

Desigualdades sociales en salud: historia de una mesa de congreso transformada en una actividad de aprendizaje colaborativo

Para contactar:

Javier Padilla Bernáldez
javithink@gmail.com

Autores:

Javier Padilla Bernáldez. Centro de Salud Castilleja de la Cuesta. Sevilla
Rafael Cofiño Fernández. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud de Asturias

«Me felicito porque soy parte de una nueva época, porque he comprendido la importancia que tiene mi existencia, la importancia que tiene tu existencia, la de todos, la vitalidad de mi mano unida a otras manos de mi canto unido a otros cantos.»

Gioconda Belli

Resumen

La metodología docente tradicional se ha mostrado útil para distribuir grandes cantidades de información, pero no para generar cambios en la práctica clínica. Por ello, durante la mesa sobre «Desigualdades sociales en salud» que tuvo lugar en el Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria se intentó utilizar una dinámica

diferente que enriqueciera el discurso a partir del aprendizaje colaborativo.

Material y métodos

A partir de cuatro textos elaborados por los ponentes de la mesa, se creó una página web (<http://desigualdadesensalud.wordpress.com>) y se difundió por diferentes medios la celebración del debate previo a la mesa del congreso.

Resultados

Durante los 11 días que duró el debate previo se registraron más de 4.400 visitas y 107 comentarios de 30 participantes diferentes. El debate previo sirvió para generar opiniones y compartir experiencias sobre el tema, así como para diseñar diversas propuestas que tanto a nivel micro como a nivel macro deberían llevarse a cabo para disminuir las desigualdades sociales y sus repercusiones sobre la salud.

Discusión

Es necesario buscar modos de trabajo que permitan sumar conocimientos y faciliten que los participantes se involucren en las actividades de tal modo que se generen cambios en la práctica clínica diaria. Asimismo, incorporar las desigualdades sociales en salud dentro de la perspectiva de la práctica clínica diaria se ha de ver como una necesidad para el correcto desempeño de la Medicina Familiar y Comunitaria.

Introducción

Cuando se intentan introducir temas novedosos en estructuras pertenecientes a una época caduca, como son los grandes congresos médicos, es necesario (y recomendable) tratar de cambiar la metodología imperante en este tipo de eventos. Si además se quiere con-

Palabras clave:
desigualdades en la salud,
aprendizaje colaborativo,
Medicina Familiar
y Comunitaria.

Summary

Introduction

Traditional teaching methodology has proved effective in disseminating large amounts of information but it has failed to change clinical practice. As a result of this, we used the round table on "Social Health Inequalities" that took place during the National Congress of the Spanish Society of Family and Community Medicine to apply a different methodology in order to enrich the contents of the round table through collaborative learning.

Methods and materials

Based on the four documents prepared for the round table, we created a website (<http://desigualdadesensalud.wordpress.com>) and advertised the round table on the internet (through different channels) and the previous debate prior to the congress.

Results

During the 11 days before the debate, the website received more than 4,400 hits and 107 comments from 30 different participants. Discussion prior to the congress was useful in order to generate opinions, share experiences and design different alternative proposals about what should be done in a micro and macro perspective to decrease social inequalities and their effects on health.

Discussion

It is necessary to look for ways of working that will allow us to sum up knowledge and make it easier for participants to get involved in activities, in a way that means we can really turn training into changes in daily clinical practice. Furthermore, the inclusion of social health inequalities in daily clinical practice should be seen as a necessity for the correct practice of family and community medicine.

Keywords: Health Inequalities, collaborative learning, family and community medicine.

seguir algo más que ocupar 2 horas de un congreso, esto cobra una importancia capital. Por ello, aquí vamos a contar la experiencia de una mesa congresual sobre desigualdades sociales en la salud en la cual intentamos hacer que las fronteras de la misma fueran difícilmente delimitables, adelantando su comienzo 2 semanas y trasladando el debate a un espacio virtual (<http://desigualdadesensalud.wordpress.com>) donde invitar a aquellos que no pudieran estar en la mesa presencial.

No se debe entender este intento de cambiar la metodología habitual como un alarde de originalidad, desmarcándose de los convencionalismos y huyendo hacia una variación en lo formal que no se acompañe de cambios en el fondo. En ocasiones, hay que tomar por válida la frase que dice que «el medio es el mensaje» («The medium is the message»)¹ y vincular las formas innovadoras de construcción de conocimiento a innovación en los contenidos y sus resultados. El cambio de metodología clásica de los congresos (y demás reuniones multitudinarias) es una necesidad que ha de ir paralela a los procesos de transformación participativa de las sociedades; una vez aprendido que la excelencia en contenidos no genera por sí misma cambios en la conducta de los que acceden a dichos contenidos, es necesario adaptar la forma en la que se generan, comparten, presentan y analizan los datos y conceptos que llenan las actividades formativas. Asimismo, la evidencia científica disponible a este respecto indica que son los procedimientos docentes participativos y longitudinales los que se acompañan de mayores cambios en la práctica médica, al contrario de lo que sucede con la tradicional metodología de conferencia magistral/unidireccional².

Para comprender la metodología utilizada, es necesario conocer los antecedentes en los que se basa, de los que destacamos dos principalmente:

- a) Seminarios de Innovación en Atención Primaria (AP), coordinados por Juan Gervas y consistentes en un grupo de aproximadamente 50 profesionales sanitarios (principalmente, médicos de AP) que durante 15 días debatían por correo electrónico en torno a tres textos redactados por los ponentes que al final de esos 15 días darían una breve presentación de los mismos para seguirse de un debate presencial³.

- b) Jornadas de Prevención en el Sistema Sanitario. Jornada organizada por la Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias en febrero de 2009, siguiendo una metodología similar a los Seminarios de Innovación en AP (<http://pss17.wordpress.com/>).

El objetivo general que nos llevó a apostar por un cambio en la metodología tradicional fue el introducir la perspectiva de las desigualdades sociales en la salud desde el enfoque de la AP. Como objetivos específicos de esta experiencia, podrían enumerarse los siguientes: a) generar conocimiento en torno al tema en cuestión aunando el mayor número de voces posible; b) hacer patente el abordaje de las desigualdades sociales como un tema propio de la práctica clínica habitual de los profesionales de la AP, y c) introducir nuevas formas de aprendizaje colaborativo en una macroestructura como un gran congreso médico.

Material y métodos (tabla 1)

Para la realización de la mesa de debate (actividad central de esta experiencia), conformamos un equipo de cuatro ponentes, además del moderador; el objetivo era juntar gente de diversa procedencia, con perfiles distintos y que pudieran cubrir el «¿qué?» y el «¿cómo?» de las desigualdades sociales en la salud, especialmente en el ámbito de la Medicina Familiar y Comunitaria.

Los textos concebidos para hablar del «¿qué?» de las desigualdades sociales en salud trataron sobre:

- a) Las desigualdades sociales en la salud, «etiología, diagnóstico y tratamiento», y su contextualización dentro de la AP de nuestro país⁴.
- b) La perspectiva de desigualdades sociales en salud desde la consulta del médico de familia

Tabla 1
CRONOLOGÍA DE LA PREPARACIÓN Y DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- ▶ Preparación de los textos iniciales
- ▶ Creación de la página web. desigualdadesensalud.wordpress.com
- ▶ Difusión de la iniciativa
- ▶ Fase de debate *online* (y envío de resumen intermedio)
- ▶ Realización de la mesa en el congreso de la semFYC

EL CAMBIO DE METODOLOGÍA CLÁSICA DE LOS CONGRESOS (Y DEMÁS REUNIONES MULTITUDINARIAS) ES UNA NECESIDAD QUE HA DE IR PARALELA A LOS PROCESOS DE TRANSFORMACIÓN PARTICIPATIVA DE LAS SOCIEDADES

Tabla 2
PREGUNTAS INICIALES SOBRE
LAS QUE SE PLANTEÓ EL DEBATE

- ▶ ¿A qué nos estamos refiriendo al hablar de DSS en AP?
- ▶ ¿Cómo trabajar en la práctica del día a día en mi centro el enfoque de DSS?
- ▶ ¿Qué puede aportar trabajar con un enfoque de DSS?
- ▶ ¿Cómo se puede mejorar la información sobre DSS?
- ▶ ¿Qué tipo de formación necesitaríamos en AP para ser profesionales de la equidad en salud?

y comunidad y cómo hacer que la práctica clínica tenga una perspectiva de disminución de esas desigualdades⁵.

De esta manera se pretendió, partiendo de los textos clásicos en la materia, realizar un abordaje que fuera desde lo más general a lo concreto, utilizando datos de nuestro entorno, como pueden ser los extraídos del proyecto MEDEA⁶, que tiene por objetivo analizar las desigualdades socioeconómicas y medioambientales en áreas pequeñas de ciudades de España y de Europa, intentando dibujar un escenario en el que cupiera el médico de familia, el paciente, la sociedad y las desigualdades sociales como hilo conductor de todo ello.

Por otro lado, los textos elaborados para tratar el «¿cómo?» se centraban en dos experiencias realizadas en nuestro país (aunque una de ellas con base en un proyecto estadounidense):

- a) Projecte Riu⁷, llevado a cabo en Alzira, basado en la formación de agentes de salud. Un proyecto gestado al margen de la AP, en el cual los servicios sanitarios se han acercado a colaborar una vez comenzado⁸.
- b) Observatorio de Salud de Asturias (OBSA) y el proyecto en el que se basó, los «County Health Rankings», del Population Health Institute en Madison (Wisconsin), que ejemplifican cómo vincular los datos socioeconómicos y demográficos a la acción comunitaria para mejorar la salud de la población^{9,10}.

Durante el período previo a la celebración del congreso, se seleccionaron cinco preguntas que fueron las que vertebraron el debate durante esos días (tabla 2) y cuyo objetivo era ser un enlace entre los cuatro textos iniciales y la actividad diaria de los médicos de familia que posteriormente asistirían al congreso. Para

conseguir una mayor participación en el debate, se difundió la iniciativa desde la página oficial del congreso, desde los blogs de los participantes en la mesa y otras personas interesadas y a través de diversos foros y listas de distribución de correo electrónico de profesionales sanitarios, así como en diversas redes sociales como Facebook o Twitter, bajo la etiqueta o hashtag #DSG11 (figura 1). Asimismo, desde Twitter se pudieron seguir algunas de las reflexiones que fueron apareciendo en la mesa el día de su celebración.

Al igual que en el espacio en la Red previo al congreso, la mesa congresual fue abierta (previa invitación) a personas que no fueran a asistir al resto del congreso; gracias a ello, pudimos contar con asistentes cuya actividad profesional se desarrolla más en el ámbito del trabajo social y otras actividades de desarrollo comunitario y no solamente con médicos clínicos (perfil fundamental de los asistentes a un congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria [semFYC]).

Resultados

Desde un punto de vista meramente cuantitativo, el blog en el que se realizó el debate previo registró 4.407 visitas y 110 comentarios durante 11 días, introduciendo en la conversación a 31 personas que opinaron durante ese período. Entre las personas que participaron en el debate previo, se encontraban médicos (de familia y comunidad, especialistas en salud pública y medicina preventiva, médicos generales), enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, etc.

Desde un punto de vista más cualitativo, el debate previo sirvió para tender puentes entre lo escrito por los ponentes y la realidad de las personas que participaron en la discusión y sus trabajos del día a día. Los textos iniciales planteaban algunos puntos clave en lo referente al abordaje de las desigualdades sociales en salud en el ámbito de la AP, tales como:

- Hablar de desigualdades sociales en la salud es hablar de diferencias, sistemáticas y potencialmente evitables, en el estado de salud, entre grupos o subgrupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Estas desigualdades atraviesan todo el estrato social y no se limitan a los más pobres, a los excluidos sociales o en riesgo de exclusión.

INTENTANDO
DIBUJAR UN ESCENARIO EN EL QUE
CUPIERA EL MÉDICO DE FAMILIA,
EL PACIENTE, LA SOCIEDAD Y LAS
DESIGUALDADES SOCIALES COMO
HILO CONDUCTOR DE TODO ELLO

- Es necesario que la información se haga comprensible a la población para facilitar que genere acción y cambio. Es clave que la información llegue a los agentes comunitarios y que genere debate.
- Se constata que el personal de distintos sectores compartimos barreras, y esto lo vemos como una oportunidad: las estrategias son igualmente válidas para todos los sectores. No obstante, todas estas barreras tienen una importancia relativa, ya que lo esencial es el proceso: el foco está puesto en las personas y en los microrresultados.
- En nuestra práctica clínica es necesario conseguir que nuestro trabajo sea un ejemplo de integración activa de la situación de nuestro entorno, los efectos sobre la salud y las medidas que, de forma adaptada a las condiciones de nuestros pacientes, puedan ayudar a que el binomio «situación social-enfermedad» salga lo más favorable posible para la población con la que trabajamos conjuntamente.

Algunas de las reflexiones más destacables aparecidas en la conversación previa a la mesa fueron las siguientes:

- Las desigualdades nos hacen pensar en la exclusión social, en la pobreza y en los colectivos más vulnerables. Pero también me gustaría reflexionar en temas mucho más cotidianos, como son la edad, el estatus social (digamos familiar y profesional), las diferencias evidentes entre regiones de España, las personas con alguna discapacidad y aquellas a las que juzgamos. Opino que la desigualdad también se produce cuando no tiene lugar la misma oportunidad.¹¹
- No es posible la neutralidad ideológica, pero esto no ocurre solo cuando intentamos delimitar qué cosas son o no justas, sino que la propia elección del término «desigualdades» viene marcada por una determinada posición ideológica y social.¹¹
- «[...] el problema excede lo que se puede realizar en el ámbito sanitario, pero uno de los aspectos que valdría la pena abordar (una vez más, pero específicamente con la idea de responder a desigualdades en salud) es la colaboración entre servicios sociales y sanitarios.»¹¹
- «Tenemos que desarrollar más cómo empoderar en la práctica individual y comunitaria a la

ciudadanía para que consiga una capacitación óptima y crítica que le posibilite abordar los determinantes (sociales).»¹¹

- ¿Dónde ha quedado esa dedicación al paciente y a todo su entorno? ¿Y el trabajo a la población? ¿Nos tienen que enseñar a querer cuidar a nuestra población, o tenemos un problema de principios? ¿La gente ya no hace la especialidad para querer dedicarse a la comunidad, o es solo una percepción mía?

En lo referente a los resultados de la mesa, hay que tener en cuenta que en un congreso de gran tradición biomédica y con una presencia de lo psicosocial notablemente marginal, en el cual los talleres realizados figuraban en el programa de la mano de la industria que los había patrocinado, organizar una mesa en la que se traten temas de desigualdades sociales en la salud e intentar relacionar magnitudes macro con la vida diaria del médico de familia puede resultar complicado e incluso, paradójicamente, descontextualizado. La mesa se articuló de tal manera que se intentó que algunos asistentes participaran durante el transcurso de la misma, buscando en todo momento centrar el papel de los profesionales sanitarios en el tema que se estaba tratando. Como puntos positivos que ayudaron a contextualizar la mesa presencial, podemos destacar el hecho de que existiera una cierta línea argumental a lo largo del congreso que se concretara en la inauguración, a cargo de Vicenç Navarro, hablando sobre las consecuencias en la salud de la crisis económica, la mesa del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) «¿Innovando en salud comunitaria?» y la mesa «Desigualdades sociales en la salud».

Discusión

El coste económico y humano que supone la organización de un congreso hace necesario buscar vías de generación de conocimiento de una manera más colaborativa y mantenida en el tiempo, que dejen espacio a elaborar discursos, conclusiones y acciones más meditadas y contribuyan a generar un hilo argumental más rico; además, el perfil de los asistentes a un congreso como el de la semFYC es muy monolítico; si la Medicina Familiar y Comunitaria se desempeña en un entorno de heterogeneidad cultural y socioeconómica, eso debe plasmarse en los eventos formativos en los que esta especialidad se haga presente.



Figura 1. Logo del foro sobre desigualdades sociales en salud (#DSG11).

¿NOS TIENEN QUE ENSEÑAR A QUERER CUIDAR A NUESTRA POBLACIÓN, O TENEMOS UN PROBLEMA DE PRINCIPIOS?

La metodología empleada en esta iniciativa permitió que, a partir de unos textos básicos esbozados por cuatro personas, se pudiera construir un mensaje mucho más sólido y consistente que la simple conjunción de los cuatro textos iniciales, complementándose además con enlaces a materiales externos que completaron de forma progresiva el producto final de lo que comenzó como una simple mesa congresual. Este crecimiento alcanzado a partir de las aportaciones individuales y el trabajo colectivo no puede quedarse simplemente en los beneficios formativos de la mesa en sí, sino que hay que intentar que se integre en el ideario y propuestas de la semFYC y que esta se haga valedora de las propuestas y reflexiones que en la mesa y su discusión previa se generaron.

Mirando más allá de la novedad metodológica, incluir las desigualdades sociales en la salud dentro de la perspectiva que adoptemos en la práctica profesional habitual se plantea como una necesidad. Conocer los determinantes sociales de la salud¹², contextualizarlos en nuestro entorno sociodemográfico y realizar el complicado paso de la colectividad (clase social, barrio, entorno) al individuo-familia, y viceversa, para intentar, dentro de nuestras posibilidades y del trabajo colectivo con otros agentes comunitarios, disminuir las desigualdades que repercuten en la salud de nuestra población y paliar las consecuencias de las desigualdades ya instauradas; practicar, en definitiva, una atención médica individual con orientación comunitaria¹³, pudiendo, para ello, enriquecer nuestra perspectiva habitual con las herramientas que nos brindan otros conceptos como, por ejemplo, los activos en salud¹⁴, en estrecha relación con el desarrollo comunitario.

Bibliografía

1. McLuhan M. *Understanding Media: The Extensions of Man*. New York: McGraw Hill; 1964.
2. Meneu R. Inteligencia sanitaria e innovación en atención primaria. En: *Seminarios de Innovación en Atención Primaria*. Madrid; 2010 [consulta el 13 de septiembre de 2011]. Disponible en: www.fcs.es/docs/jornadas/atencionprimaria/Ricard_Meneu_Presentacion.pdf.
3. Minué S, Gervas J, Violán C. Primary Care Innovation Seminars: An experience in dissemination of knowledge on network. En: *Seminarios de Innovación en Atención Primaria*. Madrid; 2009 [consulta el 15 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://snipurl.com/22bot1b>.

4. Segura J. Desigualdades sociales en salud: etiología, diagnóstico y tratamiento. En: *Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria*. Zaragoza; 2011 [consulta el 13 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://desigualdadesensalud.wordpress.com/ponencias-de-la-mesa/>.
5. Padilla J. Afrontando las desigualdades sociales en salud desde la medicina de familia. En: *Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria*. Zaragoza; 2011 [consulta el 15 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://desigualdadesensalud.wordpress.com/javier-padilla/>.
6. Borrell C, Mari-Dell'Olmo M, Serral G, Martínez-Beneito M, Gotsens M, other MEDEA members. Inequalities in mortality in small areas of eleven Spanish cities (the multicenter MEDEA project). *Health Place*. 2010;16:703-11.
7. Paredes-Carbonell JJ, Aviñó D, Peiró R, Bosch C, Ramo I, Palop V, et al. Projecte RUI: Un riu de cultures, un riu de salut. Una propuesta de intervención en salud en entornos vulnerables. *Fml [revista digital]*. 2011;15 (Supl 1):50 [consulta el 15 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://snipurl.com/22bou28>.
8. Aviñó D. Projecte RIU: superando barreras para reducir las desigualdades en salud. En: *Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria*. Zaragoza; 2011 [consulta el 15 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://desigualdadesensalud.wordpress.com/dory-avino/>.
9. Proyecto de desarrollo del Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno de Asturias. Oviedo. 2011 [consulta el 15 de febrero de 2012]. Disponible en: www.obsaludasturias.com.
10. Nieto J. Una visión epidemiológica de las desigualdades como un instrumento para la acción en salud comunitaria. En: *Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria*. Zaragoza; 2011 [consulta el 15 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://desigualdadesensalud.wordpress.com/javier-nieto/>.
11. Rodríguez C, Dandidan, Daniel, Juan Luis RG. Comentarios en el blog *Desigualdades en salud*. [Consulta el 15 de febrero de 2012] Disponible en: <http://desigualdadesensalud.wordpress.com>.
12. Wilkinson R, Marmot M. *The solid facts*. Organización Mundial de la Salud. Copenhage. 2003.
13. Pérez B, Turabián JL. Atención comunitaria desde la asistencia sanitaria individual: la contextualización comunitaria. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2001;8 (número extraordinario):33-46.
14. Hernán M, Lineros C. Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. *Revista FUNDESFAM* [consulta el 13 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://snipurl.com/22bovbk>.

MÁS ALLÁ DE LA NOVEDAD METODOLÓGICA, INCLUIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LA SALUD DENTRO DE LA PERSPECTIVA QUE ADOPTEMOS EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL HABITUAL SE PLANTEA COMO UNA NECESIDAD