

Proyecto Progreso: un sistema sanitario participado para el desarrollo integral del modelo de Atención Primaria de Salud



PUBLICADO EN

REVISTA
Comunidad
SECCIÓN
Originales
NÚMERO
Abril 2010

Ignacio Maynar Mariño. EAP El Progreso. Badajoz

Raquel Nieto Ramírez. EAP El Progreso. Badajoz

Pilar Montero de Espinosa Pérez. EAP El Progreso. Badajoz

M.^a Ángeles Madueño García. EAP El Progreso. Badajoz

M.^a Dolores Fernández López. EAP El Progreso. Badajoz

M.^a Ángeles Maynar Mariño. EAP El Progreso. Badajoz

Introducción

En nuestro marco profesional, es obligado hacer referencia a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), realizada en Alma Ata, Kazajistán, en 1978, que declaró que la salud es un derecho fundamental y que el objetivo principal era lograr el grado más alto posible de salud en todo el mundo mediante el desarrollo de la promoción de la salud y la prevención de enfermedad a través de la participación comunitaria, así como de la asistencia en la enfermedad y de la rehabilitación cuando las anteriores han fracasado. En nuestro país, este marco conceptual se ha visto ratificado por la Ley General de Sanidad de 1986 y por sucesivas disposiciones legales que lo han revalidado.

Después del trigésimo aniversario de aquel histórico evento, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en periódicas conferencias mundiales, ha instado al desarrollo estancado de la APS, ponderando la necesaria reorientación de la misma hacia la promoción de la salud y las acciones comunitarias para la salud. En todas ellas se ha contemplado la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y se ha ratificado que la participación de la comunidad es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud, haciendo referencia al concepto de empoderamiento para la salud.

El modelo preconizado en Alma Ata concibe la salud desde una perspectiva biopsicosocial, como un proceso de relaciones dinámicas, en cuyo lugar de encuentro confluyen diferentes factores y para cuyo abordaje se precisa de la coordinación de múltiples recursos, porque una buena parte de los determinantes de la salud están fuera del sector sanitario. Pero en nuestra realidad, como fruto de la formación curri-

cular recibida, el paradigma biomédico de salud ha impregnado todas las actuaciones del sistema sanitario, tanto para los gestores como para todos los profesionales de la salud. Desde el modelo biomédico se entienden la salud y la enfermedad como problemas individuales de una maquinaria biológica que se puede reparar de manera fragmentaria, marginando la prevención, la promoción de la salud y la salud pública; se piensa en la enfermedad antes que en el paciente, en los síntomas antes que en las causas, en las razones individuales antes que en las sociales, y en las enfermedades orgánicas antes que en las funcionales. El modelo secuestra al sujeto, que pierde la autonomía de su propia salud y transfiere todo el protagonismo a las élites profesionales y a la alta tecnología. Este marco conceptual como referente nos ha incapacitado para el desarrollo de los presupuestos de salud biopsicosocial preconizados en Alma Ata.

Hoy nos encontramos en APS con un hipertrofiado desarrollo del modelo asistencial de ingente inversión en recursos humanos, tecnológicos y farmacéuticos al servicio del diagnóstico y tratamiento de enfermedades, con escasa o nula promoción de la salud y participación ciudadana, en el que se ha potenciado la dependencia de las personas del sistema sanitario y se ha provocado un aumento irresponsable, exigente y pasivo de la demanda asistencialista, y un constante e incontrolable incremento del gasto sanitario que hacen dudar a muchas personas de la sostenibilidad del actual nivel de prestaciones en un sistema sanitario universal y gratuito.

Todo ello nos ha situado en un callejón sin salida ante la incapacidad de dar respuestas más eficientes a las multifactoriales causas de los problemas de salud en el complejo mundo de hoy. A manera de conclusión, decimos que la salud está enferma y el desarrollo de la promoción

de la salud ha de ser una reacción al fracaso del modelo actual, siendo necesaria la construcción de alianzas intrasectoriales e intersectoriales para la promoción de la salud.

El Proyecto Progreso nace con vocación de retomar el norte perdido, y lo hace partiendo de la experiencia acumulada durante años de trabajo en la comunidad, con múltiples intervenciones educativas puntuales, pero no transformadoras. Parte también de la formación adquirida para llevar a cabo actividades de promoción y prevención con participación ciudadana a través del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) y de la metodología comunitaria desarrollada en el Proceso Comunitario Margen Derecha del Guadiana (PCMDG), que asesora al experto Marco Marchioni.

Se trata de desplegar los presupuestos de un modelo biopsicosocial de salud que integre la cooperación de todos los protagonistas de la comunidad (las instituciones, los múltiples pero descoordinados recursos técnicos y la ciudadanía) para que compartan la responsabilidad de la salud individual y comunitaria, cada uno desde el papel que le corresponde. Se pretende impulsar el equilibrio de las funciones asistenciales con las de promoción y prevención para dar respuestas a la población que no solo sean medicalizadas.

Entendemos que este proyecto haría posible un sistema participado de salud más racional en el que prevalezca la salud comunitaria como un bien defendido desde el compromiso coordinado de todos los protagonistas de la comunidad y facilitaría una progresiva reconversión de las actuales demandas asistenciales ciudadanas hacia una autonomía más crítica y responsable que contribuya a un sistema sanitario sostenible.

Breve descripción de la comunidad y el equipo de Atención Primaria de la Zona de Salud El Progreso

En octubre de 2005 se inaugura el Centro de Salud El Progreso (Badajoz). La comunidad donde se desarrolla este proyecto está asentada en una zona de salud urbana. Se encuentra situada geográficamente en el norte de la ciudad y comprende los siguientes sectores: Santa Engracia, Nueva Luneta, Gurugú, Progreso-Complejo Campomayor y la U.V.A.

En 2006, la población de la zona era de 7.830 habitantes. Se trata de una población madura cuyo

número se ha incrementado en los últimos años de forma importante con la llegada de población inmigrante y un alto número de personas de etnia gitana.

La mayoría de la población de las barriadas de Los Colorines, La Luneta y Grupo Sepes constituye una bolsa poblacional caracterizada por la marginalidad y la exclusión social. El nivel socioeconómico de la mayoría de la población es muy bajo, con una tasa de desempleo muy alta y con gran parte de la población activa en precariedad laboral, sobre todo mujeres. Con respecto al nivel cultural, existe una alta tasa de analfabetismo absoluto y funcional de la población adulta.

El equipo de Atención Primaria (EAP) del centro de salud (**figura 1**) está constituido actualmente por los siguientes recursos humanos: cuatro especialistas en Medicina Familiar; un pediatra; un especialista en Medicina Familiar a tiempo parcial que realiza la consulta del coordinador durante las 2 horas diarias de liberación; cuatro enfermeras de Familia; una enfermera pediátrica; una enfermera con perfil comunitario, contratada por la Fundación para la Formación y la Investigación de los Profesionales de la Salud, de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura (Fundesalud), como apoyo en el Proyecto Progreso; una matrona 1 día a la semana; una trabajadora social, 2 días a la semana; un auxiliar de enfermería; dos auxiliares administrativos y dos celadoras (personal polivalente).

Objetivo general del Proyecto Progreso

Equilibrar el desarrollo de las funciones asistenciales con las de promoción y prevención en Atención Primaria (AP) para mejorar el nivel de salud de la población con la participación activa de la comunidad.

Objetivos estratégicos y acciones emprendidas

Los objetivos estratégicos se establecen teniendo en cuenta a los diferentes actores protagonistas en la comunidad:

Objetivos estratégicos de participación comunitaria

- Constituir un órgano de coordinación permanente que integre la participación de los protagonistas de la comunidad

Desde los comienzos, en noviembre de 2005, se constituyó una comisión mixta denominada Comisión Comunitaria de Salud (CCS), integrada por representantes de diferentes colectivos ciudadanos, recursos técnicos de salud, educativos y sociales de la zona, y la Administración sanitaria; además, esta comisión está abierta a la participación de los ciudadanos y ciudadanas a título particular. Este espacio de encuentro y coordinación funciona en base a relaciones horizontales y por consenso; en él, el conjunto de profesionales que participan lo hacen en horario laboral para evitar voluntarismos y profesionalizar las actividades comunitarias.

- Elaborar un análisis de la situación de salud (ASS) participado

El ASS fue elaborado a lo largo de 2006, presentado a la comunidad el 1 de marzo de 2007 y divulgado en los colectivos sociales de la zona.

- Priorizar los problemas o necesidades detectadas, programar y/o protocolizar las intervenciones priorizadas

Del total de problemas críticos recogidos en el ASS, la CCS seleccionó cuatro problemas de salud: malos hábitos alimentarios en la población, consumo de alcohol y drogas en la población adolescente, deficiente información sexual a los adolescentes y soledad en la población anciana.

Siguiendo el método de Hanlon para priorización de problemas, la CCS decidió elaborar un programa para la «mejora de los hábitos alimentarios y del ejercicio físico en escolares y sus familias» de manera pilotada en un colegio de la zona.

En febrero de 2010 se abrió en el centro de salud una Consulta Joven sobre Salud Sexual, de 2 horas a la semana en horario de tarde, y se creó un grupo de trabajo para protocolizar la creación de una red de voluntariado para el acompañamiento de personas ancianas que vivan solas.

En el ASS también se detectaron problemas de salud medioambientales e importantes deficiencias higiénico-sanitarias en los bares de la zona. En este sentido, veterinarios y farmacéuticos del EAP están realizando inspecciones periódicas en todos los bares de la zona con el fin de vigilar las condiciones higiénico-sanitarias y el cumplimiento de la Ley de Prevención y Control del Tabaquismo.

Figura 1. Equipo de Atención Primaria El Progreso



El ASS detectó una alta prevalencia de tuberculosis pulmonar en la ciudad de Badajoz con respecto a la Comunidad Autónoma de Extremadura. Se está llevando a cabo un estudio sobre la prevalencia de la infección latente tuberculosa en la población de 6 a 14 años de la Zona de Salud de El Progreso durante 10 años.

Dada la alta prevalencia de patologías de base psicosocial, dorso-lumbalgia y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) recogidas en el ASS, se diseñaron talleres de promoción de la salud para abordar la baja autoestima en las mujeres, la espalda sana y las enfermedades respiratorias crónicas. Durante el período 2007-2009 se hicieron 15 talleres.

- Abordar las intervenciones priorizadas a través del incremento gradual de actividades de promoción y prevención de salud

Se reorganizan las agendas de medicina y enfermería para hacer actividades de promoción y prevención en horario laboral, a expensas de excesivas tareas asistencialistas.

- Desarrollar talleres de salud con metodología favorecedora de procesos grupales participativos

Los talleres de promoción de salud se planifican con metodología para el aprendizaje significativo de personas adultas y como espacios capacitantes hacia el empoderamiento en salud de la población.

- Fortalecimiento del tejido social existente

Al adaptar el horario laboral profesional al horario de participación comunitaria para el desarrollo de los talleres en las sedes de los distintos colectivos sociales de la zona, se ha conseguido

el incremento de nuevas afiliadas en cada uno de los tres centros de promoción de la mujer, atraídas por la oferta de esas actividades.

- Promover la creación de nuevo tejido asociativo que potencie la ayuda mutua

Se promueve la constitución de una asociación de familiares y pacientes con enfermedades respiratorias crónicas con los integrantes de los talleres realizados en el centro de salud, constituyéndose en junio de 2009 la Asociación Respirabien.

Objetivos estratégicos del equipo de Atención Primaria

- Disminuir la frecuentación en consulta a demanda en Medicina Familiar tanto en el centro de salud como en el domicilio de pacientes bien controlados con enfermedades crónicas y hacer un uso racional de la atención continuada

Se implantan diferentes mecanismos: informatización de las consultas, receta electrónica, protocolos de actuación para abordar las patologías que más demanda generan, un uso responsable de los recursos sanitarios y la gestión de la demanda sin cita previa en las consultas de Medicina Familiar, pediatría y enfermería.

- Formación continuada en metodología de actividades comunitarias y asistenciales

Se elabora un programa de formación continuada en actividades comunitarias en el EAP y se establece el reciclaje del personal de enfermería en patologías banales, crónicas y en la interpretación de pruebas complementarias normales a través de la formación continuada intracentro.

- Sensibilizar, periódicamente, a la comunidad con el Proyecto Progreso: «Por un sistema sanitario participado»

Se constituye un Grupo de Divulgación, dentro de la CCS, para informar permanentemente de todo lo relacionado con las actividades comunitarias generadas por el Proyecto Progreso.

- Desarrollar proyectos de investigación/ acción participativa y divulgarlos en la comunidad científica

Desde noviembre de 2005 se han realizado:

- Análisis de la situación de salud de la Zona de Salud El Progreso.

- Análisis de la situación de salud de la población de 12-19 años de la zona de salud.
- Análisis de la situación de salud de las mujeres de la zona de salud.
- Estudio sobre la prevalencia de la infección latente tuberculosa en la población de 6-14 años de la Zona de Salud El Progreso durante 10 años.

- Coordinación para el apoyo recíproco con el PCMDG

El Proyecto Progreso se ha beneficiado del impulso dinamizador de participación comunitaria que se había propiciado con el inicio en el año 2003 de este proceso, en cuyo ámbito geográfico también se encuentra el Centro de Salud El Progreso. El EAP se coordina con el PCMDG, formando parte del Comité Técnico Asesor, Núcleo Técnico y Núcleo del Grupo Comunitario como Recursos de Salud y asistiendo a las sesiones formativas con el asesor del proceso. Asimismo, ha participado en la investigación participativa para el Diagnóstico Comunitario de toda la Margen Derecha. Sin esta coordinación, habría sido imposible desarrollar en tan corto espacio de tiempo una participación tan activa de los tres protagonistas de toda comunidad (administraciones, recursos técnicos y ciudadanía).

Objetivos estratégicos que se pretenden conseguir con la Administración sanitaria

- Promover la inclusión de las actividades comunitarias en la cartera de servicios de AP

El grupo extremeño del PACAP, en el que están integrados varios miembros del EAP, ha elaborado y presentado a la Administración sanitaria una propuesta de actividades comunitarias para la cartera de servicios del Servicio Extremeño de Salud. El EAP ha venido solicitando permanentemente la inclusión de las actividades comunitarias en la cartera de servicios en todos los foros a los que se nos han convocado.

- Demandar formación en metodología de trabajo comunitario

Hemos contado con financiación para organizar talleres relacionados con la metodología de procesos comunitarios impartidos para toda la CCS.

- Apoyar con recursos humanos temporales las necesidades del EAP para actividades comunitarias

Dadas las cargas asistenciales que soporta el EAP y la necesidad de contar con un profesional de enfermería con perfil comunitario, se ha contado desde el principio con la contratación de una enfermera formada en el seno del Proyecto Progreso, por Fundesalud.

- Promover la formación de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en todo lo relacionado con su perfil comunitario

Miembros del EAP y del PACAP imparten todos los años un taller a residentes de cuarto año de Medicina Familiar sobre «Cómo iniciar procesos de intervención/participación comunitaria desde un centro de salud».

En las **figuras 2-4** se recoge el esquema general del Proyecto Progreso: un sistema sanitario participado para el desarrollo integral del modelo de APS.

Dificultades

En el desarrollo del Proyecto Progreso, nos hemos ido encontrando con diferentes problemas relativos al marco asistencialista que nos impregna:

- La cartera de servicios del Sistema Extremeño de Salud implica una diversificación significativa de tareas y elevados estándares asistenciales, pero no recoge las actividades comunitarias como parte del perfil profesional en AP. Ello no contribuye a su definitiva profesionalización.
- Las agendas de trabajo ni siquiera contemplan la posibilidad de registrar como tal el trabajo comunitario que hacemos.
- Existe una desigual formación en metodología comunitaria entre los miembros del EAP, y la repetida movilidad del personal de plantilla obliga a estar comenzando reiteradamente la formación.
- El EAP solo cuenta con una trabajadora social 2 días a la semana.
- Compaginar el desarrollo de las actividades comunitarias en horario laboral requiere un ejercicio de constantes juegos malabares.
- Además, la planificación, el desarrollo y la documentación de todo lo que supone el Proyecto Progreso generan una carga añadida para el equipo.

Figura 2. Esquema general del Proyecto Progreso desde la comunidad

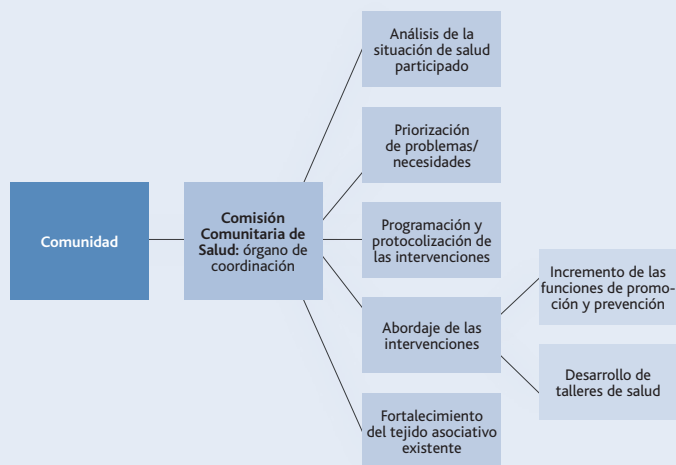


Figura 3. Esquema general del Proyecto Progreso desde el equipo de Atención Primaria

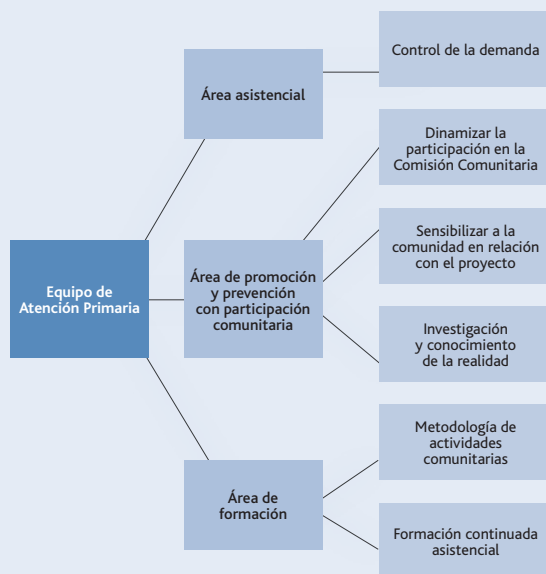


Figura 4. Esquema general del Proyecto Progreso desde la Administración sanitaria



Conclusiones

Conclusiones para la comunidad y el EAP

- Es imprescindible la formación permanente de toda la CCS en educación para la participación, a fin de dinamizar la implicación ciudadana en las intervenciones comunitarias de promoción de la salud.
- El análisis de la situación de la salud participado es el instrumento de cohesión de la CCS y debe ser actualizado cada 5 años.
- Es preciso garantizar el desarrollo de programas de salud y/o protocolos de actuación que den respuestas no solo de forma medicalizada a los problemas/necesidades priorizadas a corto, medio y largo plazo.
- Los talleres de promoción de la salud y las actividades preventivas con acción comunitaria habrán de generar nuevos grupos de ayuda mutua y fortalecer el tejido asociativo existente.

Conclusiones para la Administración sanitaria

- Es preciso incluir actividades comunitarias en la cartera de servicios para evitar que se cuente con la participación voluntaria de las personas que forman parte de los EAP para desarrollar este tipo de acciones; de otro modo, estaremos ante iniciativas particulares no asumibles por la totalidad de los EAP.
- Actualmente, es inexcusable la presencia de una enfermera o enfermero con perfil comunitario para poder seguir desarrollando el Proyecto Progreso. A corto plazo, es ineludible crear la figura de un responsable de actividades comunitarias en los EAP que esté liberado de tareas asistenciales, con formación en promoción de la salud y participación comunitaria para garantizar la sostenibilidad e implementación del proyecto.
- En el EAP de El Progreso resulta imperioso contar con un profesional del trabajo social a tiempo total que dedique la mitad de la jornada laboral a actividades comunitarias.
- Se hace necesaria una decidida apuesta política y apoyo institucional para cristalizar el Proyecto Progreso y conseguir que tenga un impacto más significativo, ya que es necesario ir implementando la

cantidad y calidad de las intervenciones priorizadas, pasando de considerarlo un proyecto innovador a ser un modelo de trabajo asumido íntegramente por la Administración sanitaria.

En resumen

Un modelo participado de salud comunitaria es la única garantía para una progresiva reconversión de las actuales demandas asistencialistas ciudadanas, que permita caminar hacia una autonomía más crítica y que contribuya a un sistema de salud sostenible desde la coparticipación responsable de la comunidad.

Bibliografía

- Astray Coloma I. (coord.). ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? [Internet.] Barcelona: semFYC. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/recomendaciones/recomendaciones.pdf>
- Baum F. ¡Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo XXI. Medicina Social. [Internet.] 2007;2(1):37-46. Disponible en: www.medicinasocial.info
- Comité Permanente del PACAP. Criterios de valoración de las actividades comunitarias. Comunidad. [Internet.] 2001;4(1):97-99. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/criterios.html>
- Equipo de Atención Primaria. Análisis de la Situación de Salud de la Zona de Salud El Progreso. Centro de Salud El Progreso. Badajoz: Edita SES; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan de Salud de Extremadura 2009-2012. Febrero de 2009.
- Marchioni M. Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria. Madrid: Editorial Popular; 2001.
- Marchioni M. La acción social en y con la comunidad. Zaragoza: Libros Certeza; 2004.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional en Atención Primaria de la Salud. Serie Salud para Todos. Ginebra: OMS; 1978.
- Rivera Navarro J, Gallardo Pino C. Grupos de Ayuda Mutua y Asociaciones relacionadas con la salud. Claves de un nuevo modelo sociosanitario. Madrid: Plaza y Valdés; 2005.
- Servicio Extremeño de Salud. Cartera de servicios. Mérida: Servicio Extremeño de Salud; 2007.