



Avanzar en educación para la salud grupal

M.^a José Pérez Jarauta y Marga Echauri Ozcoidi

Instituto de Salud Pública. Navarra.

INTRODUCCIÓN

En primer lugar, quiero agradecer a la Organización de la Jornada su invitación a participar en ella. Estoy, estamos, verdaderamente encantadas de poder aprender y compartir experiencias, ideas y planteamientos.

El objetivo de la Jornada es posibilitar la reflexión, análisis e intercambio de experiencias respecto a las actividades comunitarias en Atención Primaria de salud y el encargo para esta mesa redonda es hacer aportaciones para mejorar el qué y cómo se está haciendo ese trabajo, en mi caso respecto a las Actividades de Educación para la Salud grupal.

Mejorar... es una hermosa palabra. He leído los resúmenes de estas actividades publicadas en la revista *Comunidad* y lo primero que tengo que decir es que se ha mejorado y avanzado mucho ya, por lo que quiero felicitar a quienes habéis llevado a cabo este magnífico trabajo. Leerlo todo junto, intentando analizar su evolución desde el año 1985, en que yo empecé a trabajar en el apoyo a profesionales de Atención Primaria en educación para la salud, me ha llenado de satisfacción y me ha hecho pensar en cuánto y qué bien ha llovido desde entonces.

Intentaré, pues, hacer aportaciones para continuar en esta mejora, desde la experiencia y los avances ya realizados por quienes estáis aquí y desde nuestra experiencia en Navarra y los planteamientos teóricos que manejamos en este tema. Por ello, quiero centrarme en cuatro aspectos de este trabajo, que se relacionan con los criterios 2 a 8 de la *Guía para la valoración global de los proyectos* del PACAP:

1. TIPOS DE INTERVENCIÓN.
2. ÁREAS DE INTERVENCIÓN.
3. CONTENIDOS A TRABAJAR.
4. METODOLOGÍA DE TRABAJO.

Múltiples factores de todo tipo han influido e influirán en la mejora de estas actividades: por una parte, los cambios en los patrones epidemiológicos y en las necesidades en salud de las comunidades y el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud y los diferentes organismos y foros nacionales e internacionales



de que la educación para la salud y la promoción de salud constituyen herramientas fundamentales para afrontar los principales problemas de salud actuales.

Por otra parte, algunas políticas públicas, económicas y de gestión de los servicios de Atención Primaria, carteras de servicios, organización del trabajo dentro de algunos equipos, espacios y tiempos para preparar y realizar estas actividades, apoyos disponibles (formación, materiales, asesorías, experiencias o modelos...), etc.

Un factor fundamental son los propios profesionales: situación, movilidad de plantillas, modelos teóricos y creencias, actitudes y habilidades.

TIPOS DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS) Y PROMOCIÓN DE SALUD (PS)

En los últimos años se ha ido avanzando en la clasificación y sistematización de los diferentes

tipos de intervenciones en este campo. Los cuatro tipos más frecuentes de intervención desde la atención primaria de salud, constan en la figura 1. Las actividades comunitarias incluyen los dos últimos tipos.

En este sentido, el hecho de avanzar en la sistematización de los tipos de intervención, es ya una mejora considerable. Otras líneas de mejora podrían ser:

De la educación para la salud grupal a la promoción de salud. Completar la intervención de educación grupal con alguna otra estrategia de promoción de salud, cuando sea posible y el tema lo requiera, que facilite el abordar las distintas necesidades y factores en cada área de que se trate, tanto personales como del entorno social.

Un ejemplo: una intervención con cuidadoras de personas con déficit de autonomía en el domicilio puede abordarse desde la educación grupal, en que organizaremos en el centro de salud unas sesiones o taller sobre cuidar y cuidarse.

Consejo/información: Es una intervención breve que se dirige a usuarios, aprovechando una consulta profesional, de demanda o programada.

Educación individual: Serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y usuario.

Educación grupal o colectiva: Serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o tema de salud. También se incluyen intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad para aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud.

Promoción de salud: Aborda las capacidades de las personas y también el entorno social que les rodea e influye en el tema de salud de que se trate. Además de la educación para la salud, incluye otros tipos de estrategias: información y comunicación a través de los medios de comunicación social, acción social y medidas políticas, técnicas o económicas.

Figura 1. Tipos de intervención en EPS y PS.



Si la abordamos desde una intervención de Promoción de salud, deberemos conocer con más profundidad las necesidades de la comunidad en este tema. Según éstas, podemos pensar en un proyecto que incluya ese mismo taller y también la elaboración de folletos sobre el reparto de tareas y cuidados domésticos, con participación de hombres y mujeres, para buzonear en el pueblo o barrio. Además, se puede incluir la participación en unos programas de radio y un artículo en el periódico locales. También se pueden programar algunas reuniones con los servicios sociales municipales y trabajar con los grupos de autoayuda y voluntariado existentes en el barrio para organizar servicios de respiro para las cuidadoras que lo necesiten. Asimismo, podrían plantearse informes y reuniones con los responsables municipales para aumentar los recursos y servicios de apoyo para cuidar.

Avanzar en el análisis y planificación global de los tipos de intervenciones pertinentes a las diversas necesidades de salud de la comunidad y diferentes áreas de intervención priorizadas. Consolidar este tipo de intervenciones en cartera de servicios supondría un paso de avance más.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN

Poco a poco se han ido también sistematizando y ampliando las áreas de intervención. Las tres áreas de intervención más frecuentes en educación y promoción de salud se citan en la figura 2.

Las intervenciones sobre problemas de salud competen, mayoritariamente, a los centros de salud. Las dirigidas a estilos de vida incluyen a veces a otros sectores. Las intervenciones sobre transiciones vitales son las que más

frecuentemente incluyen a diferentes sectores, servicios y grupos de la comunidad.

Respecto a las áreas de intervención, las líneas de avance han sido importantes en estos años. Se ha pasado de afrontar sólo los problemas de salud a trabajar también los estilos de vida y las transiciones vitales, lo cual se corresponde mejor con las prioridades marcadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los distintos organismos internacionales.

La promoción y educación para la salud deben responder de forma coherente a la evolución de las necesidades en salud que ocurren en nuestra sociedad. La política de Salud 21 para la región europea de la OMS, *Salud para todos en el siglo XXI*, ha definido 21 objetivos de Salud para todos como marco de desarrollo de las políticas sanitarias de la Región europea para afrontar las necesidades en salud en este siglo XXI.

Comparado con el *Salud para todos en el año 2000*, este documento enfatiza enormemente la prevención y promoción de salud y cita como áreas prioritarias de intervención emergentes las transiciones vitales, emigrantes y minorías

Problemas de salud, especialmente procesos crónicos, como diabetes, EPOC, o enfermedades cardiovasculares o artrosis, pero también procesos agudos o de media duración, como lumbalgias.

Estilos de vida, como alimentación, ejercicio físico, manejo del estrés, gestión de riesgos y otros.

Transiciones vitales, como la infancia y adolescencia, maternidad o parentalidad, menopausia/madurez, envejecimiento, cuidar, emigrar...

Figura 2. Áreas de intervención en EPS y PS.



étnicas, la salud mental, los accidentes y los estilos de vida.

En el documento de la Unión Internacional de Educación y Promoción de Salud (UIPHES), *La evidencia de la eficacia de la promoción de salud*, los puntos destacados de evidencia en intervenciones de promoción de salud son: el envejecimiento, la salud mental, los grupos excluidos, la enfermedad cardiaca, tabaco, alcohol, drogas, alimentación y las lesiones y accidentes. En el mismo documento se citan los escenarios prioritarios de intervención: los centros de enseñanza, los servicios de salud y los lugares de trabajo.

Quiero destacar la importancia de las transiciones vitales en la promoción de salud. La OMS en el documento citado, *Salud para todos en el siglo XXI*, dice que «una perspectiva centrada en el curso de la vida garantiza unos mejores resultados en salud para toda la población y a medio y largo plazo».

La vida comporta una serie de transiciones críticas, que están marcadas, por una parte, por la etapa vital correspondiente al transcurso de la vida: infancia, adolescencia, juventud, madurez (temprana, media y tardía), envejecimiento, tercera y cuarta edad y muerte.

Por otra parte, existen transiciones debidas a acontecimientos específicos que pueden ocurrir en ellas: emparejamiento, establecimiento de la propia residencia, cambio de escuela, de ciudad o de trabajo, paro, nacimiento y educación de hijos, aparición de enfermedades crónicas, duelo o pérdida del cónyuge o personas cercanas, maltrato, migración...

Capacitar para desarrollar y profundizar en habilidades y recursos para afrontar los retos de la vida, es una de las más eficientes intervenciones para la promoción de la salud y el bienestar y

para prevenir problemas y enfermedades de salud mental, que será uno de los más frecuentes problemas de salud emergentes en la región europea.

Especialmente importante desde la promoción de salud, es la maternidad y paternidad, durante el embarazo, al inicio de la escuela infantil, de la primaria o secundaria. Se comprueba la evidencia de intervenir sobre el bienestar mental de los padres respecto a su función parental; 15 años después mantiene sus efectos sobre el desarrollo físico y psicosocial, de aprendizajes y de disminución de problemas de salud mental y abuso de sustancias.

En este sentido, respecto a los retos y líneas de avance se trataría de:

Profundizar en esta línea de diversificar y ampliar más las áreas de intervención, a partir de la investigación y el análisis de las necesidades en salud de la comunidad con que trabajamos, para abordarlas al máximo posible y priorizando con criterios de Promoción de Salud.

Incorporar enfoques y actividades de promoción de salud a las carteras de servicios. Incorporar enfoques de promoción de salud significa considerar aspectos de salud positiva, responsabilidad personal y social, participación de la comunidad, promoción y prevención como parte del modelo de atención, desarrollar mecanismos de financiación, asignación de recursos y sistemas de motivación para la promoción de salud en los modelos de gestión, coordinación con otros centros y servicios sociosanitarios y educativos y organismos de la comunidad...

Incorporar actividades de promoción de salud significa ofertar servicios que incluyan alguna combinación de los diferentes tipos de intervención, incluyendo objetivos de equidad.



LOS CONTENIDOS A TRABAJAR

El avance en el modelo biopsicosocial, tanto a la hora de analizar las necesidades como de intervenir en educación y promoción de salud, es evidente. Se ha pasado de trabajar contenidos exclusivamente informativos (por ejemplo, qué es la diabetes, síntomas, diagnóstico y tratamiento) a incluir distintos aspectos psicosociales relacionados con la toma de decisiones, la aceptación de la enfermedad o el apoyo social.

Las líneas de mejora tratarían de profundizar en este enfoque holístico:

Desarrollar una nueva visión del tema en su globalidad. Nombres de proyectos que indican esta mejora: de «Conocimientos y cuidados en la diabetes» a «Vivir con la diabetes», de «La menopausia» a «Mujeres en la madurez», de «Preparación para el parto» a «Educación maternal», de «Cuidar» a «Cuidar y cuidarse»...

Ampliar los bloques de contenidos a trabajar sobre cada tema. Requiere trabajo educativo sobre los temas que ya se vienen trabajando (medidas terapéuticas y de autocuidado, cambios en el estilo de vida...) y generalizar el trabajo sobre

otros bloques de contenido que aún se trabajan en menor medida (aceptación de la enfermedad, prepararse para el cambio, esta etapa de mi vida...). Los posibles bloques de contenido para cada área de intervención podrían ser los que se exponen en la figura 3.

Profundizar más en los contenidos psicosociales, incluyendo contenidos de desarrollo personal. Cuando nos referimos a la capacitación de las personas en educación para la salud para afrontar problemas de salud, estamos hablando de desarrollo personal. En la experiencia de Navarra en los últimos años, se trata de un planteamiento educativo del desarrollo personal, o sea, se trata del aprendizaje y potenciación de recursos y habilidades personales para afrontar la vida, desde un nivel similar al planteado en el currículo de la educación secundaria en la LOGSE en Navarra.

Algunos aspectos del desarrollo personal necesarios para el afrontamiento de problemas o temas de salud constan en la figura 4.

Como ejemplos podemos citar: los modelos socioculturales respecto a la autoridad existentes en nuestra sociedad (modelo «autoritarismo», «laissez faire», «autoridad democrática»), a

Problemas de salud	<ul style="list-style-type: none">• Aceptación de la enfermedad.• Manejo de las medidas del tratamiento.• Planificar y llevar a cabo su propio plan.
Estilos de vida	<ul style="list-style-type: none">• El propio estilo de vida y posibles cambios.• Prepararse, planificar y llevar a cabo el cambio.• Consolidar el cambio.
Transiciones vitales	<ul style="list-style-type: none">• La etapa vital: elaborar y asumir esta etapa.• Recursos y medidas para afrontarla.• Un plan hacia delante.

Figura 3. Bloques de contenidos en EPS grupal.



ASPECTOS SOCIALES	ASPECTOS PERSONALES
<ul style="list-style-type: none"> • Modelos socioculturales. • Recursos y servicios. • Apoyo social. • Entorno próximo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identidad personal, etapa vital y proyecto de vida. • Habilidades personales: manejo de emociones y toma de decisiones: • Actitudes, valores y creencias respecto al tema. • Relaciones interpersonales. • Habilidades sociales: comunicación y manejo de conflictos.

Figura 4. Desarrollo personal y problemas de salud.

analizar con padres y madres o los modelos de ser buena madre o buen padre hoy en día, o los modelos de belleza y su influencia sobre la salud, a trabajar con adolescentes.

Con un grupo de personas cuidadoras es una necesidad el trabajo educativo sobre recursos y servicios disponibles en el barrio, pueblo o ciudad, si los utilizan o no y por qué y parecido con la existencia de grupos de apoyo social, de Alzheimer, de parálisis cerebral o de enfermedad mental. Asimismo, es necesario abordar la estructura y características del grupo familiar o doméstico en que vive y cómo se ha afrontado y planificado el cuidar dentro de ese grupo.

Con mujeres en la perimenopausia, será muy útil abordar las características de la etapa vital que inician, la madurez tardía, y los acontecimientos que en ella ocurren, así como su proyecto de vida y su identidad personal, autoconcepto y autoestima. Estos mismos aspectos será necesario abordar en la adolescencia o cuando se inicia la parentalidad.

Con grupos de personas en situación de estrés, abordaremos las habilidades personales, como el manejo de emociones y la toma de decisiones.

Las actitudes, creencias y valores será importante trabajarlas, por ejemplo, con personas

con una enfermedad crónica, respecto a la aceptación de la enfermedad y cómo la encaja en su proyecto de vida.

Las relaciones interpersonales y habilidades sociales se incluirán, por ejemplo, en el trabajo con grupos de personas que están dejando de fumar, por ejemplo, para pedir ayuda a las personas cercanas para que no fumen en su presencia al inicio o para actividades de distracción.

LA METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología de trabajo en la educación grupal ha mejorado mucho en los últimos años. De un planteamiento de educación igual a información, que podríamos sintetizar en el modelo charla, se está avanzando a un modelo de educación activa y participativa, que comprende diferentes sesiones educativas, en las que se pretenden y logran resultados no sólo cognitivos, sino de capacidades prácticas.

Seguramente se puede profundizar en este avance. Para ello, describiremos algunas de las claves del modelo de trabajo que hemos usado en Navarra desde el año 1985. Se trata de un modelo de pedagogía activa y participativa, basado en las teorías del aprendizaje significativo, que entendemos comparte claves

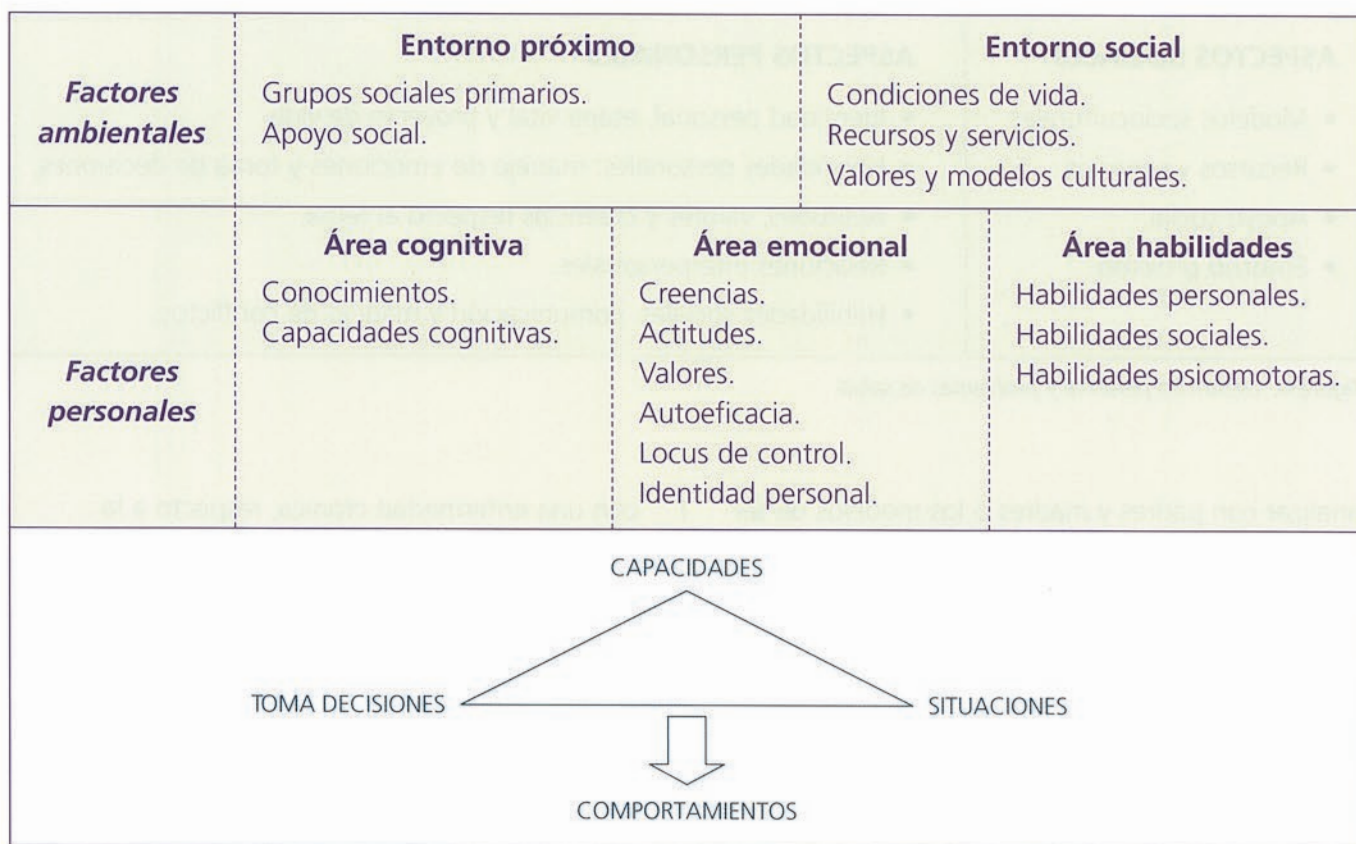


Figura 5. Factores relacionados con los comportamientos en salud.

con otros enfoques pedagógicos o más socioeducativos o más psicoeducativos...

De informar a educar. Se trata de profundizar en la reflexión sobre el concepto de educación. Educar no es informar y tampoco persuadir. Su finalidad no es que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el «experto», sino facilitar que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud, abordando los factores relacionados con los comportamientos en salud (figura 5).

De enseñar a aprender. Se trata de avanzar o profundizar en el logro de aprendizajes significativos: la persona aprende desde sus vivencias, motivaciones, preconceptos y modelos

cognitivos, reorganizándolos y modificándolos ante las nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso de enseñanza/aprendizaje (figura 6).

1. CONOCER Y EXPRESAR SU SITUACIÓN.
2. PROFUNDIZAR EN ELLA:
 - Desarrollar conocimientos.
 - Analizar.
 - Reflexionar sobre el área emocional.
3. ACTUAR:
 - Desarrollar recursos y habilidades.
 - Tomar decisiones.
 - Experimentarlas en la realidad.
 - Evaluarlas.

Figura 6. Proceso de enseñanza/aprendizaje.



A veces la mejora es cuantitativa y consiste en ampliar el proceso, o sea, en realizar un proceso educativo con más sesiones; aprender y cambiar es costoso; cada persona hace procesos diferentes para ello; a veces pueden ser procesos cortos, y otros procesos a medio y largo plazo.

De la charla a las técnicas educativas grupales activas y participativas. Avanzar en este punto requiere profundizar en la combinación de diferentes tipos de técnicas útiles a los objetivos (figura 7), estilos de aprendizaje y participación de las personas del grupo.

Como apoyo a todos los tipos de técnicas es útil el uso de recursos educativos de distintos tipos: visuales, sonoros, audiovisuales, impresos y otros, como objetos reales.

El educador o la educadora: de rol de experto a rol de ayuda

Esto supone desarrollar más reflexiones, actitudes y habilidades para profundizar en un rol de facilitación, de ayuda y apoyo.

Para ello, son útiles algunas actitudes básicas (congruencia, aceptación, valoración positiva o estima por las otras personas y empatía) y otras más concretas que se relacionan con un clima tolerante, más que defensivo, en aula (figura 8).

Las habilidades útiles incluyen también algunas más generales y otras más concretas. Entre las primeras destacan: comprensión empática, escucha activa, asertividad, comunicación interpersonal, autocontrol emocional, manejo de

PROCESO DE APRENDIZAJE	TIPOS DE TÉCNICAS GRUPALES
Expresar sus preconceptos o modelos previos, su experiencia.	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN EN AULA: Tormenta de ideas, foto-palabra, dibujo-palabra, rejilla, entrevista, cuestionarios, frases incompletas, cuchicheo, Phillips 66...
Reorganizar informaciones.	TÉCNICAS EXPOSITIVAS: Exposición con discusión, exposición participada, síntesis teórica; investigación o lectura bibliográfica con discusión, panel de expertos, mesa redonda...
Analizar y reflexionar.	TÉCNICAS DE ANÁLISIS: Casos, análisis de textos (paneles, frases, refranes, canciones o publicidad), discusiones (en grupo pequeño o grande, abiertas o estructuradas, discusión en bandas, sesión de tribunal), ejercicios diversos...
Desarrollo o entrenamiento en habilidades.	TÉCNICAS DE DESARROLLO DE HABILIDADES: Ejercicios y simulaciones, tales como <i>rol-playing</i> , simulación operativa, demostración con entrenamiento y ejercitaciones de distintos tipos, juegos, ayudar a decidir...
Otros objetivos.	OTRAS TÉCNICAS DE AULA Y FUERA DE AULA.

Figura 7. Clasificación de las técnicas educativas grupales.



CLIMAS DEFENSIVOS	CLIMAS TOLERANTES
<ul style="list-style-type: none">• Juicio.• Control.• Rigidez.• Certeza/Dogmatismo.• Distancia.• Superioridad.• Subordinación.	<ul style="list-style-type: none">• Descripción.• Orientación.• Espontaneidad.• Problematicidad.• Relación/Cercanía.• Paridad.• Autoridad «de servicio».

Figura 8. Climas defensivos y tolerantes.

conflictos y negociación. Entre las segundas se podrían reseñar: resumir y devolver cuestiones, ayudar a pensar, conducción de reuniones, refuerzo positivo, conducción de grupos, manejo de discusiones y distintos tipos de técnicas educativas, recursos y materiales.

Las actitudes y habilidades de quien educa, así como las técnicas utilizadas deben adaptarse a la dinámica y etapas de evolución del grupo (inseguridad, exposición, confrontación, pertenencia).

Del trabajo incidental al trabajo programado

Para este avance es importante programar detalladamente cada una de las etapas de la programación (figura 9). Ello permitirá obtener mejores resultados y utilizar los recursos de forma más adecuada.

A veces se pueden *detectar mejor las necesidades educativas* biopsicosociales en el análisis de la situación. En general, no se trata de realizar una costosa investigación que proporcione una información exhaustiva, sino de un diagnóstico

inicial que sirva de base para la programación educativa. Hay que tener en cuenta que la utilización de una metodología activa y participativa a lo largo del proceso educativo proporciona una información continua sobre las necesidades, demandas, problemas, motivaciones, intereses y comportamientos del grupo y de los factores relacionados. El análisis de situación está, por tanto, reelaborándose día a día y la programación debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las necesidades del grupo en cada momento.

Otras, se trata de *ampliar objetivos de aprendizaje* para abordar esas necesidades y profundizar en el abordaje biopsicosocial de los contenidos. En otras ocasiones, el avance consiste en diseñar precisamente las sesiones educativas para alcanzar los objetivos propuestos, partiendo de su experiencia y combinando un abanico de distintos tipos de técnicas educativas y recursos didácticos para atender a los diferentes objetivos y estilos de aprendizaje. Se puede también avanzar en definir instrumentos para evaluar los resultados, el proceso y estructura.

En todo caso, en este planteamiento metodológico, la programación inicial es sólo una hipótesis de trabajo. Tras la programación inicial se trata de ir reprogramando y ajustándose al grupo a lo largo de las sesiones.

Otra línea de avance en la experiencia navarra ha resultado ser la *planificación en conjunto del trabajo de EPS grupal de un Centro de salud* y hacer una oferta sistemática y programada a la

- Análisis de la situación.
- Objetivos y contenidos.
- Metodología.
- Evaluación.

Figura 9. Etapas de la programación educativa.



población para un año, así como ofertarla y organizar la demanda por los mecanismos habituales de oferta de cualquier otro servicio del centro.

MEJORAR...

Generalizar los avances

Como vemos, pues, el trabajo en Educación para la Salud grupal ha avanzado notablemente en todos los ámbitos. Hay que valorar el amplio patrimonio y la rica experiencia de que disponemos y, por supuesto, quedan todavía distintos aspectos en los que profundizar y un largo camino por el que seguir avanzando.

Este avance no es homogéneo y sería una gran mejora la consolidación de este trabajo en la Atención Primaria de Salud. En este aspecto valoramos como importante la reflexión colectiva sobre el pasado y, con la participación de todos y todas, abrir vías para caminar hacia la oferta generalizada y continuada de servicios de EPS y PS de calidad a las personas y comunidades.

El contexto

Estamos en un contexto con elementos facilitadores y dificultantes, como citábamos al inicio. A pesar del consenso generalizado sobre la necesidad y utilidad de la Educación para la Salud y la Promoción de Salud, su práctica, aunque creciente, no ha alcanzado todavía, de manera homogénea, la relevancia que merece en la Atención Primaria de Salud.

También en el contexto es van dando grandes avances: las políticas de la OMS para el siglo XXI, frente a las de Salud para Todos en el año 2000, que recomiendan priorizar la prevención y promoción de salud, el impulso a la promoción de

salud de diferentes organizaciones y expertos nacionales e internacionales, la introducción de estas actividades en la cartera de servicios, la existencia de estructuras de apoyo técnico para el desarrollo de este trabajo, múltiples y diversas ofertas de formación en el tema, un amplio abanico de materiales, modelos de buena práctica, redes y bancos de experiencias, demandas y planteamientos de la comunidad en algunos temas...

Mejorar como proceso

Los procesos de cambio, de mejora y de avances son positivos pero a veces costosos. Se trata de introducirlos despacio, a un ritmo posible.

Es muy útil aprovechar la experiencia precedente: materiales, modelos, protocolos, bancos de experiencias. Se trata de «imitar», «copiar», refundir, reelaborar, hacer puzles, adaptar a nuestro grupo o comunidad.

Resulta importante demandar a quien corresponda los apoyos necesarios, tanto técnicos como formación y materiales para profesionales y usuarios, como organizativos: horarios, compensaciones...

Asimismo resulta muy útil visibilizar, evaluar, publicar, compartir, intercambiar... las experiencias que se vayan realizando, creciendo en recursos y posibilitando mejores respuestas a la situación de salud.

Para finalizar, quiero resaltar, la motivación, la respuesta decidida, el esfuerzo personal y profesional, en ocasiones poco valorado, de quienes habéis constituido la punta de lanza de este movimiento y, asimismo, no olvidar a las personas, grupos, asociaciones que demandan, promueven y participan en este rico proceso.



Declaración de Sevilla «Comprometidos con la salud de la población»

I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar
(Sevilla, España, 14-17 de mayo de 2002)

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha ido imponiendo como un sentimiento unánime la necesidad de centrar las organizaciones sanitarias en el ciudadano/a; es decir, identificar la manera en que los sistemas de salud de los países pueden responder mejor a las necesidades y demandas de los individuos, sus familias y las comunidades.

Los actuales sistemas de salud precisan reformas centradas en la salud de las personas y encaminadas a mejorar la accesibilidad, la cobertura, la protección social en salud, el nivel de calidad de la atención y la satisfacción de los ciudadanos/as. En esta estrategia es esencial el papel del médico de familia en el primer nivel de atención que aporta elementos fundamentales: la longitudinalidad, la integralidad, la coordinación asistencial y la función de puerta de entrada al sistema y guía del usuario en el sistema de salud.

En esta línea se han elaborado dos documentos previos *Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia* (OMS/WONCA, Ontario, 1994) y *La medicina familiar en la reforma de los servicios de salud* (CIMF/OPS/WONCA, Buenos Aires, 1996). Ambos tuvieron como denominador común la elaboración de recomendaciones generales sobre el desarrollo de programas de formación en medicina familiar y su incorporación a los sistemas de salud.

Pese a las mejoras en el nivel de salud de la población, persisten todavía en Iberoamérica importantes desigualdades sanitarias y sociales, inaceptables niveles de pobreza y carencias de servicios básicos de salud. Esta situación, unida a cambios sociales, demográficos y epidemiológicos siguen obligando a mantener como orientaciones prioritarias para nuestros sistemas de salud:

- La contribución para mejorar la cohesión social y la disminución de las diferencias sociales.
- La necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios de salud.
- La atención prioritaria a los retos epidemiológicos y a las necesidades emergentes de atención a la salud.
- La desaparición de discriminaciones por razón de género, edad, etnia o condición socioeconómica.
- La participación social efectiva y el creciente control ciudadano de las acciones sectoriales.
- La reorientación de los servicios con criterios de promoción de la salud.
- El propósito de que la Atención Primaria de Salud sea el referente central de la reorganización del sistema.
- El desarrollo de sistemas de financiación y aseguramiento sostenibles, solidarios y suficientes.



Las recomendaciones de esta I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar parten de las aportaciones realizadas por distintos profesionales e instituciones pertenecientes a la comunidad de países iberoamericanos, en una reunión celebrada durante los días 14 al 17 de mayo de 2002 y auspiciada por la Confederación Iberoamérica de Medicina Familiar (CIMF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

Estas recomendaciones se resumen en los *cuatro apartados* siguientes:

A) LOS SISTEMAS DE SALUD Y LAS NECESIDADES Y DEMANDAS DE LOS CIUDADANOS

1. Los sistemas de salud deben contar con una rectoría pública bien desarrollada, que evite la segmentación, la fragmentación y el predominio del pago directo por parte del ciudadano/a. Se deben garantizar las funciones esenciales de salud pública y promover la intersectorialidad de las actuaciones.
2. Los poderes públicos deben garantizar el aseguramiento en salud a todos los ciudadanos/as, definiendo un conjunto de prestaciones comunes, con criterios de equidad, eficiencia, dignidad y sostenibilidad, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. Es esencial tener en cuenta las demandas de los ciudadanos/as y su participación en la definición de los objetivos y las políticas sanitarias, así como en el control de su aplicación. Muchos países deben esforzarse para facilitar la accesibilidad real de todos los ciudadanos/as al sistema de salud. Hasta llegar a un sistema

sanitario integrado será preciso combinar distintas modalidades de intervención, como extensión de la protección social en salud, dispositivos eficaces de extensión de las coberturas de los servicios, incremento en la capacidad resolutoria de las infraestructuras sanitarias existentes, financiamiento solidario, fondos unificados, etc.

3. El sistema de salud debe asegurar una atención longitudinal (continuada a lo largo de la vida del ciudadano) integrada, global y eficiente, ofreciendo servicios accesibles, descentralizados, polivalentes y permanentes. El papel de la Atención Primaria de Salud (APS) es fundamental para lograr estas características. Asimismo, se debe asegurar la continuidad de los cuidados entre niveles de atención, los cuales deben tener unas funciones bien definidas y trabajar de forma coordinada. La atención hospitalaria, para ser eficiente, deberá definirse como complementaria del primer nivel.
4. El primer nivel de atención debe estar a cargo de Equipos de Atención Primaria (EAP) multidisciplinarios. Para ello, es esencial que asuman la responsabilidad de la atención a la salud de las personas, integren la información sanitaria, promuevan la participación de la comunidad y oferten una cartera de servicios amplia y bien establecida, que tenga en cuenta, cuando sea pertinente, la necesidad de desarrollar modelos de atención interculturales.
5. Los/as médicos/as de familia, como integrantes activos de los EAP deben aumentar su poder resolutorio, organizar la atención por parte de otros especialistas y realizar consejo y tutela de los pacientes a lo largo de todo el sistema sanitario.



Asimismo deben atender a las personas no sólo en su dimensión individual, sino también en su contexto familiar y comunitario, siempre con una orientación biopsicosocial. Este enfoque trasciende el modelo biomédico, ubicando a la persona (y no sólo a su problema de salud), en el centro de la atención.

B) LAS APORTACIONES DE LA MEDICINA FAMILIAR A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Los escenarios que viven los sistemas de salud de la mayor parte de los países iberoamericanos obligan a la búsqueda de mejores instrumentos para mejorar la gestión, y alinear la asignación de recursos con los procesos de mejora continua de la calidad de los servicios de salud aplicando los incentivos apropiados. Ésta debe ser una tarea prioritaria de los gobiernos y organizaciones de la salud de los países de la Región a la que el CIMF y la OPS/OMS pueden aportar su capacidad técnica y abogacía institucional.
2. Es necesario trabajar en modelos que se orienten a las particularidades de la Atención Primaria en donde el médico de familia, junto a los demás miembros del EAP, es la puerta de entrada al sistema. Por ello, se propone trabajar en una iniciativa regional para el fomento y desarrollo de modelos innovadores de Atención Primaria con base poblacional claramente definida.
3. La certificación es un proceso voluntario cuyo objetivo es garantizar, a través del cumplimiento de estándares mínimos cognitivos y actitudinales, la calidad de los cuidados médicos para mejorar la salud de los ciudadanos. Será importante facilitar la implantación de procesos de certificación de médicos de familia alentando la creación de Consejos de Certificación Profesional.
4. La Medicina Basada en la Evidencia, la evaluación de tecnologías sanitarias y la evaluación económico-financiera de las intervenciones, constituyen una clara oportunidad de mejora de la calidad de los servicios con eficiencia y equidad. Es importante alentar el desarrollo de estas estrategias para la atención de los pacientes en la región creando y aprovechando iniciativas locales y regionales en conjunto con los gobiernos, universidades y organizaciones de servicios de salud de los países.
5. La medición de calidad en medicina familiar necesita de indicadores que sean atribuibles al desempeño de los médicos de familia, sensibles al cambio, basados en información reproducible, precisos, que reflejen áreas clínicas importantes y diferentes dimensiones de cuidado. Estos indicadores deben reflejar tanto procesos de atención y resultados finales. Se propondrá la creación de un grupo de trabajo dedicado a encontrar indicadores de desempeño clínico y de los servicios de salud familiar que capturen apropiadamente las características de la práctica de la Atención Primaria.
6. Los médicos de familia son profesionales clínicos y de salud pública que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria. Como tales forman parte de un equipo de profesionales de la salud, cada uno con competencias e incumbencias específicas. El trabajo



interdisciplinario coordinado es una de las mayores fortalezas de los equipos de salud familiar. Cualquier iniciativa de mejoramiento de la calidad desde la perspectiva de la medicina familiar debe considerar la participación activa de todos los profesionales del equipo de salud familiar.

7. Es necesario buscar estrategias que permitan el intercambio oportuno y continuo del conocimiento, siendo una de ellas la conformación de una Red Regional de Calidad en Medicina Familiar. La colaboración entre CIMF y OPS/OMS resulta fundamental para este propósito. Resulta importante para ello la investigación y recopilación de información actualizada en temas de calidad, su sistematización y difusión en el ámbito iberoamericano, a fin de promover una cultura de mejoramiento de la calidad en el ámbito regional.

C) LA FORMACIÓN DE PREGRADO Y LA MEDICINA FAMILIAR

1. Es necesario formular alianzas estratégicas para acelerar la incorporación de la medicina de familia y la Atención Primaria a las enseñanzas teóricas y prácticas de los currícula de pregrado en los países iberoamericanos.
2. Hay que movilizar voluntades y garantizar recursos, en cada país para la puesta en marcha de experiencias curriculares innovadoras en la enseñanza de la medicina de familia y la Atención Primaria en el pregrado con clara y temprana articulación con los servicios de salud.
3. La formación de profesores y líderes docentes en medicina familiar es esencial

para avanzar en los objetivos propuestos. El establecimiento de programas de colaboración e intercambio internacionales en este campo, es una estrategia primordial.

4. Es preciso alcanzar un desarrollo adecuado de la medicina de familia y la Atención Primaria dentro de las estructuras académicas de Facultades y Escuelas de Medicina Iberoamericanas. En cada país se deberán diseñar estrategias nacionales que permitan la introducción de la disciplina de Medicina de Familia en el currículo de pregrado.
5. La constitución de una *Task Force Iberoamericana* para el desarrollo de la medicina familiar académica, es un instrumento esencial para profundizar en los cambios de orientación, organización y contenidos de los currícula de las Facultades de Medicina.
6. Resulta importante que este grupo de trabajo asuma el encargo concreto y específico de operativizar las recomendaciones del documento elaborado en esta Cumbre, así como profundizar en el conocimiento y análisis evolutivo de la situación real de la Medicina Familiar en las Universidades Iberoamericanas.

D) LA FORMACIÓN DE POSTGRADO Y LOS PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. El médico de familia es el profesional de la medicina más cualificado y eficiente para el desarrollo de la Atención Primaria. Por ello, es necesario aumentar la cobertura de



- población atendida por médicos de familia y las nuevas residencias en medicina familiar.
2. Se deben establecer unos requisitos mínimos comunes para todos los programas de residencia en medicina familiar de Iberoamérica, que garanticen la calidad y puedan servir tanto para una futura acreditación internacional como para la certificación y recertificación de los médicos de familia. Estos requisitos deben incluir la duración y los contenidos de los programas, los procesos docentes y la formación de profesores.
 3. Se debe plantear el establecimiento de programas de capacitación para médicos sin especialidad, que permitan el desarrollo de competencias en materia de medicina de familia. Estos programas también deben tener unos requisitos mínimos comunes, que aseguren su pertinencia y la eficacia final.
 4. Es conveniente fomentar el intercambio entre los países sobre la formación en medicina familiar, difundiendo las experiencias y prácticas existentes.
 5. Es fundamental desarrollar programas de educación continua, que permitan a los médicos de familia mantener un alto poder resolutivo y adaptarse a las circunstancias cambiantes del medio. La educación a distancia con tutorías que aprovechen los avances telemáticos, debe ser fundamental para este propósito.

Resulta fundamental la conjunción de esfuerzos de la CIMF, la OPS/OMS, las autoridades sanitarias de los países iberoamericanos y de las instituciones académicas que se ocupan de la formación y educación continua de la medicina de familia a fin de desarrollar los compromisos que se plantean en la presente declaración de la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar.