel de individuo, familia y comunidad.

Metodología de trabajo

En el desarrollo del trabajo, dentro del proceso de integración docente-asistencial con la estrategia de atención primaria se tienen en cuenta aspectos relacionados con:

- La selección del área poblacional.
- Ubicación y diagnóstico social y de salud.
- Identificación de necesidades o problemas en salud.
- Selección de una necesidad o problema en salud como centro de interés de actividades.
- Diseño de estrategias para la intervención.
- Desarrollo de actividades.

FIGURA 1. ESQUEMA DE LAS EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE CON EL ENFOQUE DE INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL



Descripción de la experiencia

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores se inicia el trabajo así:

1. Se hace una visita de reconocimiento a la zona, con el fin de identificar los grupos que requieren atención prioritaria. Se selecciona el sector de Las Malvinas, perteneciente al barrio La Rosa, ubicado en la comuna 2 de la zona Nororiental de Medellín; habitado por 40 familias y un total de 210 habitantes, con predominio de la población joven y del sexo femenino entre 0 y 14 años. El 76% de la población tiene algún grado de escolaridad.

Tipología de la vivienda:

El 40% de las viviendas no cumplen con los mínimos requisitos higiénicos, al lado de una quebrada, en terrenos pendientes y sin ninguna planeación.

Morbilidad:

Se encuentra que las entidades de mayor incidencia son las respiratorias, diarreicas y enfermedades de la piel.

2. Identificación de necesidades:

La observación directa, las entrevistas individuales, y la aplicación de instrumentos tipo encuesta casa a casa, permiten una aproximación a la realidad socioeconómica de este grupo, identificación de recursos y necesidades en salud.

3. Selección de una necesidad o problema de salud y, diseño de estrategias para la intervención.

Una vez elaborado el diagnóstico, se discuten los principales problemas de salud detectados por los estudiantes y sentidos por la comunidad: desnutrición, malas condiciones higiénicas, falta de servicios públicos y sanitarios y recolección de basuras entre otros.

Se elabora un programa de educación para la salud centrado principalmente en la desnutrición y el saneamiento ambiental por ser los problemas de salud prioritarios.

La elaboración de este programa ofrece al estudiante, un ejemplo concreto de organización y administración y la oportunidad de visualizar mejor las etapas de planificación.

Desarrollo de actividades

Corresponden al primer nivel de prevención: Fomento y protección específico de la salud, enmarcada en la atención primaria de salud y en el nivel primario de atención o de mínima complejidad:

1. Educación en salud, basada en las siguientes premisas:

- La educación en salud debe ser tarea de los sectores de salud, educación y otros que participen en el trabajo comunitario.
- La educación en salud no debe entenderse solo como información.
- El saber popular debe incorporarse a la educación en salud (prácticas de autocuidado).
- Debe planearse de acuerdo con las necesidades sentidas y de acuerdo con lo que el usuario ya conoce.
- Las exigencias del proceso de cambio de hábitos deben ser pensadas y verificadas a la luz de la antropología y de la realidad, en cuanto a la racionalidad de las propuestas de cambio, que se hacen a la comunidad.

2. Formación de grupos:

Mediante la participación activa y responsable de los habitantes como algo imprescindible, esencial e importante, para la unidad de acción, capacitación y organización comunitaria.

Experiencias de aprendizaje

Semestres segundo de 1986, primero de 1987 y segundo de 1988.

El perfil del estudiante de Introducción a enfermería apunta a la realización de acciones correspondientes al primer nivel de prevención, enmarcada en el modelo docente asistencial, teniendo como objeto de atención la comunidad, familia e individuo.

Se describen aquí algunas experiencias de los estudiantes de Introducción a Enfermería durante los semestres anotados anteriormente, teniendo presente que el trabajo comunitario en salud, no puede considerarse solo en función de las necesidades de aprendizaje del estudiante, sino que debe dar respuesta a las demandas en salud de la población:

1. Visita de observación a organismos de salud existentes en la comuna Nororiental y específicamente a la Unidad de Salud "Víctor Cárdenas J." (Santa Cruz) donde reciben información sobre su funcionamiento, como Unidad Comunal de Servicios de Salud y sobre su área de influencia.

2. *Diagnóstico participativo:*

Partiendo de la premisa de que las comunidades tienen un pasado histórico, de que ninguna parte de cero y que son ellas las que viven las situaciones, en 1986 se inicia el trabajo partiendo de la experiencia de la gente, entrevista con líderes, pobladores más antiguos dentro del barrio, fundadores de éste, miembros de la junta de Acción Comunal y un líder político; se realizan visitas casa a casa con aplicación de una encuesta que complementa algunos datos, ya que esta comunidad es bastante heterogénea.

Con el fin de realizar el diagnóstico comunitario se consideraron, en coordinación con los grupos de la comunidad:

- a. *Factores sociales*

- Creencias, costumbres, hábitos.

- formas tradicionales de resolver problemas.
- Maneras tradicionales de aprender.

b. *Recursos:*

- Materiales.
- Empleo y desempleo.
- Personas con habilidades especiales.
- Organización de base e institucionales existentes.

c. *Necesidades:*

- Los problemas locales y sus causas.
- Lo que la gente cree que son sus mayores problemas.

En los siguientes semestres y concebido el trabajo comunitario como un proceso, el grupo de estudiantes se articula al momento del proceso que vive la comunidad, adquiriendo los elementos necesarios por medio de la revisión de fuentes secundarias de información, que en este caso son los informes de los estudiantes que les precedieron.

3. *Motivación a la comunidad*

Esta se realiza con el fin de que se organice en grupos, que fomenten y promocionen la salud y sirvan de vínculo entre la población y los servicios de salud.

4. Identificación de algunos factores de riesgo para la salud del niño y del adulto.
5. Detección de formas de autocuidado potencializando las favorables y tratando de modificar las desfavorables.
6. Aplicación del proceso de enfermería, mediante valoración de condiciones de salud, identificación de necesidades, planeación, ejecución y evaluación de las acciones de educación para la salud.

7. Utilización de canales de remisión teniendo en cuenta la complejidad del evento.

Resultados

Una vez concluida la práctica del segundo semestre de 1988, se hace un análisis de los resultados obtenidos en términos del estudiante y en términos de la comunidad, comparándolos con los resultados del primer semestre del 86, encontrando que:

En términos de cumplimiento de objetivos del estudiante:

- La práctica comunitaria no solo mejoró la comprensión de los conceptos teóricos adquiridos en el aula, sino que aumentó su interés de la práctica real en salud comunitaria.
- A través de la experiencia del trabajo con la comunidad se entera el estudiante y así lo refiere de los problemas nacionales y locales de salud y la importancia de las acciones en el primer nivel de atención.
- Como es evidente las metas del programa no pueden cumplirse a cabalidad, por un solo grupo de estudiantes por falta de tiempo, ellos proponen la continuación del trabajo con los alumnos del siguiente semestre.

Esta propuesta es de especial valor tanto desde el punto de vista de la docencia como desde la prestación de servicios a la comunidad ya que los estudiantes sienten la necesidad de organizar y coordinar actividades y recursos para el cumplimiento de un objetivo común a largo plazo, llevar al individuo, familia y comunidad a una práctica de autocuidado y a la autogestión.

El impacto social logrado en la comunidad, también es positivo en 1988:

- El número de familias que conocen y utilizan el centro de salud y la unidad de servicios comunales aumenta en un 30%.

- El 80% de las familias tienen un mayor conocimiento sobre la prevención y tratamiento de la diarrea y de la infección respiratoria aguda.
- Existe motivación para formar grupos y recibir capacitación como vigías de salud.
- Están motivados ya los habitantes para participar activamente en la solución de problemas referentes a saneamiento ambiental, control de enfermedades transmisibles, educación de los hijos, problemas del aprendizaje, importancia de la recreación, entre otros.
- Hay mayor participación de la comunidad en la detección y priorización de necesidades y problemas de salud y aporte para su solución.

Proyecciones futuras

Como proposiciones de trabajo en el futuro mediano, se plantearon los siguientes:

- Mejorar el aspecto técnico del trabajo con una presencia continua de la Universidad en general y Facultad de Enfermería en particular, en el campo de práctica comunitaria.
- Participación activa en las evaluaciones de las actividades docente-asistenciales que se realizan en el Centro de Salud No. 30 ubicado en el área población donde se realiza esta experiencia.
- Estimular y motivar la comunidad para que participe en la evaluación del trabajo comunitario.
- Fomentar la investigación acción participativa como la forma más efectiva de desarrollo comunitario, diseñando trabajos de investigación.
- Continuar por dos semestres más la motivación y el trabajo con esta comunidad y llevar la experiencia a otros grupos de población, sin dejar de prestar asesoría a la anterior.

- Motivar los docentes de la Facultad de Enfermería y de otras disciplinas a impulsar el trabajo comunitario.
- Hacer una evaluación del trabajo comunitario en el segundo semestre de 1991.
- Establecer mecanismos de asesoría a la comunidad.
- Continuar planeando metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo, entre el sector docente, comunitario y de servicio.

Bibliografía

1. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Facultad de Enfermería. Informes de la práctica comunitaria de estudiantes de Introducción a enfermería. Medellín, 1988.
2. FERREIRA, José Roberto. Integración docente-asistencial y atención primaria de salud. Educación Médica y Salud. Vol. 20 No. 4. 1986.
3. ROMERO OLIVARES, Joaquín y otros. Integración docencia-servicio. México. Educación Médica y Salud. Vol. 20 No. 1. 1986.
4. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Facultad de Enfermería. Guía para la práctica de Introducción a enfermería. Medellín, 1988.