

Diagnóstico situacional en salud: un método para aproximar los residentes al territorio sociosanitario

Situational diagnosis in health: a method to bring residents closer to the social and health territory

Roberth Steven Gutiérrez-Murillo^{1,*}

¹ Universidad Europea del Atlántico; MSc en Gerontología, España. Universidad Federal de la Integración Latinoamericana; Programa de Residencia Multiprofesional (Especialización) en Salud Familiar, Brasil; stevengumu@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-2304-3241

* Correspondencia: Servidão Genésio 84, Córrego Grande, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. CEP: 88037-027.

E-mail: stevengumu@gmail.com

Recibido: 7 julio 2022; Aceptado: 5 septiembre 2022; Publicado: 12 septiembre 2022

El Diagnóstico Situacional de Salud (en adelante DSS) constituye uno de los componentes iniciales a ser aprobados por los residentes, en el ámbito brasileño de los Programas de Residencia Multiprofesional en Salud Familiar. Tiene por objetivo principal propiciar momentos de aproximación contextual con la realidad social y sanitaria de las comunidades en las cuales los residentes actuarán durante los dos años de formación académica-profesional como futuros especialistas. Se trata de una inmersión real en el sistema local de salud, sobre todo en el eje asistencial primario, con el cual se espera que el residente desarrolle las habilidades colectivas de identificación, interpretación y resolución de situaciones clínicas y epidemiológicas referidas por los usuarios inscritos en las unidades básicas de salud familiar (1).

En ese orden de ideas, el DSS confiere una serie de posibilidades para que el residente vivencie el proceso de atención sanitaria en la perspectiva de la salud familiar y comunitaria, más allá de las paredes institucionales. Para alcanzar dicho fin, se exige la habilidad de recepción y procesamiento de datos no sólo implícitos, puesto que en ocasiones será competencia del residente desvelar circunstancias que posean el potencial de restringir la integralidad de las intervenciones propuestas, bien como interferir en el andamio oportuno de los programas y servicios de salud destinados a la comunidad.

El DSS propone el desplazamiento de los residentes hacia los domicilios de los usuarios con los cuales poseen vínculo asistencial, o sea, aquellos usuarios que le han sido asignados por efecto de las etapas de territorialización y regionalización sanitaria que caracteriza el modelo organizacional de salud familiar y comunitaria (2). Por un lado, contribuye al descongestionamiento de las demandas acogidas en las unidades de salud y, por el otro, permite una justa distribución de las agendas profesionales de los residentes. Además, las visitas *in loco* hacen posible que los residentes determinen la influencia/impacto que los determinantes sociales de la salud ejercen en los cuadros clínicos presentados por sus usuarios, en la medida en

que aportan un recorte situacional de las condiciones y estilos de vida, en las esferas individual y comunitaria.

Igualmente, el DSS adopta la función de un instrumento evaluativo, al garantizar la reflexión grupal sobre el protagonismo de la estrategia de salud familiar para provocar cambios en los contextos de vida de los usuarios acompañados longitudinalmente, siendo un aspecto más notorio en el caso de las comunidades con recursos limitados, que tienden a expresar peores indicadores sociosanitarios (3). En el debate aquí propuesto, es fundamental comprender el significado más amplio del DSS para los procesos de gestión y planeamiento sanitario local, visto que contempla una devolutiva por parte de los residentes, acerca de las principales informaciones destacadas en el DSS, lo que envuelve, consecuentemente, un apañado de interpretaciones individuales y colectivas para los problemas significativos que repercuten en los territorios sociosanitarios observados y las correspondientes propuestas de intervención, buscando ofrecer soluciones a mediano y/o corto plazo.

Es por todo lo expuesto que el DSS transforma la imagen tradicional del residente como un único prestador de servicios profesionales, al convertirlo en un elemento clave para el fortalecimiento de las redes locales de salud familiar.

Material suplementario: No hay.

Financiación: Autofinanciado.

Declaración de conflicto de interés: El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Gadelha AKS, Barreto ICHC. Residencia Integrada en Salud: percepción de los actores da énfasis en Salud de la Familia y Comunidad. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 1):1339-51. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0183>
2. Faria RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2020; 25(11):4521-4530. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>
3. Faerron Guzmán CA. Complexity in Global Health– Bridging Theory and Practice. *Annals of Global Health*. 2022; 88(1): 49, 1–8. <https://doi.org/10.5334/aogh.3758>



© 2022 Universidad de Murcia. Enviado para su publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Sin Obra Derivada 4.0 España (CC BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).