



«De paseo por los países desarrollados con la salud comunitaria»

Verónica Casado

Médica de Familia.

Centro de Salud Parquesol.

Presidenta del Secretariado Europeo de Prácticas de Salud Comunitaria

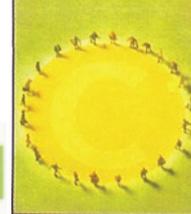
En general, se ha tenido tendencia a pensar que el desarrollo de las actividades comunitarias ha sido mayor en países subdesarrollados o en vías de desarrollo, por lo que nos parece de interés presentar una panorámica de la situación de los países desarrollados en el campo de la participación y de la intervención comunitaria. Se han seleccionado 3 países nórdicos, 3 países del sur de Europa, el Reino Unido y dos países de centro Europa, así como dos americanos, para analizar la realidad de las actividades comunitarias, teniendo especialmente en cuenta su relación con los servicios de atención primaria de salud.

Los servicios de salud comunitarios existen en el Reino Unido, aunque son menos conocidos internacionalmente que los servicios de medicina de familia (GPs). Su desarrollo organizativo y profesional se realiza de forma separada, pero juntos constituyen y permiten contemplar la noción de atención primaria. Entre ellos permitieron la reforma política del Servicio Nacional de Salud (NHS), aliviando la carga de los hospitales, permitiendo el apoyo en los hogares, un cuidado más flexible en la comunidad y un uso más eficiente y eficaz de los recursos hospitalarios.

Hasta mediados de los setenta los servicios de salud comunitaria habían sido descuidados en términos de política sanitaria, pero como la política gubernamental comienza a dar prioridad al cuidado comunitario, el potencial papel de los servicios de salud comunitarios es reconocido. En la reorganización de 1982, los servicios de salud comunitaria son organizados en unidades de gestión en la mayor parte de los distritos para concederles una única voz autorizada. Los servicios de salud comunitaria establecieron su propia identidad en el documento «los pacientes, primero», que introdujo ideas de descentralización. Pero el desarrollo a través del país es desigual y las diferencias entre unos y otros son muy amplias.

El NHS proporciona una cobertura casi universal de atención primaria; sin embargo, la participación comunitaria no se desarrolla en estos servicios. A pesar de esto existen experiencias con clara orientación comunitaria que son dignas de mención.

El resultado en Gran Bretaña no ha abocado en un sistema de centros de salud comunitarios (con intervención y participación comunitaria). En parte esto es debido a que los servicios de atención primaria se organizan en el NHS, y factores como el aumento del poder de los profesionales y el control sobre los recursos no han favorecido este desarrollo.



En 1994, Irlanda del Norte establece una red de salud comunitaria; Escocia incluye el desarrollo comunitario en el Consejo de Educación sanitaria; El Health Promotion de Gales estableció una red para la mejora de la salud de las comunidades y en 1995 una conferencia nacional tuvo lugar en Bradford en Inglaterra, reuniendo más de 100 personas que representaban a un gran número de proyectos comunitarios.

Términos tal como «participación de la comunidad», «desarrollo comunitario» y «empowerment» se convierten en términos de uso común en la retórica del NHS de la década pasada.

Las nuevas iniciativas de la política animan la descentralización y la consulta de la comunidad local sobre la clase de servicios que necesitan y desean. La carta del paciente, por ejemplo, precisó los derechos de los pacientes y refuerza la necesidad de las autoridades sanitarias de buscar las opiniones de la gente y una información mejor sobre la provisión de servicios médicos. Las autoridades sanitarias se encargan de dar a la comunidad una voz eficaz en la compra del cuidado médico. El nuevo contrato del GP se enfoca por primera vez hacia la mejora de la salud individual y de la comunidad.

El Royal College de Médicos Generales ha publicado un documento de discusión sobre la participación de la comunidad en Atención Primaria (Hermitage Z. Community Participation in Primary Care. The Royal College of General Practitioners. London. 1994).

El proyecto de salud de Heeley puede ser una muestra de los proyectos de orientación comunitaria en el Reino Unido. En este proyecto se vincularon sus impulsores con los GPs en Sheffield. El proyecto de salud de Wells Park Health en el sur de Londres es similar. Ambos emplean trabajadores sanitarios de la comunidad, que se coordinan con los médicos generales, pero manteniendo ambos su autonomía. Tienen sus propias comisiones administradoras que proceden

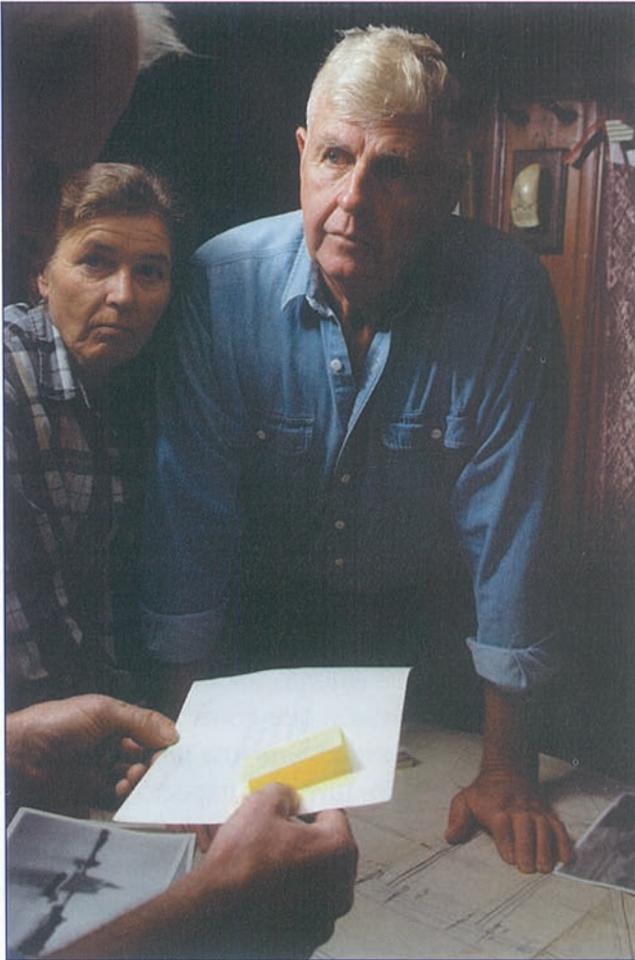


de la comunidad. La financiación proviene de la autoridad local de los servicios de medicina de familia y de organizaciones no gubernamentales.

Los profesionales de Wells Park describen con sorpresa el efecto que algunas soluciones tienen sobre la salud. Observaron que poner en marcha, por parte de la comunidad, una ruta de autobús hasta el supermercado, tuvo más impacto sobre bronquíticos y anginosos que el aumento de medicación, que era lo que el sistema sanitario podía ofertar. Otro ejemplo era la lucha de los médicos por ayudar a algunos pacientes ancianos deprimidos mediante soluciones convencionales inútiles. El grupo de autoayuda de personas mayores proporcionó apoyo para la gente mayor, teniendo más efecto sobre la movilidad y la motivación.

Los grupos de participación de pacientes son otra manera de unir a la gente con los profesionales de salud de atención primaria. La extensión de estos grupos ha sido lenta, con solamente alrededor 3% de las clínicas después de veinte años de las primeras experiencias.

El consejo y la defensa de los pacientes son ahora vista por un número creciente de profesionales sanitarios como una actividad legítima de la medicina general. Como antes, el impulso ha venido generalmente del exterior. Estos implicados afirman que la medicina general es un lugar particularmente conveniente para el consejo sobre la salud y sobre los derechos



porque están en una posición independiente y debido a la gran proporción de personas que visitan a su doctor.

PAISES NORDICOS

Finlandia, junto con otros países nórdicos, ha seguido una trayectoria similar de provisión de servicios públicos, basado en servicios médicos, sociales y educativos. Los municipios locales han tenido un fuerte papel en la provisión de estos servicios.

En Finlandia, como es común en los países nórdicos, existe una fuerte descentralización a nivel municipal. Ya a principios de siglo comenzaron a organizarse servicios sanitarios

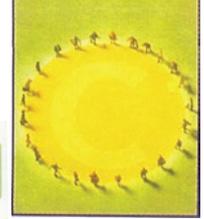
constituidos por enfermeras, médicos de familia y hospitales locales. Los médicos de familia se caracterizaban por su versatilidad, ofertando una amplia gama de servicios quirúrgicos y obstétricos. Las distancias a menudo largas y las conexiones difíciles no dejaron otra alternativa. En este marco se empiezan a desarrollar los centros de salud y existe una red de 455 centros de salud que atienden de 10.000 a 20.000 personas cada uno. Ofertan una cartera de servicios a su población similar a la española y los tiempos medios de consulta son de 13 minutos. Los centros de salud están equipados con medios tecnológicos de alto nivel (ultrasonidos, a veces endoscopias, además de radiología y electrocardiografía).

Las enfermeras de los centros de salud reciben una formación especial en enfermería preventiva.

Los equipos se ocupan del cuidado prenatal, postnatal y salud infantil, del programa de inmunizaciones, de la planificación familiar, de la salud escolar, de los servicios de salud ocupacional y de los servicios de medicina del trabajo, de la atención a domicilio de enfermos crónicos y personas mayores. Asimismo, abordan la rehabilitación psico-social, las necesidades de personas con discapacidades y de sus familias, la drogadicción y el alcoholismo.

Todo esto ha conllevado el incremento de coordinación entre el sector social y el sector sanitario. En 1979, tres ciudades fusionaron la administración y gestión de los servicios sociales y sanitarios. Gradualmente varios municipios al observar las ventajas del sinergismo han emprendido el esfuerzo de coordinación intersectorial.

Tradicionalmente, en Suecia, los centros de salud y la atención primaria han jugado un papel menor en la historia de su sistema sanitario en relación con los hospitales generales. De los 27.000 médicos existentes, sólo 4.000 son médicos de familia. Hay un médico por cada 320 habitantes, frente a un médico de familia por cada 2.400 habitantes.



En la década de los setenta se reconoce al médico de familia como un profesional clave; sin embargo, existía una falta importante de médicos de familia.

Desde 1990 se han propuesto múltiples reformas, pero se ha intentado seriamente estimular la atención primaria. Actualmente una red de centros de salud multidisciplinarios y de enfermeras comunitarias cubren todo el país. A pesar de esto el peso del nivel hospitalario sigue siendo muy fuerte.

Las autoridades municipales y los centros de salud colaboran en diversas áreas problemáticas (por ejemplo, personas en paro, información en las escuelas sobre drogas y tabaco), pero no en un grado muy alto.

Algunos de los agentes políticos en los municipios han sugerido que los centros de salud sean controlados y organizados por el nivel local.

Desde 1992, se está experimentando esta organización en seis municipios, de los 288 existentes. Actualmente algunos de los municipios con sus centros de salud han salido de la situación experimental y ahora son controlados por los consejos de condado.

Se ha establecido un sistema nacional de la salud y de bienestar hace muchos años, con un buen acceso al cuidado médico. El trabajo del equipo de atención primaria tiene más valor y los servicios de la comunidad son buenos. Hay altos estándares de calidad en las actividades de las enfermeras y paramédicos. La denominada «Reforma de los Ancianos» de 1992 ha favorecido y reforzado el papel de la atención primaria.

El sistema danés es también un sistema fuertemente descentralizado. Los servicios de atención primaria en Dinamarca son administrados por tres sectores: el estado, los condados y los municipios (consejos locales).

El Estado, a través del Ministerio de Sanidad, es el responsable de la política sanitaria. Por su parte, los 14 condados administran a nivel



regional y cada uno de ellos es gobernado por un Consejo democráticamente elegido. Los condados son los responsables de los hospitales.

Cada condado se divide en municipios, existiendo un total de 273 municipios. En cada uno de ellos se elige democráticamente un Consejo, con fuerte representación de la comunidad y que incluye un comité responsable de los servicios socio-sanitarios que incluye la salud pública, los cuidados a domicilio, los cuidados de enfermería a domicilio y los centros de salud comunitarios, con un fuerte contenido social junto al sanitario.

En los últimos años, y dado el importante envejecimiento de la población, se han creado los «consejos de personas mayores» que deben ser consultados en relación a la política sanitaria de la municipalidad, sobre sus necesidades y sobre la organización y funcionamiento de los servicios. El consejo de personas mayores consiste en 5 miembros que tengan al menos 60 años de la edad. Las elecciones ocurren cada cuatro años.

PAISES DEL SUR DE EUROPA

La legislación que regula los centros de salud de Portugal incluye la existencia de un consejo consultivo formal de la comunidad en cada centro de salud. No obstante, en la práctica, la mayoría



de los centros de salud no estimulan el funcionamiento eficaz de estos consejos. Sin embargo, al igual que en nuestro país hay ejemplos notables de colaboración formal e informal entre el centro de salud y la comunidad.

Lo mismo se puede decir sobre la cooperación intersectorial. Las diferencias encontradas entre los centros de salud se relacionan claramente con los profesionales y su interés por este tema y el de los líderes de la comunidad y no con las leyes o las regulaciones.

En Italia, a pesar de tratarse de un sistema nacional de salud, el desarrollo de la atención primaria ha sido muy pobre. No existen centros de salud ni equipos de atención primaria. El primer nivel es atendido por una red muy similar al modelo tradicional español, previo a la reforma. Y la salud comunitaria no parece inscribirse en las soluciones posibles para responder a las necesidades de salud de la población, no siendo esto incompatible con experiencias concretas de importante calado pero de escasa relación con el primer nivel sanitario.

PAISES DEL CENTRO DE EUROPA

En Francia la atención primaria y los centros de salud no constituyen la puerta de entrada del sistema sanitario y los que existen son minoría frente a un tipo de organización mayoritaria en la que el médico



general trabaja solo, es pagado por acto médico y su actividad es fundamentalmente curativa.

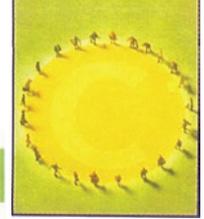
A pesar de esto existen en Francia 1.472 centros denominados centros de salud, de los cuales 700 sólo ofertan cuidados de enfermería, 230 ofrecen cuidados médicos, 400 prestan cuidados dentales y 142 son polivalentes. El 15% son gestionados por los municipios, el 25% por una mutua, otro 25% por una congregación y un 10% por organismos diversos.

En aquellos centros que son multidisciplinarios ofertan actividades preventivas (consultas orientadas a pacientes alcohólicos y toxicómanos, consultas anónimas y gratuitas sobre SIDA, consultas para adolescentes, planificación, vacunas, despitaje de tumores, etc.) promoción de salud (educación para la salud, información en escuelas, hogares de jubilados, programas de salud prevalentes) y servicios curativos.

Para este tipo de centros de salud la participación de la comunidad se sitúa en el centro de sus objetivos, por lo que los representantes de la comunidad se asocian al centro de salud a través de los consejos de administración.

A pesar de tratarse de un sistema sanitario bismarkiano, el caso de Bélgica es especialmente interesante. Desde 1972 se han puesto en marcha «les Maisons Médicales», siendo en la actualidad 43 en la comunidad francesa (21 en la región de Bruselas y 22 en la región Valona) y 9 en la comunidad flamenca.

Cuentan entre sus debilidades el que su número es escaso, su menor fuerza política frente a la medicina liberal y al sector especializado, la ausencia de estructuración del sistema sanitario y la función de puerta de entrada. Entre sus fortalezas se encuentran su accesibilidad y la proximidad a la población, la pertinencia en su oferta de servicios, la relación con las redes locales y, por último, el hecho de que presten una atención integral e integrada.



La participación de la población se inscribe entre los objetivos desde las primeras «maisons médicales». Sus modalidades son diferentes: comités de pacientes, cooperativas de pacientes. La evaluación de necesidades y problemas a través de encuestas y de informadores clave es puesta en marcha en los diferentes centros. Las acciones conjuntas con grupos de población en el terreno comunitario y la implicación de los centros de salud en la vida local, al lado de otras asociaciones es una realidad, principalmente en el campo de la promoción de la salud y de la educación para la salud.

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

En EEUU existen aproximadamente 2.200 centros de salud que ofertan atención primaria a 8,8 millones de personas, fundamentalmente de comunidades urbanas y de zonas rurales desfavorecidas.

Los consejos de dirección de los centros de salud fomentan la propiedad de la comunidad y la participación local. Se reúnen regularmente y, de conformidad con las leyes del estado, las federales y las regulaciones locales, tienen las siguientes funciones: aprobación del presupuesto del centro de salud, gestión financiera, establecimiento de políticas y de prioridades del centro, política de personal y, por último, evaluación de las actividades de centro, incluyendo los servicios prestados en los diferentes programas y la satisfacción de los pacientes. Los centros de salud son dirigidos por un equipo que incluye un director ejecutivo o gerente, incluyendo un director médico responsable de programas clínicos y un director de gestión con responsabilidad sobre los asuntos financieros.

Los centros de la salud, cuyo mantenimiento depende de su rentabilidad y de la calidad del cuidado proporcionado, consiguen altos

estándares de calidad a nivel nacional. Deben informar periódicamente de los servicios ofertados y su utilización, las medidas de calidad (programa perinatal, programa del niño, adolescente, adulto y los servicios geriátricos, peso al nacimiento, y mortalidad infantil, y las admisiones en hospital y tiempo de la estancia), estado financiero, facturaciones y la satisfacción de los pacientes.

Además, deben presentar sus planes de salud donde se incluyen los servicios ofertados, las necesidades y demandas, así como el impacto de su intervención.

Los centros de la salud llevan 30 años proporcionando calidad y atención eficiente. Los estudios demuestran que los costes del cuidado médico para los pacientes del centro de salud son un 30% más bajos que para otros proveedores que sirven a las mismas poblaciones. Los centros de la salud también alcanzan ahorros significativos reduciendo la necesidad de admisiones de hospital y de urgencia.

Una serie de estudios independientes documentan igualmente el impacto sobre la salud de los centros de salud. Las comunidades atendidas por los mismos han disminuido las tasas de mortalidad infantil entre un 10 y un 40% con respecto a otras comunidades atendidas por otros tipos de establecimientos. Además, los centros han aumentado la proporción de los niños inmunizados y han aumentado el uso de los servicios médicos preventivos. Los pacientes también han expresado la elevada satisfacción con los cuidados recibidos.

La implicación de los ciudadanos en la planificación y la gestión ha sido la característica básica que ha permitido a los centros de salud diferenciarse del resto. La comunidad está implicada directamente en el funcionamiento del centro: define los servicios a ofertar y ofrece la información necesaria para la definición de las necesidades.



Los consejos de dirección de los centros de salud integran líderes de la comunidad, lo que ha aumentado la participación del ciudadano.

Los miembros y el personal de centro tienen lazos fuertes con la comunidad. Están implicados activamente con las escuelas, hospitales, departamentos de salud locales y estatales, grupos comunitarios, las iglesias y otros, en el desarrollo de programas de salud y de educación, identificando las necesidades de la salud de la comunidad y creando redes integradas de salud. Consiguen apoyos y recursos de la comunidad, adicionales a la inversión en programas del centro de la salud. Como ejemplo cabe citar que esta colaboración está contribuyendo a que en la actualidad 337 centros de salud puedan prescribir medicamentos gratuitos para los pacientes con ingresos bajos. Por

otra parte, la colaboración de los centros con las universidades y las escuelas médicas están fomentando la formación de profesionales en materia comunitaria y en promoción de la salud.

Los centros de la salud son los abogados y defensores de los pacientes y de las comunidades de referencia. Como una red a nivel nacional, están utilizando su experiencia, maestría, ideas, para ayudar a los líderes comunitarios y de los gobiernos para encontrar soluciones a las necesidades de salud.

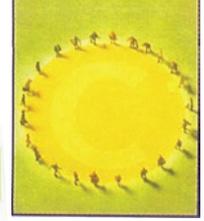
En tres décadas de crecimiento y desarrollo, los centros de salud forman parte integral del sistema sanitario de América como una red segura para la población pobre y sanitariamente no cubierta.

Con todo, los centros de la salud enfrentan un desafío serio, ya que compiten no solamente por los recursos escasos, sino que la industria sanitaria americana consolida rápidamente sus gastos, para contener costes, el gobierno federal reduce el gasto público y traslada el dinero de la atención primaria y otros programas sociales al sector privado. La realidad es que el centro de salud está siendo empujado a un mercado competitivo por la atención médica.

Mientras que los centros de la salud de América están decididos a sobrevivir, el problema es que tienen enfrente a proveedores fuertes y bien financiados como los HMOs y otros consorcios que desplazan el mercado de Medicaid, compitiendo por los contratos de gestión exclusivos y lucrativos con los estados. En algunos casos, los centros están siendo forzados a efectuar contratos con compradores y proveedores que tienen poco o ningún interés en financiar servicios de interés social.

CANADA

Los Centros Locales de Salud Comunitaria de Canadá son un ejemplo en cuanto a desarrollo



comunitario y tienen un enfoque socio-sanitario muy importante, aunque sólo el 13% de la población canadiense es atendida por estos centros, conviviendo con un modelo largamente dominado por las instituciones del segundo nivel y por una red de asistencia sanitaria liberal de primer nivel, que no son el paso previo para acceso al sistema. De todas las provincias de Canadá la que más ha desarrollado este modelo es Quebec.

Los Centros Locales de Salud Comunitaria tienen una fuerte orientación comunitaria, y su oferta de servicios es muy distinta de unos a otros, dependiendo de las necesidades detectadas en cada comunidad atendida. Todos proveen servicios sociales pero sólo un 73% oferta una atención médica, que cuando está incluida oferta atención integral e integrada.

Los Consejos de Dirección de los Centros están compuestos por 11-14 personas: 5 elegidos entre los miembros de la comunidad, 3-5 miembros del personal del centro, 2 personas de las asociaciones de usuarios y 1 representante de la fundación, si esta existe. El consejo de dirección es decisivo y los representantes comunitarios son mayoría. Se establecen procesos de consulta a la población para la definición de las prioridades y de los programas. Este entramado social permite la solidaridad y la puesta en marcha de actividades como cocinas colectivas, programas de vida activa para las personas mayores, agrupaciones y grupos de ayuda para familiares de enfermos mentales y grupos de autoayuda de todo tipo.

La colaboración con otros organismos y otros sectores forma parte de la cotidianeidad de estos centros. Esta colaboración es evidente en el abordaje de los principales problemas sociales: fracaso escolar, violencia familiar y conyugal, pobreza, envejecimiento e integración de emigrantes, entre otros.

La fuerza más importante de los Centros Locales de Salud Comunitaria es el arraigo en las dinámicas locales. La presencia de consejos de dirección dotados de poder real confirma la democratización de estos centros.

En definitiva, y después de este breve paseo se observa que la acción comunitaria está presente en muchos países desarrollados, aunque su estructuración es muy diferente según el sistema de salud del que se trate.

Aquellos países con sistemas nacionales de salud fuertemente descentralizados tienen mayor acción comunitaria (países nórdicos). Le siguen los países con sistemas nacionales de salud pero con organizaciones centralizadas (España, Reino Unido, Portugal). La organización de los sistemas bismarkianos no facilita la acción comunitaria, pero esta aflora a través de grupos que se unen para organizar la atención primaria (Francia, Bélgica, Canadá). Incluso en países fuertemente privatizados como EEUU, los centros de salud se organizan y cuando lo hacen tienen una fuerte orientación comunitaria.

A medida que un sistema sanitario va bajando en la escalera de Arnstein se observa que la tendencia de los centros de salud comunitarios se orienta fundamentalmente a población marginal y socialmente desfavorecida.

Tanto los organismos internacionales como algunas asociaciones científicas consideran que la clave del correcto desarrollo de todas las acciones dirigidas a la protección de la salud pasa por la acción comunitaria. Cuanto más democrática y participativa es una sociedad y cuánto más y mejor formados están sus profesionales en salud comunitaria, más posibilidades tiene la acción comunitaria y por lo tanto más herramientas para mejorar y hacer más equitativos los niveles de salud de las poblaciones.



Carta de los centros de salud comunitarios

Secretariado Europeo de Prácticas de Salud Comunitaria (SEPSAC, 1994)

Objetivo: La participación del ciudadano/usuario en la Atención Primaria de Salud.

1. Los centros de salud comunitarios se comprometen a contribuir en la democratización de la sociedad en el campo de la atención a la salud. Se comprometen a favorecer y desarrollar la esencia misma de la participación: que los ciudadanos/usuarios puedan evaluar, influir, rechazar o modificar (conforme al derecho de autodeterminación de los individuos y de las comunidades) las decisiones tomadas con relación a su salud por los profesionales sanitarios y por las estructuras prestatarias de los servicios.

2. Conscientes que esta participación implica el derecho de interpelación y de contestación, los centros de salud comunitarios utilizarán como métodos:

— Favorecer la accesibilidad del ciudadano/usuario a toda la información con relación a su salud y a la de la comunidad a la que pertenece.

— Publicar los procedimientos decisionales seguidos por los prestadores y los servicios de salud en lo que concierne al reparto de responsabilidades.

— Utilizar procedimientos explícitos de tratamiento de reclamaciones.

3. Los centros de salud comunitarios:

— Toman conciencia del papel particular y específico de los «intermediarios sociales» en el apoyo y refuerzo de la participación de los ciudadanos y de las comunidades en materia de cuidados de salud.

— Consideran que este papel debe ser renovado y asumido, igualmente en el ámbito local, como fundamento de la participación del ciudadano/usuario en todos los niveles del sistema de atención y de salud.

— Se da como misión reforzar este papel innovador en términos de participación invitando a los intermediarios sociales locales a jugar un papel de mediadores entre los centros, los usuarios y la comunidad local. Los centros tomarán las disposiciones necesarias para que esta mediación forme parte integrante del proceso de decisión y se relacione con las prestaciones individuales de atención y sobre el conjunto de acciones y servicios de salud ofertados a la comunidad.

4. Los centros de salud comunitarios están convencidos:

— Que esta participación no puede depender de la aprobación o del rechazo de las estructuras de servicio.

— Que esta participación implica formas de información y de formación en materia de prevención y de educación sanitaria sin que esto permita afirmar que la participación del ciudadano/usuario esté plenamente realizada.

— Que los medios necesarios para la participación deben formar parte de los mecanismos de financiación de la atención a la salud, sin que puedan ser absorbidas por las estructuras sanitarias.

— Los centros de salud comunitarios afirman que no les pertenece la decisión de la participación del ciudadano/usuario, ni la determinación de los campos que puedan concernirla.

— Los centros de salud comunitarios se comprometen a contribuir en la información y la formación del ciudadano/usuario: haciendo accesible los conocimientos en materia de salud y de atención; ofertando la posibilidad de participar efectivamente en las actividades organizadas en favor de la salud de las personas y de las comunidades.