



Tipo de documento: Tesis de Grado de Ciencias de la Comunicación

Título del documento: Políticas públicas y comunicación en salud: diagnóstico y planificación de la comunicación en el CAPS ZEBALLOS II

Autores (en el caso de tesis y directores):

Cynthia Romero

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2005

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera Ciencias de la Comunicación

Tesina

Tema: Políticas públicas y comunicación en salud.
Diagnóstico y planificación de la comunicación en el
CAPS ZEBALLOS II

Alumna: Cynthia Romero

DNI: 22.823.335

cromero@scienza.com.ar

TEL: 4901-1044

Noviembre 2004

Indice

0. Introducción.....	4
1. Metodología de trabajo.....	7
2. Parte I: Políticas públicas y promoción de la salud.....	9
Concepto de salud.....	10
Salud y estado.....	10
2.2.1 Promoción de la salud.....	10
2.2.2 El modelo argentino de la salud.....	12
2.2.3 Política nacional de medicamentos.....	14
2.2.4 Decreto 486 del Poder Ejecutivo Nacional.....	15
2.2.5 Salud y educación.....	17
2.2.6 Salud y comunicación.....	18
2.2.7 Gestión de procesos comunicacionales.....	21
3. La Planificación.....	22
3.1 Pasos del diagnóstico.....	23
3.2 Pasos de la planificación.....	25
4. Parte II: Diagnóstico.....	28
4.1 Objetivos del diagnóstico.....	29
4.1.1 Objetivo general.....	29
4.1.2 Ubicación geográfica.....	29
4.1.3 Funciones.....	29
4.1.4 Descripción del espacio.....	30
5. Problemas diagnosticados.....	35
5.1 Potencialidades diagnosticadas	37
5.2 Viabilidad	37
6. Parte III: Planificación.....	39
6.1 Introducción a la planificación en el CAPS ZII.....	40
6.2 Objetivos de la planificación.....	42

6.2.1	Objetivo general.....	42
6.2.2	Objetivos específicos.....	43
6.2.3	Objetivo específico nº1.....	43
6.2.4	Objetivo específico nº2.....	44
6.2.5	Objetivo específico nº3.....	45
6.3	Proyecto 1	46
6.4	Proyecto 2.....	47
6.5	Proyecto 3.....	48
6.6	Evaluación de la planificación.....	48
7.	Apuntes para concluir.....	49
8.	Anexo.....	52
9.	Bibliografía.....	55

0. INTRODUCCION

La incidencia de la salud en la población se encuentra estrechamente relacionada con los niveles de desarrollo económico y social que los países transitan de acuerdo al escenario mundial. La implementación de políticas paleativas a corto y mediano plazo forman parte de la agenda global pero, sobre todo, de los países en vías de desarrollo.

En este sentido, América Latina presenta condiciones específicas de deterioro de la calidad de vida, debido a la prolongada crisis económica que viene atravesando y que agudiza la inequidad y el desmejoramiento de los servicios de salud, mientras que la demanda aumenta. Los diferentes modelos económicos han asociado esta idea de crecimiento a la idea de salud, pero sólo han derivado en desajustes y desequilibrios que repercutieron en el sistema de seguridad social cuyo objetivo es el de proteger a los miembros de una sociedad frente a las necesidades que presenten durante su ciclo vital (salud, vivienda, maternidad, jubilación, desempleo, capacitación laboral, cargas familiares, recreación).

La Seguridad social constituye un sistema y un instrumento del Estado y descansa sobre la base del artículo 23 de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y el Convenio Nro. 102 de la Organización Internacional del Trabajo.

Sin embargo, los informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para América Latina y el Caribe, señalan que entre el 20 y el 25% de la población no tiene acceso a los sistemas de salud.

El presente trabajo consiste en un diagnóstico y una planificación de la comunicación en el Centro de Salud Zeballos II

(salita), de Florencio Varela, con el fin de optimizar los recursos e incentivar a la participación de la comunidad en la demanda de información de los planes orientados a la promoción de la salud.

Actualmente, allí funcionan un conjunto de planes implementados a raíz de la emergencia sanitaria declarada a nivel gubernamental a comienzos del 2001. Esta salita es uno de los Centros de Atención Primaria del país (CAPS) en el que funciona el PLAN REMEDIAR que es uno de los componentes del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) con vigencia desde el año 2002. El interés de mi análisis se basa en que la implementación de una política pública como la ley de genéricos, debe contar con un programa de difusión que involucre a todos los sectores interesados , pero en especial a la población en general que se constituye como consumidor final y que, en definitiva, serán los beneficiados por esta ley. Concretamente, considero que la información difundida oportunamente acerca de la incorporación de la prescripción de medicamentos por nombre genérico puso en evidencia el juego de intereses que involucran a la industria farmacéutica y sirvió a los fines de crear confusión en el público destinatario, que sólo contaba con la versión oficial y carecía de conocimientos previos acerca de la existencia de, por ejemplo, varios productos con la misma monodroga e igual efecto terapéutico. La propaganda emitida desde el Ministerio de Salud de la Nación hacía hincapié sobre la libertad de elección que a partir de ese momento poseía toda aquella persona que necesitaba adquirir un medicamento, mientras que las cámaras que nuclean a la industria farmacéutica hacían lo propio con mensajes desde la vereda opuesta.(ver anexo)

Sumado a esto, la histórica relación asimétrica médico-paciente en la que la instancia de consulta queda reducida a escasos

minutos debido a la cantidad de personas que concurren a un centro de atención de la salud.

Sobre este escenario me parece imprescindible la inclusión de herramientas comunicacionales (como eje transversal de ese conjunto de acciones dirigidas a la difusión de la información), cuyo principal recurso sean los saberes y las opiniones de los destinatarios que resultarán útiles para la definición del o los programas de acción.

Se propone la intervención desde la comunicación como herramienta para fortalecer y clarificar la vigencia de esta política a los consumidores directos, teniendo en cuenta que la información difundida provoca confusión dada la proliferación de mensajes desde los diversos actores involucrados que defienden sus intereses por sobre los de la población en general.

Para desarrollar esta temática será necesario partir de algunas definiciones pertinentes a mi enfoque y que serán de utilidad a los fines de la comprensión del lector. Los conceptos de educación, salud y comunicación se constituyen en el punto de partida de mi análisis y resultarán centrales a lo largo del mismo, ya que intentaré destacar lo "diferencial" de mi aporte sobre este tema de actualidad que ya cuenta con adeptos y detractores.

Teniendo en cuenta que la implementación de la ley de genéricos tiene vigencia a pesar de las críticas que evidencian sus falencias, mi abordaje abarcará la diversidad de las voces de los actores involucrados a fin de obtener diferentes puntos de vista.

El siguiente trabajo consta de tres partes:

1) POLITICAS PUBLICAS Y PROMOCION PARA LA SALUD

Descripción, implemetación y análisis. En esta parte se describe también la perspectiva teórica desde la que se realiza el abordaje del funcionamiento de la ley.

2) DIAGNOSTICO, reconstruido a partir de las características observadas en el centro de salud de Florencio Varela.

3) PLANIFICACION, es la planificación propiamente dicha y abarca una serie de propuestas a implementarse.

1- METODOLOGIA DE TRABAJO

Con el fin de abordar la temática planteada la metodología de trabajo consta de tres herramientas principales :

1) OBSERVACION NO PARTICIPANTE. El objetivo de esta herramienta fue relevar el funcionamiento cotidiano de la salita. Las conductas y los modos de relacionarse entre los miembros y con el entorno relevante. La distribución del espacio y la ambientación. El clima interno de trabajo. Los modos de comunicarse. Los lugares de conflicto y poder.

2) CHARLAS INFORMALES CON ACTORES: Consistió en charlas espontáneas, en la sala común de espera de la salita con las personas que aguardaban su turno para ser atendidas, sin un cuestionario guía, brindaron datos útiles para el diagnóstico. Permitieron relevar información sobre diferentes aspectos funcionales de la organización y opiniones respecto de la

funcionalidad de los servicios que allí se brindan. Estas charlas informales sirvieron para complementar los datos obtenidos a través de las otras herramientas.

3) ANALISIS DE LAS POLITICAS Y DOCUMENTOS gubernamentales diseñadas para el uso de los medicamentos genéricos en la ciudad de Buenos Aires.

A través de 1, se arribó al conocimiento del funcionamiento del centro elegido, conocer al personal que trabaja en las diferentes tareas que allí se realizan.

Con 2, se indagó acerca de los saberes , conocimientos e información que manejan los usuarios sobre la salud y el uso de medicamentos genéricos.

La combinación de estas 3 herramientas complementarias permitió poner en contraste la normativa vigente (con el enunciado de sus objetivos y planes), con el destinatario o consumidor final en el escenario de un centro de salud donde tienen lugar las prácticas inherentes a la consulta médica y la prescripción de medicamentos.

PARTE I

POLITICAS PUBLICAS Y PROMOCION PARA LA SALUD

2.1 Concepto de salud

A fin de introducirnos en el campo de la salud, corresponde retomar las diferentes acepciones que históricamente fueron guiando la formas de dar soluciones a las enfermedades y males de la sociedad.

Según la OMS (Organización Panamericana de la Salud): “la SALUD es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, definición adoptada en 1948.¹

A partir de los años 40 , los avances de la química y la farmacología cobran importancia en tanto comienzan a salvar vidas a gran escala. La incorporación de la penicilina y los antibióticos de amplio espectro en los tratamientos de las afecciones más comunes durante la segunda guerra mundial y el período de post guerra, consolidan el desarrollo farmoindustrial. He aquí un momento clave en lo que respecta a la equidad y distribución de las riquezas a nivel mundial, según como lo advierten historiadores, sanitaristas y especialistas de la fármacoeconomía: el surgimiento de estos medicamentos permitió reducir las tasas de mortalidad y el índice de natalidad aumentó al término de la guerra. Con lo cual tuvo lugar una explosión demográfica que alcanzó a duplicar a la población, mientras que los recursos eran los mismos y debían, a partir de ese momento, re-distribuirse para una mayor cantidad de personas.

El aumento de la población a nivel mundial trajo aparejado el aumento de la brecha entre países avanzados y atrasados y

¹ Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No.2, p.100)

comenzó a marcar diferencias entre las diferentes economías y políticas que cada estado incorporaba para sí.

Comenzando a mediados de la década de 1970 se planteó a nivel mundial un cambio en el paradigma central de la organización de los servicios de salud, trasladándose desde un modelo pasivo, de recuperación de la salud, basado en centros de mediano y gran porte, con capacidad de internación hacia un modelo proactivo, centrado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, basado en unidades pequeñas, descentralizadas e integradas funcionalmente con centros de complejidad creciente.

2.2 SALUD Y ESTADO

2.2.1 Promoción de la Salud

A raíz de los cambios sociales dados y dependiendo de una demanda puntual acerca de nuevas respuestas que consideren la incidencia del medio ambiente y las condiciones de vida diaria en relación al individuo, en 1986 a través de la Carta de Ottawa se aplica una comprensión renovada del concepto y se incluye la definición de la promoción de la salud como una estrategia orientada a proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Junto con esta idea, se expresa la necesidad de garantizar al individuo las condiciones básicas que le permitan lograr un estado saludable. Estos factores incluyen : la vivienda, la alimentación, condiciones de trabajo dignas, la educación y la justicia social.

Alcanzar un nivel aceptable de salud, que forme parte del desarrollo social y permita el acceso a todos los individuos, ha sido siempre el objeto de la atención primaria de la salud. El mejoramiento de la calidad de vida y de los beneficios sanitarios para la mayoría de la población son objetivos sociales de peso que involucran a la comunidad y a los encargados de designar políticas públicas que apunten al desarrollo económico y social, ya que estas variables se retroalimentan.

Los sistemas de salud surgen a medida que los países logran avanzar en materia de protección y desarrollo social. El sistema de seguridad implica la incorporación de medidas gubernamentales que favorezcan la relación de los ciudadanos con su trabajo y con sus pares. Intentan dar respuestas a la asistencia sanitaria de la comunidad considerando la cobertura de las prestaciones médicas y el acceso a beneficios de alcance general que contribuyan a garantizar el mejor nivel de calidad de vida.

Siguiendo el modelo adoptado por los países desarrollados, Argentina incorporó la ideología del modelo de atención primaria de la salud en parte por convencimiento genuino por parte de los estamentos técnicos y en parte por la necesidad de aceptar las condicionalidades impuestas para garantizar el acceso al financiamiento internacional

En la Argentina se intentó la implementación de numerosos Programas de fortalecimiento del Modelo de Atención Primaria de la Salud, con resultados muy dispares. Tan prevalente es esta visión acerca de la importancia de la implementación de modelos centrados en la atención primaria de la salud, que casi no existen

programas con financiamiento internacional que no incluyan entre sus resultados esperados el fortalecimiento de este tipo de modelo de atención (por ejemplo los programas PROMIN, REMEDIAR, PROAPS, PROS, Provincias I).

2.2.2 El modelo argentino de salud.

Según Federico Tobar, todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes: político, económico y técnico. La interacción de estos tres elementos permite una variedad de combinaciones que dan lugar a lo que se denomina: modelo de gestión, modelo de financiación y modelo de atención, respectivamente.

A través de estas variables, cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros, define la participación del Estado, las regulaciones sobre las empresas de salud, la asignación de los recursos y selecciona el tipo de cobertura médica que se desea implementar (servicios, prestaciones médicas, distribución de la oferta).

Si bien la inclusión de algunos aspectos en detrimento de otros identifica un modelo de salud determinado, ningún país tiene un modelo puro, único, sin embargo en algunos casos éste se caracteriza por una gran hegemonía de la forma de organización y financiación de la salud.

El modelo argentino de salud se ha caracterizado, a lo largo del tiempo, por las múltiples formas en que los servicios de atención se han desarrollado. Esto deriva en un modelo mixto que se compone a través de subsistemas: público, seguridad social y privado,

definidos por el origen de los recursos, la población objetivo y los servicios que brindan.

El Estado argentino incorpora funciones referidas a la salud a partir de la década del 40. La salud comienza a ser asumida como un deber de Estado, y aparecen las políticas de salud con el fin de asegurar el acceso a la atención a todos los ciudadanos.

Las obras sociales surgen como producto de la organización de los trabajadores y registran un gran crecimiento hacia 1950 y 1960. En este período se relacionan con el sector privado de prestadores, dejando de lado el uso de los hospitales públicos.

En 1970 se sanciona la ley 18.610, que extiende de manera obligatoria el sistema a toda la población trabajadora.

Durante las décadas de los 80 y 90, surgen las empresas de medicina prepaga o planes médicos de clínicas y sanatorios, de adhesión voluntaria, dirigidos principalmente a los sectores de mayores recursos.

El estado va perdiendo su rol protagónico y su liderazgo como financiador y proveedor de servicios.

Durante los años de la última dictadura militar de nuestro país, el gobierno despliega una política económica que generó en el sector de la salud un incentivo para la importación de tecnología. Esto terminó precipitando la crisis de financiación de las obras sociales que se vieron obligadas a incorporar coseguros.

En el período comprendido entre los años 1997 y 2001, la población que solo accede a los servicios públicos de salud creció un

18%². Es, ante esta situación de crisis, exclusión social y aumento del desempleo la que exige respuestas urgentes y demanda la participación del estado como regulador del sistema.

2.2.3. POLITICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

De acuerdo a las nociones de salud y seguridad que se manejan de manera generalizada en los distintos países desarrollados y sub/desarrollados, Argentina incorpora concretamente a partir del 2002 una serie de acciones gubernamentales con la intención de restablecer el orden y la equidad que la crisis económica evidencia en todos los ámbitos de la vida social, pero especialmente en lo concerniente al sistema de salud. En este sentido, la crisis de referencia se agudiza creando una brecha mayor entre aquellos que pueden acceder a la atención primaria de la salud y aquellos que quedan excluidos de la mínima posibilidad de atención en un consultorio médico. La mayoría de las personas que componían parte de la clase media ven reducidos sus ingresos y deben recortar sus gastos, por lo que abandonan su cobertura médica (pre/paga) y deben recurrir al sistema asistencial de los hospitales públicos.

Federico Tobar³ distingue cuatro tipos de barreras que impiden el acceso a los servicios de salud y que se registran para el acceso a los medicamentos. Estas son:

² Tobar, 2003

³ Tobar F. Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas. Boletines Fármacos. Buenos Aires, Vol.5, nro.4. Septiembre 2002.

- Barreras geográficas: Quedan excluidas del acceso a los medicamentos aquellas personas que residen a más de dos horas de distancia a pie o por medio de transporte público de un centro de atención o de dispensa.
- Barreras culturales: implica la existencia de factores culturales que determinan la conducta de una sociedad en lo referente a la salud (algunas comunidades tienen más incorporado el hábito de consumo de medicamentos que otras).
- Barreras de cobertura y legales: relacionadas con los sistemas de protección en cuanto a las prestaciones que incluye o excluye.
- Barreras económicas: SE registran cuando intervienen factores de disponibilidad de recursos por parte de los usuarios en cuanto a viáticos, gastos que conlleva determinado tratamiento y que están por fuera de la cobertura médica. En este sentido, Tobar señala que la principal barrera económica a los cuidados en salud se relaciona con el acceso a los medicamentos.

2.2.4 Decreto 486 del Poder Ejecutivo nacional

La política nacional de medicamento genéricos se inserta en nuestro país para dar respuesta al problema de acceso de la población a los medicamentos. Dentro de un contexto de emergencia sanitaria dado por la desfinanciación de la seguridad social, incremento de la población sin cobertura debido al aumento de la tasa de desempleo y pobreza, caída del poder adquisitivo y, por sobre todo, una suba de los precios de los medicamentos ambulatorios.

El objetivo central de la política de prescripción por nombre genérico es que las recetas hagan referencia a ese nombre y no a una marca específica.

El 12/03/2002 el gobierno nacional decretó la Emergencia sanitaria Nacional (Decreto 486 del Poder Ejecutivo Nacional) y puso en marcha un conjunto de medidas tendientes a asegurar la cobertura sanitaria de los sectores más desprotegidos de la sociedad. Durante los últimos años la dificultad para adquirir los medicamentos se ha convertido en la principal barrera de acceso a los cuidados médicos, convirtiéndose en el aspecto que registra mayores inequidades entre ricos y pobres.

De tal manera se formuló la Política Nacional de medicamentos sobre tres ejes: 1) Uso de los medicamentos por su nombre genérico, 2) la selectividad en la financiación de medicamentos por los seguros de salud y 3) la provisión pública para aquellos que no tienen cobertura ni acceso directo a través de las farmacias por falta de recursos.

REMEDIAR se propone como un programa de provisión gratuita de medicamentos ambulatorios. Constituye una estrategia central del Ministerio de Salud de la Nación para enfrentar la emergencia social y sanitaria, garantizando el acceso de la población más vulnerable a los medicamentos esenciales que dan respuesta a la mayoría de los motivos de consulta médica en los Centros de Salud.

Consiste en la provisión de medicamentos esenciales buscando llegar a todos los Centros de Atención Primaria de la Salud del territorio nacional para su prescripción y suministro gratuito a la población objetivo. Los medicamentos son distribuidos en botiquines a los Centros de Atención Primaria de la salud (CAPS). Los medicamentos provistos permiten dar respuesta a la mayoría de los

motivos de consulta en Atención Primaria de la Salud (al principio del programa alrededor de un 60% de las enfermedades para llegar luego a un 80%).

REMEDIAR surge como una respuesta a una situación de emergencia, aunque al mismo tiempo, busca reforzar el modelo de Atención Primaria de la Salud, jerarquizando los Centros de Atención Primaria, migrando la demanda de atención ambulatoria desde los hospitales a los centros ambulatorios e instaurando pautas de uso racional de medicamentos y conceptos de costo-utilidad.

La implementación de este programa es un ejemplo del Estado proveedor de servicios públicos, en tanto no solo se encarga de la distribución de los botiquines de medicamentos sino que también favorece a la regulación del mercado farmacéutico a través de la utilización por su nombre genérico.

2.2.5 SALUD Y EDUCACION

La educación, entendida como un proceso continuo que se extiende a lo largo de la vida del individuo, merece atención al momento de incorporar estrategias para el cambio de actitudes en el campo de la salud.

Es un proceso concebido como un todo integrador que recorre instancias formales que incluyen la recreación, el ámbito familiar y los espacios de interacción social, como así también las instancias formales.

De esta manera y en relación al ámbito de la salud y la prevención de enfermedades, la educación se constituye en el móvil que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de servicios. Será necesario

entonces conocer aquellos canales formales e informales de aprendizaje de la población objetivo que intentamos abordar e indagar acerca de los saberes e información que manejan a fin de optimizar los resultados de las acciones a implementar.

2.2.6 SALUD Y COMUNICACION

La comunicación para la salud consiste en la aplicación planificada y sistemática de medios de comunicación al logro de comportamientos activos de la comunidad, compatibles con las aspiraciones expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública. Supone una intervención para generar influencia social que forje actitudes e impulse al cambio de hábitos.

La proliferación de los medios masivos de comunicación permitió extender los alcances de la promoción de la salud que originalmente estaba orientada hacia la curación más que a la prevención. Según un documento de la Organización Mundial de la Salud⁴, la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud.

A principios de los 80' en América latina logró posicionarse la comunicación en salud, reemplazando a la educación sanitaria que era la idea central hasta ese momento. Esta nueva disciplina proponía el mejor uso de los medios masivos, una programación más rigurosa de los mensajes a transmitir que incluían la investigación del público al cual serían dirigidos y una tendencia a la participación comunitaria.

⁴ OPS/UNESCO, Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina, Quito, 1993.

Hacia mediados de los '90, comienza a pensarse en el uso de la transmisión de información en sanidad como instrumento para el cambio de actitudes. Los organismos internacionales y las regiones involucradas promueven la difusión de la información y orientan las estrategias a provocar cambios en los hábitos sanitarios de las comunidades, estimulando la búsqueda de mayor información y el fortalecimiento de las redes sociales. Esta perspectiva propicia el diálogo y la interacción de los diferentes actores involucrados en la elaboración de proyectos de salud e incorpora los saberes y conocimientos de la comunidad como imprescindibles para el logro de proyectos de salud y prevención efectivos. Si bien este enfoque, presentará modificaciones de acuerdo a la teoría de la comunicación que cada modelo adopte, los intentos y ensayos propuestos en los 90' presentaron como característica recurrente la combinación de herramientas de difusión y el traspaso de una idea instrumentalista de la información a una idea de la comunicación entendida como proceso que abarcaba todas las acciones que tenían lugar en la realidad social a intervenir.

En 1995, la CIESPAL con el auspicio de Unicef, OPS/OMS, Unesco y otros organismos de alcance internacional, organizó el primer curso de comunicación y movilización social, con el fin de capacitar a profesionales de la salud, de la educación y de la comunicación en la gerencia de proyectos de salud. La idea de movilización social va tomando fuerza a medida que se evidencia una ausencia de medidas provenientes desde el Estado acerca de los problemas de salud de la población y propone involucrar activamente al mayor número de personas en los procesos de toma de decisiones y búsqueda de soluciones.

“El objetivo de la movilización social es la concertación de acciones , el establecimiento de alianzas y la consolidación de redes entre los

distintos grupos involucrados, para desarrollar acciones más eficientes y alcanzar metas de desarrollo de mayor impacto social.”⁵

La comunicación juega un rol fundamental ya que interviene como eje articulador de las distintas acciones que se desarrollen y su fin último es la modificación del comportamiento humano en lo que a prácticas de salud se refiere. Y para que esta modificación se realice cada individuo debe conocer los beneficios a obtener a través de la motivación.

Las teorías del cambio de comportamiento postulan que la adopción de comportamientos sanos es un proceso que atraviesa diferentes etapas en las que los individuos avanzan hasta que el nuevo comportamiento se incorpora en su cotidianeidad. En las etapas iniciales la transmisión de los mensajes desde los medios masivos resulta ser lo más eficaz pero luego la comunicación interpersonal y las redes comunitarias cobran vital importancia.

Esta concepción de la comunicación como eje articulador de las diferentes acciones sólo puede ser posible si se tiene en cuenta el nivel de educación de la comunidad en tanto cada individuo reconoce la capacidad de intervención personal en las modificaciones y cambios de comportamiento, en tanto cada individuo valoriza niveles alcanzables de bienestar físico desde sus saberes y conocimientos y en tanto y en cuanto estén garantizadas las condiciones mínimas de vivienda, alimentación y empleo. Carecen de sentido las medidas impuestas desde afuera acerca de una realidad social determinada, como el caso de la comunidad de indios wichis asentados en la provincia de Formosa que mantienen sus valores y tradiciones a través del tiempo y que han sido invadidos por numerosos grupos de ayuda que intentaron “mejorar” sus condiciones de vida imponiendo

⁵ LOPEZ, ANA, “Comunicación y movilización social”, Revista Chasqui 51, julio 1995.

construcciones de viviendas y transpolando modelos de confort desconocidos para su práctica cotidiana. Quizás hubiera sido oportuno pensar en la posibilidad de favorecer el diálogo e intercambiar opiniones acerca de los beneficios que un techo puede brindar ante las lluvias, previniendo enfriamientos y malestares naturalizados por los miembros de esta comunidad.

Es el caso también de las numerosas campañas de prevención del embarazo adolescente o de transmisión de enfermedades sexuales en las que se ha diseñado una estrategia de distribución gratuita de preservativos o anticonceptivos orales sin articularlo con la relevancia que tiene en las personas destinatarias conocer acerca de las ventajas que la incorporación de ese cambio de comportamiento genera en su realidad particular.

De los ejemplos mencionados, se desprende la importancia de acotar todas las instancias en la implementación de herramientas comunicacionales a la hora de abordar un programa de prevención determinado.

2.2.7 Gestión de Procesos Comunicacionales.

La gestión de procesos comunicacionales "es un conjunto de acciones y procedimientos mediante los cuales se despliegan o ponen en juego una variedad de recursos de comunicación para apoyar la labor de los grupos, las organizaciones y las comunidades"⁶ La gestión cuenta con varios componentes dentro de los que se destacan la planificación y el diagnóstico.

⁶ Uranga Washington- Bruno Daniela, "La gestión como proceso integral", Documento de Cátedra, Taller Anual de la Orientación en política s y planificación de la comunicación, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, 2001.

3 -LA PLANIFICACION

La planificación es un instrumento de acción que orienta la toma de decisiones encaminadas a implementar cambios en el desarrollo de la organización.

El planificador que interviene en una realidad social, desde una perspectiva comunicacional, es un comunicador social, quien posee los saberes y las técnicas propias de la comunicación, "pero termina de definirse con relación a las prácticas que son objeto de intervención"⁷.

Es importante partir desde la toma de conciencia de que la realidad concreta en la que trabajamos es turbulenta. Como afirma Robirosa, en cada escenario que intervenimos se mueven e interactúan un conjunto de actores sociales que persiguen diferentes intereses, con diversas bases de poder estableciendo estrategias y alianzas que se van redefiniendo a lo largo del tiempo.

Al intervenir sobre las relaciones comunicacionales que se establecen en una organización, el planificador-comunicador debe insertarse en su interior para observar esa realidad y las prácticas que allí se manifiestan, interactuar con sus miembros, conocer sus percepciones, opiniones, interpretaciones y necesidades que junto con los conocimientos del profesional, definirán no sólo al objeto de estudio, sino también el rumbo para llevar adelante la planificación.

⁷ URANGA, WASHINGTON, "Introducción a la Planificación de Procesos Comunicacionales", Taller de Planificación de Procesos Comunicacionales de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la UNLP, Buenos Aires, 1999

Según Robirosa⁸, una planificación puede surgir a partir de algún tipo de necesidad de la población, de una acción proveniente de algún organismo, de una demanda de acción de instancias internas o una idea particularizada de proyecto.

En toda planificación diagnóstica las opiniones y percepciones de los miembros de la organización deben ser tomadas en cuenta durante la intervención del planificador. En aquellas organizaciones del Estado que brindan un determinado servicio público dirigido a un sector de la sociedad, es ideal que la planificación sea el resultado de la interacción y participación de los diferentes actores sociales involucrados: el sector destinatario del servicio que presta la organización, las ONGs, funcionarios, técnicos y profesionales, como poseedores de saberes y experiencias indispensables para la intervención efectiva.

3.1 Pasos del Diagnóstico

El primer contacto con la realidad a observar, se realiza por medio del prediagnóstico, como paso necesario para identificar y conocer al objeto de estudio. Esta etapa comprende la observación y recolección de toda la información pertinente a las actividades y funciones que se desarrollan en la organización, los objetivos, la misión, la situación actual, los recursos, la historia, la cultura, los miembros que la integran, las relaciones comunicacionales que se establecen, la importancia que se atribuye a la comunicación, y la viabilidad y factibilidad del proyecto.

⁸ ROBIROSA, MARIO, VV.AA., "Turbulencia y Planificación Social, Lineamientos Metodológicos de Gestión de Proyectos Sociales desde el Estado", Siglo XXI, Buenos Aires, 1990.

A partir de la información recolectada en el prediagnóstico, el planificador delimita sobre qué aspecto de la realidad comunicacional llevará a cabo su tarea para definir los objetivos que guiarán al diagnóstico.

Los objetivos se encaminan a describir qué aspecto de la realidad se va a conocer y con qué finalidad. Se parte de un objetivo general, que describe el aspecto global de lo que se desea diagnosticar. Para poder arribar a este objetivo, se plantean objetivos específicos derivados del anterior que conducen conjuntamente a esa descripción, "estableciendo un mayor grado de concreción a partir de contemplar datos de tiempo, espacio y circunstancias"⁹ .

Todo diagnóstico está orientado por un marco teórico que define las categorías conceptuales desde las cuales se analiza la realidad comunicacional. También, deben definirse previamente, las herramientas metodológicas seleccionadas para llevar a cabo la observación y el trabajo de campo del diagnóstico.

El contexto social en el que se inserta la organización no es algo permanente y estático, sino que es una realidad en constante cambio, y a veces impredecible. Por lo tanto, es necesario, en el momento de diagnosticar, estar atento a los cambios que se van sucediendo en el entorno.

⁹ URANGA W, EQUIPO DE CATEDRA, Diagnóstico y planificación de la comunicación, material de cátedra del Taller de Planificación de Procesos de comunicacionales, Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Periodismo y Comunicación social, 1999.

⁹ Idem

A partir de los problemas y potencialidades diagnosticados, se definen las tendencias de continuidad que son especulaciones a futuro sobre el devenir de la organización sobre la base de lo diagnosticado.

El último paso del diagnóstico, es la definición de las posibles líneas de acción que son orientaciones generales para dar comienzo a la segunda etapa de planificación.

Planificar es prever y decidir hoy las acciones de cambio que pueden llevar desde el presente hasta un futuro deseable. Es un proceso dinámico que involucra un conjunto de acciones y de tareas estratégicas y lógicas, en una organización, para alcanzar resultados óptimos y eficientes con relación a sus objetivos.

3.2 Pasos de la Planificación.

A partir del resultado del diagnóstico nos encontramos ya en la etapa de la planificación. Considerando los resultados y las conclusiones obtenidas durante esa etapa, se definen los objetivos, tanto generales como específicos de la planificación, que son la expresión de los logros comunicacionales que se propone alcanzar en un plazo determinado.

El objetivo general de la planificación "direcciona y delimita aquello que se quiere lograr, y los objetivos específicos son los que operativizan al primero, a partir de indicar los distintos caminos para alcanzarlo y (...), además, orientan los distintos programas y proyectos que van a desarrollarse"¹⁰.

¹⁰ Idem

Los objetivos deben guardar coherencia con la misión, valores y con el análisis del diagnóstico. Se caracterizan por ser relevantes para el funcionamiento de la organización, ya sea por su impacto al interior de la misma -reestructuración, planificación, recursos- o hacia el exterior -mayor cobertura, calidad u oportunidad del servicio. Deben ser especificados en resultados esperables cuyo logro sea constatable y, a su vez, traducidos en tareas asignables a personas o equipos, factibles de realizarlos en plazos determinados y con los recursos disponibles.

Con relación a los objetivos se definen las metas que hacen referencia al hacia dónde se quiere llegar a través de la planificación de la comunicación en la organización. Las metas no constituyen un fin ideal sino que se orientan hacia una finalidad concreta y realizable. Son la traducción de los resultados concretos y de los logros esperados con relación a los objetivos planteados en la planificación. Establecen un plazo de tiempo determinado dentro del cual deben ejecutarse y ponerse en funcionamiento los programas y proyectos delineados.

Tanto los objetivos como las metas, deben contener el propósito y el compromiso de mejorar los procesos comunicacionales dentro de una organización, para la mejora de alguna de sus dimensiones: calidad, eficiencia, eficacia, economía y equidad, o todas en general.

Una vez planteados los objetivos y especificadas las metas, se definen políticas y estrategias que orientarán a cada uno de los objetivos de la planificación. La política es un criterio de acción que establece lo que se hará y las estrategias son la manera en que se

llevará a cabo. Para su definición hay que observar las oportunidades, posibilidades y conveniencias que se presentan en la realidad a planificar.

Los objetivos planteados así como las políticas y sus estrategias, se concretan en programas a implementar. En ellos se determinan los proyectos comunicacionales que se desarrollarán, el tiempo y la metodología de ejecución.

Los proyectos son actividades a realizar en un determinado plazo y expresan una combinación de tiempo y recursos físicos, humanos y financieros, orientados a producir un cambio que permita alcanzar uno o más de los objetivos formulados.

El éxito de un proyecto radica tanto en el adecuado análisis previo de la factibilidad y viabilidad, como en la capacidad de ejecución del mismo.

PARTE II

DIAGNOSTICO

4.1 Objetivos del diagnóstico

4.1.1 Objetivo general

Diagnosticar las relaciones comunicacionales del personal sanitario del Centro de Salud "Zevallos II" (CAPS ZII) con las personas que acuden a la utilización de esos servicios para conocer el funcionamiento del Plan Remediar y la coexistencia de otros programas de comunicación en salud.

Para la realización del diagnóstico se utilizaron las herramientas mencionadas

A través de cinco visitas al CAPS ZII , se observó el funcionamiento del mismo, interactuando con el personal de enfermería, con uno de los médicos clínicos que presta servicios en la salita y con los pacientes mientras aguardaban su turno de ser atendidos.

4.1.2 Ubicación geográfica

La "salita" está situada en la intersección de las calles Boedo y Sucre de la localidad de Florencio Varela.

4.1.3 Funciones

Este espacio funciona hace aproximadamente 5 años, pero fue a partir de la aplicación del Plan Remediar que la misma adquirió mayor relevancia en la zona en que se ubica. De ser un centro de vacunación y atención primaria de la salud con escasos y precarios

recursos para cumplir estas funciones pasó a ser parte de los 5000 CAPS que reciben mensualmente los 1000 botiquines con 46 medicamentos que el ministerio de salud de la Nación distribuye para cubrir el acceso a los medicamentos de la población más afectada por la crisis económica en nuestro país. Allí se prescriben y se entregan medicamentos componentes de este botiquín y se atienden algunas especialidades médicas con la intención de reducir la asistencia de las personas al Hospital de Florencio Varela. Los centros de salud se proponen como los primeros lugares a los que debe acudir la comunidad antes de acercarse al hospital que , generalmente, está desbordado y no logra satisfacer todas las demandas que se presentan en el tiempo y la forma más convenientes.

El horario para las consultas médicas es de 8 a 17 hs, de lunes a viernes y se reparten 20 turnos diariamente por orden de llegada. Durante el horario de atención en centro cuenta con un responsable del área de enfermería que actualmente hace las veces de empleada administrativa , ya que la persona que realizaba esas tareas se enfermó y aún no han recibido su reemplazo.

4.1.4 Descripción del espacio

El centro cuenta con tres consultorios que son utilizados en forma intercalada por los distintos profesionales e inclusive por los enfermeros que usan uno de ellos para las curaciones o vacunaciones. Los mismos cuentan con una camilla y un par de banquitos para médico y paciente. Como no hay escritorios , un extremo de las camillas es utilizado para asentar datos en las fichas clínicas, prescribir medicamentos o indicaciones.

En el centro también puede observarse una cocina-comedor para uso del personal exclusivamente y un sanitario.

A un costado de la sala de espera se encuentra el área de servicio social, rodeada de ficheros y archivos. Esta área funciona dos veces a la semana cuando una trabajadora social atiende consultas y brinda respuestas a las necesidades de las personas que se acercan a su escritorio.

La sala de espera es común a todos los consultorios y tiene varios asientos disponibles. Las paredes están desnudas y sólo se registra la existencia de algunos carteles escritos a mano con información acerca de horarios de atención de algunas especialidades. Se destaca la presencia de un afiche con el calendario de vacunación pero que está ubicado detrás de una puerta lo cual dificulta su lectura.

El personal de enfermería está compuesto por dos personas que cubren los turnos de mañana y tarde en forma rotativa. Ellos son los responsables del botiquín de medicamentos y relevan la información acerca de la distribución de los fármacos a través de planillas que los promotores del plan les entregan mensualmente. En el consultorio que estos utilizan se encuentra ubicado el armario que guarda bajo llave el total de los medicamentos y una heladera para conservar la cadena de frío de los productos medicinales que así lo requieren.

La salita tiene como función principal responder a las demandas diarias y derivar en caso de ser necesario a aquellos pacientes que requieran de mayor complejidad para un tratamiento. En cuanto al tipo de consultas observadas durante las visitas realizadas se destacaron aquellas referidas niños con temperatura, personas con presión inestable y ocasionalmente dolores corporales o específicos de alguna parte del cuerpo. La mayor cantidad personas que se acercaron tenían por objeto obtener la prescripción y dispensa de un medicamento que ya habían retirado en, por lo menos, una ocasión anterior.

Un día viernes por la mañana se pudieron relevar desde el consultorio, ya que la Dra. Britos, médica clínica permitió la presencia de alguien ajeno a la práctica de consulta, las siguientes observaciones: En el lapso de 2 hs. , fueron atendidos 12 pacientes que habían concurrido desde temprano a retirar su turno , de los cuales 5 sólo necesitaban la receta para continuar con sus tratamientos crónicos . Estas personas traían el envase vacío de la medicación que estaban tomando a fin de informar al profesional acerca de lo que debían prescribirles y dispensarles. La instancia de la consulta se desarrolló de forma muy amena ya que ninguno iba por primera vez y ya conocían a la doctora con la cual se establecía una charla por momentos bastante informal. En casi todos los casos, luego del intercambio de síntomas y preguntas técnicas para arribar al diagnóstico certero, los pacientes manifestaban ganas de conversar acerca de sus problemas económicos y asistenciales que los afectaban a modo de desahogo o buscando una respuesta más allá de su malestar aparente.

En otra oportunidad, tuvo lugar el hecho de que la Dra. Britos dejaba de brindar servicios en la salita debido a que iniciaba una licencia por vacaciones y para su vuelta había sido designada para cubrir tareas en el Hospital de Florencio Varela. Esta información ya circulaba entre los pacientes que asisten a la salita y al momento de realizar las consultas del día cada uno manifestó su inquietud acerca de quién sería el reemplazo que enviarían por ella. Todos expresaban gratitud hacia ella y temían por sus destinos al considerar que quedaban a la "buena de dios" , al no conocer al nuevo médico que llegaría. En esta ocasión fueron atendidos 15 pacientes con turno, pero en el transcurso de las consultas la dra. fue interrumpida en forma reiterada por personas que no habían conseguido llegar a la distribución de turnos del día y necesitaban que les prescribiera medicamentos, ya que se les había terminado la provisión anterior.

Fue interesante observar que dada la demanda de ese día para con la dispensa de fármacos, la enfermera llenaba los formularios según las indicaciones del enfermo y la dra. firmaba luego confirmando la entrega del mismo.

También resultó llamativo para este observador, la presencia de una mujer que se presentó reclamando antibióticos para bajar la fiebre de su hijo, pero sin él. Ella explicó a la enfermera que lo había dejado a cargo de su otro hijo y que no podía trasladarse hasta allí con los dos y que todo lo que precisaba era que la ayudaran con un antifebril. La enfermera recurrió a la doctora y esta se acercó indicando a la mujer la posología de unas gotas pero advirtiéndole que, en caso de no lograr el descenso de la temperatura de su hijo, concurriría rápidamente al hospital. Una vez que se hubo retirado la enfermera se vió obligada a comentar que el día anterior había tenido oportunidad de revisar al niño en cuestión y que sólo presentaba un cuadro habitual de temperatura.

La dra. Britos comentó que además de la entrega gratuita de los medicamentos del plan Remediador, ellos cuentan con unos bonos distribuidos por algunos laboratorios que cuentan con una cobertura del 70% en medicamentos claves como antibióticos de alto costo. Estos bonos se complementan en todos los casos para ampliar la posibilidad de acceso al tratamiento terapéutico de aquellos que no cuentan con coberturas de obra social o medicina prepaga. Según lo expresado por la Dra., muchas veces es necesario sugerir el uso de una marca comercial reconocida antes que la de un genérico porque a la larga el gasto para el paciente termina siendo más ya que prolonga el tratamiento en mayor cantidad de días si el medicamento adquirido demora un poco más en lograr el efecto deseado.

Si bien el diseño de los botiquines intenta cubrir la demanda de cada centro de salud en que se distribuye, puede pasar

que algunas monofrogas se utilicen más que otras y no alcancen para el período mensual. De acuerdo a lo expresado por Isabel, la enfermera, la existencia de este plan no garantiza absolutamente la accesibilidad a todas las personas que requieren medicamentos. Sin embargo, ella lo señala como un paso importante ya que al menos se les puede proveer la primer dosis mientras que antes era difícil de comprobar que el paciente siguiera las instrucciones médicas dado al alto costo de los productos farmacéuticos que muchas veces generaba que los tratamientos se interrumpieran y el estado de enfermedad no tuviera mejora alguna.

Las conversaciones más comunes en la sala de espera se referían al relato de los malestares que cada uno padecía y, generalmente, las personas que concurrían ya estaban enfermas. No hubo registro durante ninguna de las visitas realizadas en el que un individuo manifestara intención de someterse solamente a un chequeo médico por control de salud.

En las charlas informales y espontáneas ocurridas en la sala de espera se evidenció desconocimiento acerca de la ley de prescripción de medicamentos por su nombre genérico

5. Problemas diagnosticados.

A partir del diagnóstico realizado en el CAPS ZII, se detectaron los siguientes problemas funcionales y organizacionales en relación a la misión designada por el mismo:

No existe un canal de información que permita conocer las actividades que allí se realizan ni los horarios que cada profesional está en la consulta ni datos relevantes al funcionamiento del plan Remediar. La existencia de dicho centro de salud se conoce a través del boca en boca y la mayoría de las personas se interiorizan acerca de los servicios disponibles una vez que se encuentran allí y siempre y cuando la enfermera esté desocupada como para responder a inquietudes administrativas.

Sólo en lo referente a difundir los días de vacunación se informa a las escuelas de la zona para que estas trasmitan la información a los padres y estos a su vez la redistribuyan a sus contactos.

Debido a la demanda de consultas que se producen diariamente y la poca cantidad de turnos que se ofrecen , muchas personas terminan recurriendo sólo a la prescripción de medicamentos sin acceder previamente al chequeo médico. Si bien, el botiquin del Plan Remediar contempla un listado de medicamentos esenciales para patologías crónicas y de tratamiento prolongado, resulta importante evitar la automedicación y favorecer la instancia de interacción con el profesional a fin de legitimar la practica médica.

Dada la ausencia de personal administrativo, el área de enfermería cubre parte de las tareas como asistir a los médicos con las fichas clínicas, completar formularios e informar a los usuarios acerca de todo lo referente al funcionamiento del centro. Además son los responsables del botiquín en tanto deben llevar un control de la dispensa que se realiza a diario a fin de solicitar la reposición una vez concluido el mes. Sin embargo estos controles se realizan una vez a la semana llevando a cabo una revisión del stock y contratando con las recetas firmadas por los usuarios. La verificación de lo dispensado se desplaza a varios días posteriores a la entrega.

Las monodrogas que componen el listado de medicamentos esenciales implementados en el botiquín del plan Remediar responden a un calendario que señala cuáles son las enfermedades más frecuentes de acuerdo a la época del año. Este calendario no considera las particularidades de cada localidad, siendo que muchas veces determinada ubicación geográfica incide altamente en la tendencia hacia cierta patología común a la gente que vive en ese lugar.

En función de las observaciones realizadas, el CAPS ZII se reduce por momentos a un mero dispensario de medicamentos, al no brindar alternativas que inviten a las personas de la comunidad a acudir al mismo. De esta manera se hace evidente una tendencia más bien marcada hacia la curación y no hacia la prevención, más allá de que la directriz de dicho plan sea la de brindar el acceso y la cobertura a los servicios de salud a la población más desprotegida de la sociedad.

No hay recursos materiales destinados a ampliar el uso que actualmente se realiza del centro. No se evidencia interés alguno en mejorar el aspecto del lugar e incorporar herramientas y soportes comunicacionales que favorezcan la interacción del centro con la comunidad e incentiven la participación de los usuarios.

5.1 POTENCIALIDADES DIAGNOSTICADAS

5.1.1 VIABILIDAD

En caso de elevar una respuesta alcanzable en el corto plazo y utilizando los recursos humanos ya existentes y sin cobro de honorarios, existe una voluntad política de incorporar talleres o actividades orientadas al intercambio de información acerca de las problemáticas emergentes que convoquen a la comunidad a involucrarse y participar en la promoción de la salud.

El personal de enfermería, el cuerpo médico y la trabajadora social estarían dispuestos a participar de actividades que tiendan a la mejora del funcionamiento del centro de salud.

PARTE III

PLANIFICACION

6.1 Introducción a la planificación en el CAPS ZII

De acuerdo a lo diagnosticado y en relación con los conceptos de salud, promoción para la salud, comunicación y los lineamientos expresados a través del Plan remediar, existen una distancia considerable entre los objetivos planteados para alcanzar el desarrollo social a través de la salud y lo que realmente sucede en la actualidad en función con la demanda que recibe.

Por lo tanto, se debe accionar sobre estos aspectos para recuperar y asumir nuevas estrategias para que el CAPS ZII amplíe la variedad de servicios que pueda ofrecer a la comunidad.

Para esto será imprescindible intervenir elaborando programas y proyectos específicos para las problemáticas que tengan mayor relevancia en la población que concurre a la salita. Por otro lado será oportuno involucrar al personal de la misma para que opine y participe acerca de las propuestas a sugerir.

Teniendo en cuenta, que la mayoría de los documentos emitidos por los organismos internacionales preocupados por la incorporación de todos los actores involucrados a la toma de decisiones para proyectos de cambios de comportamiento y considerando que estos aún se imponen desde una perspectiva vertical de la comunicación, me parece pertinente incluir la siguiente definición:

Según Robirosa, " *la **participación** está integrada por tres aspectos:*

***a) formar parte**, en el sentido de pertenecer, ser integrante;*

***b) tener parte** en el desempeño de acciones adaptativas;*

c) tomar parte, entendido como *influir a partir de la acción*.

...existen tres niveles de participación, que varían de una más restrictiva a una más amplia: información, opinión y toma de decisiones...

...La participación no es automática o espontánea: es necesario un aprendizaje, entendiendo que la misma significa acciones que incrementarán las capacidades de los participantes para analizar la realidad e influir sobre otros.

*...podemos diferenciar una **participación real**, basada en la influencia social y en la toma de decisiones, de una **participación simbólica**, en la cual se ejerce un grado mínimo de influencia."¹¹*

¹¹ Robirosa, Cardareli, Lapalma, Caletti, en "Turbulencia y planificación Social"

6.2 Objetivos de la planificación

6.2.1 Objetivo General

Generar una estrategia de comunicación externa y reforzar la función del CAPS ZII en tanto centro de atención primaria de la salud tendiendo al fortalecimiento de la interacción con las demás organizaciones.

6.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

6.2.3 Objetivo Específico N° 1

Lograr la difusión del CAPS ZII como centro de atención primaria de la salud propiamente dicho.

Metas:

Que para junio del 2005 se hayan implementado el 75% de herramientas comunicacionales periódicas diseñadas para el logro de OE N°1

Que para marzo del 2005 el 50 % de la comunidad aledaña al CAPS ZII reconozca los servicios que allí se brindan

Que para junio del 2005 se incremente un 10% el presupuesto destinado al CAPS ZII para la renovación de recursos materiales.

Politica

Lograr la sinergia de los mensajes destinados al reposicionamiento del centro de salud de referencia

Estrategias

- ❖ Creando mensajes de lectura sencilla
- ❖ Propiciando la difusión a través de los actores involucrados
- ❖ Incentivando a la comunidad a la participación y determinación de las demandas.
- ❖ Reforzando las relaciones interinstitucionales.

6.2.4 Objetivo Específico N° 2

Motivar la reflexión del personal del CAPS ZII acerca de la organización interna para el logro de los objetivos comunes.

Metas:

Que para marzo del 2005 el 90% del cupo de personal destinado para el centro esté cubierto por personas responsables e idóneas.

Que para junio del 2005 el 30% del personal haya generado por lo menos una propuesta de mejora

Que para junio del 2005 el 50% de las funciones del centro valoricen la aptitud de los integrantes que lo componen.

Politica

Generar una política de comunicación interna en el CAPS ZII para lograr la implicación de los miembros.

Estrategias

- ❖ Estableciendo espacios para la difusión de la comunicación interna.
- ❖ Organizando la distribución de la información entre las diferentes áreas.
- ❖ Generando espacios de comunicación que favorezcan el intercambio de opiniones entre los miembros

6.2.5 Objetivo Específico N° 3

Optimizar el acto de dispensa de medicamentos del plan remediar para cumplir fehacientemente con los fines para los que fue creado.

Metas

Que para marzo del 2005 el 75% de las prescripciones se realicen dentro del marco de una consulta médica

Que para marzo del 2005 el 75% de las entregas diarias se registre en el momento y no a posteriori.

Que para junio del 2005 se elabore un relevamiento de datos específico de la población destinataria del botiquín sanitario.

Politica

Fomentar una unidad de criterio común a todos lo involucrados en la dispensa de medicamentos del botiquín del plan remediar

Estrategias

- ❖ Reformulando las líneas de acción particulares a la entrega de medicamentos
- ❖ Incentivando al personal a un rol de gestión en la designación de cada fármaco a dispensar.
- ❖ Reforzando los mensajes de uso del plan a los usuarios/ destinatarios.

6.3 PROYECTO 1 :“ RECUPERANDO ESPACIO” (correspondiente al OE 1)

Actividades

- 1) Habilitación de un espacio dentro del CAPS ZII destinado a la reunión y el intercambio de ideas entre los miembros de la comunidad beneficiaria a fin de participar y realizar propuestas pertinentes a los servicios que desearían fueran brindados en el centro de salud.
- 2) Creación de un buzón de sugerencias a ubicar en la sala de espera.
- 3) Diseño de una cartelera de carácter informativo.
- 4) Incorporación de carteles de señalización para la circulación dentro del centro de salud.
- 5) Designación de responsables para organizar los grupos de discusión.
- 6) Evaluación: grado de convocatoria del centro de salud hacia la comunidad.

Técnicas a utilizar en las reuniones: se combinarán acordes a las diferentes instancias de los encuentros y en relación a las temáticas a desarrollar.

- Torbellino de ideas: se utilizará con el fin de trabajar sobre los saberes, creencias y mitos de los temas más difíciles de abordar.
- Discusión en grupos: para lograr el intercambio de opiniones y propuestas y favorecer la participación de todos.

6.4 PROYECTO 2 : "REFLEXIONES SOBRE LA PRACTICA PROFESIONAL" (correspondiente a OE 2)

Actividades:

- 1) Organización de una primera reunión informativa acerca de los cambios que se desea implementar.
- 2) Elaborar un cronograma de reuniones semanales para que los integrantes del centro de salud reflexionen sobre su practica profesional e inteactúen con sus pares acerca de las labores que cada uno realiza.
- 3) Diseño de una cartelera de comunicación interna a ubicarse en la cocina-comedor para garantizar el alcance a todos los integrantes.
- 4) Evaluación: grado de participación del personal del centro en la revalorización de sus respectivas profesiones.

Técnicas

Para la primera reunión se proyectará la película: "Las invasiones bárbaras" de origen canadiense, como disparador hacia la reflexión ya mencionada.

Grupo de discusión : favoreciendo la participación de todos a fin de intercambiar pareceres y percepciones acerca de la película proyectada.

6.5 PROYECTO 3 : "RACIONALIZACION DE LA DISPENSA DE MEDICAMENTOS" (correspondiente a OE 2 y OE 3)

Actividades:

- 1) Difusión sobre el funcionamiento del plan remediar a todos los integrantes del centro de salud.
- 2) Establecimiento de normas internas tendientes a controlar la dispensa bajo un sistema ordenado y de registro.
- 3) Motivación para la involucración de los responsables en el uso criterioso del botiquín
- 4) Evaluación : grado de involucración del personal en el manejo criterioso de la distribución de los medicamentos.

Técnicas: Para el logro de este proyecto será imprescindible la combinación de las técnicas utilizadas en los proyectos paralelos 1 y 2 y charlas a fin de relevar opiniones acerca de las pautas fijadas.

6.6 Evaluación de la planificación:

Se realizarán dos instancias de evaluación:

- 1) al cabo de 3 meses de realizadas las primeras actividades se verificará el desarrollo de las propuestas y la implementación de los cambios orientados al logro de los objetivos específicos.
- 2) Al cabo de 6 meses de realizadas las primeras actividades se procederá a comparar y relevar datos, posibles correcciones y mejoras que hayan sucedido en el período transcurrido.

7. APUNTES PARA CONCLUIR

Medicamentos genéricos, políticas públicas y good show.

El desarrollo social con sus cambios a través del tiempo , han demostrado que la salud siempre ha sido un tema tratado desde el gasto más que desde la inversión y las políticas implementadas tuvieron lugar sólo en momentos de crisis del sistema sanitario. No se detectan programas de prevención y educación para la salud que incorporen a la comunidad destinataria en la toma de decisiones acerca de cómo lograr medidas efectivas para la mejora de la calidad de vida.

Históricamente el Estado y , en los últimos tiempos las ong's, han asumido un rol de intervención en lo referente a la salud involucrándose desde el abastecimiento de medicamentos al fortalecimiento de redes solidarias para la atención integral de los pacientes de patologías determinadas. Por ejemplo el caso de la Fundación que nuclea a las personas que padecen fibrosis quística, hemofilia o portadores de HIV. Estas organizaciones muchas veces se constituyen en el único recurso para el sector más desprotegido de la población.

Extender las redes de atención médica, habilitar más puestos sanitarios y proveer a la población de medicamentos gratuitos puede no resultar del todo efectivo si no se tienen en cuenta las demás condiciones que contribuyen al bienestar de un individuo. Las políticas a implementar deben contener la claridad necesaria que abarque todas las dimensiones del ser humano al punto tal de proporcionarle todos los beneficios imprescindibles para el mismo fin. Es válida la atención de un paciente en una salita, siempre y cuando el mismo cuente con

herramientas que le permitan "curarse" estando en su casa o donde sea

El problema sigue siendo la falta de información y la inaccesibilidad de gran parte de la población a una óptima calidad de vida que apunte a los niveles estándares de salud y no que la expectativa de vida esté íntimamente ligada a una cuestión de subsistencia determinada por la realidad económica-social.

Es posible trabajar desde la prevención, es imprescindible comenzar a idear y desarrollar proyectos dirigidos a la educación y el bienestar. Resulta siendo más efectivo destinar recursos a campañas específicas útiles a los fines de la salud, antes que invertir en un sistema completamente enfermo. ES por eso que las acciones realizadas desde el campo de la salud no pueden ser llevadas a cabo únicamente desde el conocimiento de los economistas o desde el conocimiento técnico de los profesionales médicos. SE debe favorecer el trabajo interdisciplinario que permita el intercambio y la aplicación de diferentes variables que cada disciplina pueda aportar. Mientras la educación y la salud sean sólo parte de la agenda de quienes miden a estos campos desde la perspectiva del gasto y no desde la posibilidad de la inversión, los recursos existentes para estas materias serán cada vez menores en función del aumento de la población enferma.

Ahora bien, esto no deja de ser una preocupación para el sistema de salud actual que descansa sobre la prescripción de medicamentos y que, de esta manera sostiene y legitima la existencia de un mercado farmacéutico voraz.

Pero, contradicciones al margen, podemos afirmar que la incorporación de medidas preventivas que consideren a la salud como un todo integrador y descansen sobre la idea de un individuo capaz de incorporar conceptos y modificar hábitos para evitar la enfermedad,

será imprescindible para mejorar la calidad de vida y aumentar los niveles de educación.

Es decir, de nada sirve abaratar los costos de los medicamentos y avalar la existencia del genérico sin proyectar un conjunto de acciones que amortiguen la incidencia de un cambio de comportamiento tan radical como el consumo de medicamentos (recetados o no).

ANEXO

Rp.!

No hay dos médicos
iguales.

No hay dos pacientes
iguales.

No hay dos medicamentos
iguales para los-

Chief

La próxima vez que tengas que comprar un medicamento es posible que te digan que hay otros parecidos, similares o hasta que tienen la misma fórmula. Esto no significa que sean intercambiables. En la Argentina, a diferencia de otros países, no hay dos medicamentos que aún teniendo el mismo nombre genérico hayan demostrado tener efectos idénticos entre sí. Tu médico te conoce como nadie. Que sólo él defina qué es lo mejor para tu salud.

QUE NADIE CAMBIE LO QUE TU MÉDICO TE RECETA. ESE ES TU DERECHO.

CUIDANDO LA CALIDAD DE SU SALUD. INDUSTRIA FARMACÉUTICA ARGENTINA.

CAEMe - CILFA - COOPERALA

GENERICOS



Ahora es ley que el médico le recete por el nombre genérico del medicamento y que el farmacéutico le ofrezca todas las opciones. Así, es usted quien elige por marca y precio.

Y recuerde siempre: **verifique en el envase la certificación de calidad del Ministerio de Salud de la Nación.**

FORMULA - Cada 100 ml de suspensión reconstituida contiene:
Cefalexina (como manohidrata) 5g;
Excipientes c. s.
Medicamento autorizado por el Ministerio de Salud y Acción Social.
Certificado Nº 33.416
Dirección T...



Ante cualquier duda,
consulte gratis al

0800-2221002



BIBLIOGRAFIA

BELTRAN, LUIS RAMIRO, " Salud pública y comunicación social", en Chasqui Revista latinoamericana de Comunicación, n.51, Quito, Ecuador, julio 1995, pp. 33-37'

GONZALEZ GARCIA, GINES, "Remedios políticos para los medicamentos", Ediciones Isalud, Buenos Aires, 1994

GONZALEZ GARCIA, GINES; TOBAR, FEDERICO, "Salud para los argentinos", Ediciones Isalud, Buenos Aires, 2004.

HOBBSBAWM, ERIC, " Historia del siglo XX", Critica, Barcelona, 1995.

LOPEZ A,. ANA, " Capacitación en comunicación y movilización", en Chasqui Revista latinoamericana de Comunicación, n.51, Quito, Ecuador , julio 1995, pp. 41-43.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, "Manual de técnicas para estrategias de comunicación en salud", OPS, Washington Dc, 1985.

ORTUN RUBIO, VICENTE, " La economía en Sanidad y Medicina: instrumentos y Limitaciones", ISBN: 84-72798-460-1, Buenos Aires, 2002.

PICHARDO MUÑIZ, ARLETTE, "Planificación y programación social", cap. 1 , Editorial Lumen, Buenos Aires.

QUIROZ , MARIA TERESA, " Educar en la comunicación/comunicar en la educación", en Diálogos, nº37, FELAFACS, julio 1993.

ROBIROSA, MARIO, VV.AA., "Turbulencia y planificación social, lineamientos metodológicos de gestión de proyectos sociales desde el Estado", Siglo XXI, Buenos Aires, 1990.

TOBAR, FEDERICO, " Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y Alternativas", Boletines Fármacos, Volumen 5, nro. 4, Septiembre 2002.

URANGA W, Equipo de cátedra, "Diagnóstico y planificación de la comunicación", material de cátedra del Taller de Planificación de Procesos de comunicacionales, Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Periodismo y Comunicación social, 1999.

URANGA, WASHINGTON, "Introducción a la Planificación de Procesos Comunicacionales", Taller de Planificación de Procesos Comunicacionales de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la UNLP, Buenos Aires, 1999.

URANGA, WASHINGTON; BRUNO, DANIELA, "La gestión como proceso integral, Documento de Cátedra del taller anual de la orientación en políticas y planificación de la Comunicación, Universidad de Buenos Aires, facultad de Cs. Sociales, 2001.

VASSALLO, CARLOS, "Crecimiento económico en América Latina: un dilema no resuelto.", publicaciones Isalud.