

Aceptabilidad entre profesionales y mujeres usuarias de la recomendación de activos en salud desde Atención Primaria

[Ver en pdf](#)

Irene Turiel García. Área I Asturias. Asturias. España

Carlos Roldán Gómez. Área I Asturias. Asturias. España

Para contactar:

Irene Turiel García. ireneturiel@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este trabajo ha sido conocer las experiencias en torno a la recomendación de activos en salud en Atención Primaria (AP) entre profesionales de la salud y usuarias del Área Sanitaria V de Asturias.

Métodos: Se realizó un análisis de contenidos de 20 entrevistas semiestructuradas a usuarias y 6 a profesionales (1 de enfermería y 5 de medicina) en sus respectivos centros de salud entre junio y octubre de 2019. La verificación de los resultados mediante una comprobación reflexiva de los discursos de profesionales y mujeres usuarias identificando barreras, facilitadores y aceptabilidad. Y un análisis de calidad mediante triangulación de resultados.

Resultados: La estructura organizativa de los centros de salud, la precariedad laboral y la falta de formación son barreras comunes identificadas por profesionales.

Las usuarias consideran la falta de tiempo debido a la carga de cuidados más la jornada laboral, los sentimientos de culpa que genera el temor a no poder participar o abandonar precozmente y las limitaciones físicas (dolor) como los factores limitantes principales para participar en los recursos locales.

Entre profesionales, se considera la longitudinalidad y tener en cuenta los determinantes sociales elementos que facilitan la intervención. Las usuarias identifican la existencia de contactos cercanos involucrados en los recursos y la cercanía física como elementos que facilitan su participación.

La aceptabilidad en ambos grupos es baja. Existe una discordancia entre el discurso teórico, que reconoce los beneficios de la intervención y el escepticismo al trasladarlo a la práctica.

Conclusiones: La aceptabilidad de la intervención entre profesionales y usuarias es baja. Fomentar la centralidad de las actividades comunitarias en la actividad de los centros de salud, mejorar las condiciones laborales de los equipos y trabajar con los elementos identificados por las usuarias como facilitadores podrían ser claves para el éxito de la intervención.

Palabras clave: participación de la comunidad, servicios de salud comunitaria, Atención Primaria de la Salud, investigación cualitativa, salud de la mujer.

ACCEPTANCE FROM A RECOMMENDATIONS OF HEALTH ACTIVES IN PRIMARY CARE BETWEEN PROFESSIONALS AND FEMALE USERS

Abstract

Objective. The aim of this project was to ascertain experiences around Primary Care (PC) health asset recommendations among healthcare professionals and users in Health Area V in Asturias.

Methods. The contents of 20 semi-structured user interviews and interviews of six professionals (one nurse and five doctors) in their respective health centres between June and October 2019 was analyzed. Results were verified by means of a reflective check of the professionals' and users' discourse. Barriers, facilitators and acceptance were identified. Moreover, a quality analysis was performed by a triangulation of the findings.

Results. Professionals identified the organizational structure of health centres, job insecurity and lack of training as common barriers.

Users consider lack of time due to care load and working hours, guilty feelings created by the fear of not being able to participate or having to abandon early and physical restrictions (pain), as the main factors that limit taking part in local resources.

Among professionals, the longitudinal nature and taking key social components into account are considered to facilitate the intervention. Users identify the existence of close contacts involved in the resources and physical proximity as aspects that ease their participation.

Acceptance is low in both groups. There is a discrepancy between the theoretical discourse, which recognizes the intervention's benefits and the skepticism when put into practice.

Conclusions. The acceptance of the intervention among professionals and users is low. Promoting community participation as a central axis of health centres, improving working conditions and working on those aspects that users identify as facilitators could be key to the intervention's success.

Keywords: Community Health Services, Community Participation, Primary Health Care, Qualitative Research, Women's Health.

INTRODUCCIÓN

El trabajo en salud comunitaria durante los últimos años se ha ubicado en dos modelos de acción: uno centrado en los riesgos para la salud y otro orientado a aprovechar las riquezas disponibles en la comunidad¹.

La salutogénesis (origen de la salud) pone el enfoque sobre aquello que genera salud y hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre ella y la mejoren²⁻⁴. Este modelo puede ser muy útil en la AP para orientar esfuerzos, comprender mejor cómo se origina la salud, cuáles son y dónde se encuentran los factores salutogénicos que acompañan a la persona en su desarrollo vital^{1,4,5}.

En este contexto, la perspectiva que aportan los determinantes sociales de la salud es fundamental⁵. Las condiciones de vida, el entorno y las conductas individuales y colectivas influyen en mayor medida en la salud que el sistema sanitario. Estas conductas no son responsabilidad individual de la persona, sino que se trata de una responsabilidad colectiva de toda la sociedad. Dependiendo también en gran parte de la equidad de nuestros sistemas⁶. Tener presente esta perspectiva es imprescindible en AP, como ámbito encargado de atender problemas de salud, promoverla y protegerla, pensando en las personas y las comunidades en las que viven^{7,8}.

Para ello se han desarrollado propuestas que incorporan esta mirada sobre determinantes y desigualdades sociales en la salud al campo sanitario, que deberían ser capaces de conectar con otras dinámicas y grupos presentes en el territorio^{1,9}.

Los activos para la salud son definidos como «cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud»¹⁰ y aportan herramientas para abordar la promoción de la salud a nivel comunitario¹¹.

Un buen ejemplo es la recomendación de activos, que se define como el proceso por el cual unas personas recomiendan a otras algunos de estos recursos/activos de la comunidad, indicándoles que pueden ser útiles para mejorar su bienestar¹², contribuyendo así a aumentar el nivel de participación y cohesión social de una comunidad. Algo sobre lo que se ha querido ahondar en este trabajo.

En Asturias, desde el año 2009 se puede acceder a la información acerca de los activos disponibles en el territorio a través de una herramienta del Observatorio de Salud (OBSA) denominada Asturias Actúa en Salud, a la que también es posible acceder a través del programa OMI-AP (sistema informático utilizado como soporte de la historia clínica electrónica de AP en Asturias) solicitando la activación de un icono en la historia clínica electrónica. Desde su implantación en 2015, la herramienta se encuentra activada en 41 zonas básicas de salud (tres de ellas pertenecientes al Área V) que desarrollan su trabajo en 49 municipios, llegando a tener una cobertura de 642 profesionales, que han consultado en el período de estudio un total de 3.924 activos.

A pesar del trabajo realizado para dotar de herramientas que faciliten el trabajo con este enfoque y la amplia evidencia acerca de la influencia del capital social y nivel de cohesión dentro de la comunidad en la capacidad de generar salud y reducir la mortalidad¹³⁻¹⁵, la incorporación del modelo de activos a la práctica diaria en AP es muy desigual entre los y las diferentes profesionales y períodos, también en los centros de salud que tienen instalada la herramienta de recomendación de activos.

Además, los problemas de salud llamados trastornos mentales comunes, junto con síndromes funcionales y dolores sin causa orgánica, que se pueden agrupar bajo «síndromes del malestar»^{13,14} están identificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como problemas de salud de las mujeres de alta prevalencia y relevancia y como problema de salud pública¹⁶. Afectan a las mujeres el doble que a los hombres, se presentan entre ellas con más tendencia a la cronicidad y recidivas y son objeto de diagnósticos sesgados por estereotipos de género, además de derivar con alta frecuencia en prescripción de psicofármacos (según datos de la encuesta de Salud para Asturias de 2017, un 24,3% de las mujeres han tomado tranquilizantes o pastillas para dormir en los últimos 15 días y un 19,9% para la depresión¹⁵) y son los motivos de consulta más frecuentes en AP¹⁷. La respuesta medicalizadora en la mayor parte de las ocasiones no ha demostrado ser eficaz en el abordaje de estos malestares^{18,19}.

Las intervenciones tienen diferente grado de desarrollo en el tiempo y en cobertura, y uno de los factores que pueden influir son la aceptabilidad de las mismas por parte de quienes les corresponde implementarla y las posibles usuarias. La aceptabilidad es definida por algunos autores como un constructo multifacético que refleja hasta qué punto las personas que participan en una intervención la consideran apropiada en base a la respuesta tanto emocional como racional que esta genera¹⁹. Cada vez existe más evidencia sobre la necesidad de considerar la aceptabilidad¹⁹⁻²¹ como un elemento clave a la hora de diseñar^{22,23}, evaluar²⁴ e implementar intervenciones en salud, y existen múltiples factores que la determinan¹⁹. En este trabajo se pretende indagar sobre la aceptabilidad de la recomendación de activos desde AP, tanto entre profesionales que trabajan en este ámbito como entre mujeres usuarias de AP.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer las experiencias de la intervención «recomendación de activos en salud» en el ámbito de AP entre profesionales y usuarias del Área Sanitaria V de Asturias.

Objetivos específicos

- Explorar las vivencias y comportamientos de profesionales de AP y de mujeres usuarias en relación con la recomendación de activos en salud.
- Conocer las barreras identificadas por profesionales de AP para realizar recomendación de activos en salud desde la consulta.
- Conocer las barreras identificadas por las usuarias para valorar la utilización de activos en salud como una intervención más dentro de las que se llevan a cabo desde la consulta y finalmente acudir o no a los mismos tras la recomendación.
- Investigar la aceptabilidad de la recomendación de activos desde la consulta de AP entre profesionales y mujeres usuarias.
- Identificar los elementos facilitadores percibidos por profesionales de AP para hacer recomendación de activos en salud desde la consulta.
- Identificar los elementos facilitadores percibidos por las usuarias para valorar la utilización de activos en salud como una intervención más dentro de las que se realizan desde la consulta y finalmente acudir o no a los mismos tras la recomendación.

MÉTODOS

Estudio exploratorio descriptivo utilizando metodología cualitativa a través de entrevistas individuales semiestructuradas (técnicas conversacionales) realizadas entre junio y octubre de 2019, grabadas en soporte de audio y transcritas posteriormente para el análisis.

Se hizo un muestreo intencionado en el que las unidades de muestreo no se eligieron con criterios de representatividad estadística, sino de representatividad de la variabilidad de los discursos. Se buscaron aquellas unidades de muestreo que pudieran responder mejor a las preguntas de la investigación y que posibilitaran conocer, descubrir e interpretar el fenómeno estudiado en profundidad, en sus diferentes visiones, de forma que se reflejara el problema con amplitud.

La inclusión en el estudio se realizó en base a los criterios que aparecen en la **tabla 1**.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión		Criterios de exclusión	
Mujeres usuarias	Profesionales APS	Mujeres usuarias	Profesionales APS
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocerse como mujer • Edad entre 45 y 85 años • Pertenecer a alguno de los cupos cuyos/os titulares participan en el proyecto • Que en la historia de OMI-AP aparezca alguno de los siguientes diagnósticos (clasificación CIAP)⁴²: A01, A04, A05, L18, L19, L20, N01, N95, P01, P02, P03, P04, P06, P74, P76, P99, Z03, Z04, Z05, Z06, Z07, Z08, Z10, Z11, Z24, Z27, Z29. Y hayan consultado en relación con ese motivo en los 12 meses previos al inicio del estudio • Mujeres que bajo la recomendación de una profesional sanitaria se valora que pueden beneficiarse de la intervención sin episodio de CIAP abierto • Querer participar en el proyecto y haber autorizado (por escrito) el acceso a la historia en OMI-AP 	<ul style="list-style-type: none"> • Haber trabajado de forma continuada durante al menos los 6 meses previos al inicio del estudio en el mismo cupo de un determinado centro de salud • Tener conocimientos previos sobre recomendación de activos desde la consulta de AP • Conocer la herramienta para recomendación de activos de OMI-AP y el Observatorio de la Salud de Asturias, y que esté instalada en el centro de salud en el que trabajan o no 	<ul style="list-style-type: none"> • No autorizar de forma escrita la participación en el proyecto • No tener un uso del castellano que permita hacer la entrevista • No tener capacidad para comprender y consentir la inclusión en el estudio • Haber revocado la autorización para ser incluida en el estudio tras haber aceptado 	<ul style="list-style-type: none"> • No autorizar la participación en este proyecto • Haber revocado la autorización para participar en el estudio tras haber aceptado

AP: Atención Primaria; APS: Atención Primaria de Salud.

Se contactó con profesionales de los tres centros de salud del Área V que tienen instalada la herramienta (Natahoyo, El Coto y Villaviciosa), así como con profesionales de otros dos centros de salud (Laviada y Contrueces) que realizaban recomendación de activos desde la consulta sin la herramienta de OMI. Todos los profesionales con los que se contactó aceptaron participar.

Las mujeres usuarias a las que se entrevistó fueron contactadas por los profesionales en sus respectivas consultas, cinco de ellas no llegaron a ser entrevistadas porque rechazaron participar.

Se realizaron 20 entrevistas a usuarias y 6 a profesionales de los centros de salud Natahoyo, Contrueces, Laviada, el Coto, Rocés-Montevíl y Villaviciosa, pertenecientes al Área de Salud V de Asturias.

El tamaño de la muestra lo determinó la saturación teórica del discurso.

Se decidió, de acuerdo con los objetivos propuestos, estructurar el análisis en base a tres dimensiones: barreras, elementos facilitadores y aceptabilidad (en base al marco teórico propuesto por Sekhon et al²²). Las categorías y subcategorías se generaron a través del guion de entrevista (**tabla 2**) y de la información emergente durante el análisis de las mismas.

Tabla 2. Modelo de entrevista a profesionales y usuarias

Entrevista a profesionales	Entrevista a usuarias
<p>¿Se puede presentar? (nombre, edad, origen, estudios, situación laboral y de vivienda)</p> <p>Motivación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál cree que es el motivo por el que su médico/a o enfermera/o le ha recomendado participar en este proyecto? ¿Qué espera de la participación en este proyecto? ¿En qué cree que la participación en este proyecto le puede ayudar a mejorar el/los problemas por los que acudió a solicitar ayuda a su centro de salud? <p>Activos en salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué recursos conoce en su barrio que cree que ayudan a mejorar la salud? ¿Acude o ha acudido a alguno de ellos? ¿Cuáles son los motivos? <p><i>Aquí hablamos de los recursos que no conozca la mujer a la que entrevistamos (véase anexo por centro de salud)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> De los recursos de los que hemos hablado, ¿a cuál estaría interesada en acudir? <p><i>Aquí informamos de los horarios del recurso al que quiere ir y fijamos fecha de incorporación</i></p> <p>Conclusión y cierre:</p> <p><i>Resumen breve de las aportaciones de la persona entrevistada</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Quiere añadir algo más? ¿Tiene alguna duda? <p>Agradecemos de nuevo su participación.</p>	<p>¿Se puede presentar? (nombre, edad, género, origen, situación laboral)</p> <p>Motivación/expectativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los motivos por los que ha aceptado participar en este proyecto? ¿Qué espera de la participación en este proyecto? ¿En qué cree que puede ayudar a mejorar la salud de las pacientes que participen? <p>Activos en salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué recursos conoce del barrio en el que trabaja que crea que ayudan a mejorar la salud? ¿Habitualmente realiza recomendación de activos en salud desde la consulta? ¿Cómo? ¿Cree que esta recomendación la hace con más frecuencia con algún perfil de pacientes? ¿Cuál? ¿Tiene en cuenta los determinantes sociales de la salud y los ejes de desigualdad (género, clase social, etnia, territorio) a la hora de hacer esta recomendación? ¿Cómo? ¿Cómo valora que esta intervención se haga desde los centros de salud? <p>Conclusión y cierre:</p> <p><i>Resumen breve de las aportaciones de la persona entrevistada</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Quiere añadir algo más? ¿Tiene alguna duda? <p>Agradecemos de nuevo su participación.</p>

Se llevó a cabo una verificación de los resultados entre el equipo investigador (los dos autores y tres profesionales del OBSA que tutorizaron el trabajo) mediante una comprobación reflexiva de los resultados del análisis contrastando el marco explicativo elaborado con los datos y su interpretación. Durante el proceso se trató de buscar inconsistencias, contradicciones y excepciones que confirmasen o contradijeran los resultados y para buscar otras posibilidades explicativas.

Se ha hecho triangulación del análisis de las entrevistas entre el equipo investigador con el objetivo de aumentar la validez de los resultados, confrontando distintos aspectos del proceso de investigación desde diferentes ángulos-miradas. Con el objetivo de reducir la distorsión en la interpretación de los datos, las entrevistas fueron analizadas por tres miembros del equipo investigador.

Previo al inicio, el proyecto fue autorizado por el Comité de Bioética de Asturias, conforme al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

RESULTADOS

Las entrevistas se hicieron entre junio y octubre de 2019.

Se entrevistó a 6 profesionales de AP de entre 30 y 65 años (3 médicas, 2 médicos y 1 enfermero) que llevaban trabajando más de 2 años en el centro de salud, y a 20 mujeres de entre 40 y 80 años de edad que pertenecían a uno de los cupos cuyas/os titulares habían participado.

El total de profesionales a los que se les propuso participar aceptaron y fueron entrevistados. Entre las usuarias, cinco de ellas rechazaron participar.

La recomendación de activos se hizo de forma personalizada, en función de los intereses y disponibilidad de cada usuaria, entre los activos identificados en la zona básica de salud a la que pertenecía su centro de salud.

Se utilizaron como determinantes del nivel socioeconómico la renta media y el porcentaje de personas con estudios superiores de las diferentes zonas básicas de salud. El Coto cuenta con las mayores cifras en ambos indicadores, algo por encima de Laviada, Rocés-Montevíl, Natahoyo y Contrueces, que tienen menor renta media y menor porcentaje de personas con estudios superiores.

En la **tabla 3** se exponen las diferentes categorías y subcategorías en las que se estructuró el análisis de las entrevistas:

Tabla 3. Categorías, subcategorías en las que se estructuró el análisis de las entrevistas y citas textuales

Categoría	Subcategoría	Cita
Barreras	Laborales	«Pues un poco caóticamente, aquí en Primaria, claro, depende mucho por días. Hay días que tenemos mucho lío de gente, muchas consultas cerradas, avisos para dejar consulta, y a lo mejor no es el día más adecuado» Profesional del CS Laviada
		«El problema es que en el día a día muchas veces la consulta nos devora, y ya es difícil organizarse para hacer actividades comunitarias» Profesional del CS Laviada
		«El problema es que como no tenemos muy claros los recursos que hay y no los tenemos protocolizado, pues realmente no utilizamos esa herramienta» Profesional del CS Natahoyo
		«A veces, sí que nos falta un poco de coordinación. Porque, por ejemplo, aquí tenemos el patronato deportivo municipal y a veces organizan cosas de... la semana del corazón o... cosas así. Y a veces nos enteramos por pacientes que nos dicen: "Ah, pues estuve el otro día en no sé qué...", y eso... Va, distintas administraciones públicas tendríamos que entendernos un poco mejor con eso, pero bueno...» Profesional del CS El Coto
		«Tengo que compaginar los turnos con el de mi yerno para poder quedar con el crío pequeño porque los padres los dos trabajen. La madre trabaja en hostelería, el padre en Alimerka, como yo, y tenemos que compaginarlos, y el tiempo <i>téngolo</i> muy <i>justu</i> » Mujer de 56 años, Laviada
	Físicas	«Lo que pasa es que, claro, cuando tengo los dolores, no puedo moverme. Entonces, pues a lo mejor paso una semana... Mira, la semana pasada, el lunes, me dio el tirón, como digo yo... Coge toda la parte esta o la otra... Me coge la ingle y me baja para la pierna y el caminar... no. Entonces claro: la semana pasada no fui y esta semana todavía no fui ningún día» Mujer de 69 años, Laviada
		«Es que también es eso, también al ser zona rural, pues a lo mejor tampoco hay tanto» Mujer de 41 años, Montevil
	Sociales	«Estoy convencida de que sí, que sería buenísimo para la salud. El problema es que también estoy convencida de que yo eso lo veo, estoy convencida de que los pacientes en un principio no lo van a ver» Profesional del CS Natahoyo
		«La gente no espera eso» Profesional del CS El Coto
		«Y yo digo, bueno, pues por qué me voy a complicar con algo que a lo mejor no puedo cumplir. Porque yo soy muy cumplidora, a mí me dices a las cinco, y a las cinco. Tú me... Entonces no, no quiero encontrarme en la tesitura de poder decir no pude ir por esto, no pude ir por lo otro» Mujer de 70 años, Contrueces
«Pero, claro, si los que van están peor, pues acabas tú peor» Mujer de 72 años, Contrueces		
«No tengo ganas de ir allí porque ahí tan a ver... Ellas tienen una... una... una manera de estar y de vivir que no tiene nadie el problema que tengo yo, el problema mío es muy grave, y a veces no tienes ganas ni de hablar ni...» Mujer de 72 años, Montevil		
«Estaba tan pendiente de mí que a mí me daba rabia mientras tanto que a otras personas les decía "Tú haz esto", y yo había muchas cosas que no podía hacer» Mujer de 69 años, Laviada		
Cuidados	«Hay que ser capaz... Yo no me veo capacitada, porque yo tampoco voy a ir a amargar la vida a nadie... Hoy, si no tienes ganas, si estás mal se refleja en uno» Mujer de 72 años, Montevil	
		«No sé, yo siempre tenía que trabajar..., cosas que hacer. Primero tenía el hijo y mi hermano que estudiaba aquí conmigo. Luego se casó el hijo y la nuera trabajaba: entonces les hacía las cosas a ellos y tal, y la comida, esto y lo otro. Y luego nació un <i>nenin</i> , y siempre se lo cuidaba, se lo llevaba por ahí y eso... Bueno, yo siempre tuve que hacer» Mujer de 72 años, Contrueces

		«Yo siempre hice eso..., mi casa y mi vida y esas cosas. Iba mucho a la aldea porque siempre ayudábamos y trabajábamos en la aldea, entonces marchábamos...» Mujer de 72 años, Contrueces
Aceptabilidad	Actitud emocional hacia la intervención	«Con escepticismo respecto al resultado final, pero, bueno..., hay que empezar de alguna manera y me parece muy bien» Profesional del CS Natahoyo «Bueno, yo qué sé, algo aportaría digo yo. No sé la verdad. No tengo idea» Mujer de 76 años, Contrueces
	Grado de concordancia de la intervención con el sistema de valores propio	«Por la manera que tengo de entender la salud como algo multifactorial y en la que desde luego tienen mucha importancia los activos de salud y el contexto del barrio de la persona..., de donde viven los pacientes» Profesional del CS Contrueces
	Grado de conocimiento de la intervención	«El problema es que como no tenemos muy claros los recursos que hay y no lo tenemos protocolizados, pues realmente no utilizamos esa herramienta» Profesional del CS Natahoyo
	Beneficios esperados de la intervención	«Hay muchas pacientes, mujeres que..., al menos dentro del cupo con el que trabajo, están aisladas, y... creo que el empezar a utilizar activos de salud no solo les va a poner en contacto con más personas, sino que también van a estar... más centradas en actividades, y eso va a poder mejorar su calidad de vida» Profesional del CS Contrueces «Pues yo creo que en desviar un poco a lo mejor la mente del tema de todos los días es lo mismo y a lo mejor cambiar impresiones con otra gente... quizá sea lo único» Mujer de 72 años, Contrueces
Elementos facilitadores	Formación	«Me parece un trabajo muy interesante... el asunto de abordar los determinantes de la salud y derivar a recursos mapeados dentro del barrio» Profesional del CS Laviada
	Condiciones laborales	«Con el seguimiento del mismo paciente y estando en el mismo cupo, pues se consigue la información, y si se tiene en cuenta, sí» Profesional del CS Laviada
	Riquezas del territorio	«Tengo una... una lista con los activos del barrio que justo este año se ha actualizado en la que están las actividades, las asociaciones que las organizan y los horarios. Entonces lo que hago es enseñar a la persona ese catálogo que tenemos en el barrio de activos de salud y de actividades» Profesional del CS Contrueces
	Relaciones personales	«Las personas con las que hablo que son más o menos de mi edad, todas están encantadas y deseando volver» Mujer de 71 años, Contrueces
	Materiales	«Bueno, pues mira, pues estupendo, yo muy lejos no me pilla porque yo vivo también ahí» Mujer de 76 años, Contrueces «Entonces sabiendo que estoy pagando y que tengo una obligación, pues entonces voy» Mujer de 79 años, Laviada

Barreras

El conjunto de profesionales identifica como barreras principales la estructura organizativa de los centros de salud, que prioriza la labor asistencial sobre la actividad comunitaria, ámbito en el que, además, la formación es escasa. Para las usuarias la carga de cuidados y la carga laboral fuera del domicilio son dos de las barreras principales a la hora de disponer de tiempo para participar e implicarse en otras actividades. Una barrera común identificada tanto por profesionales (debido a la imposibilidad de arraigo y conocimiento del territorio y quienes lo habitan) como por usuarias (debido a la escasa cantidad de tiempo para dedicarse a ellas mismas) es la precariedad laboral.

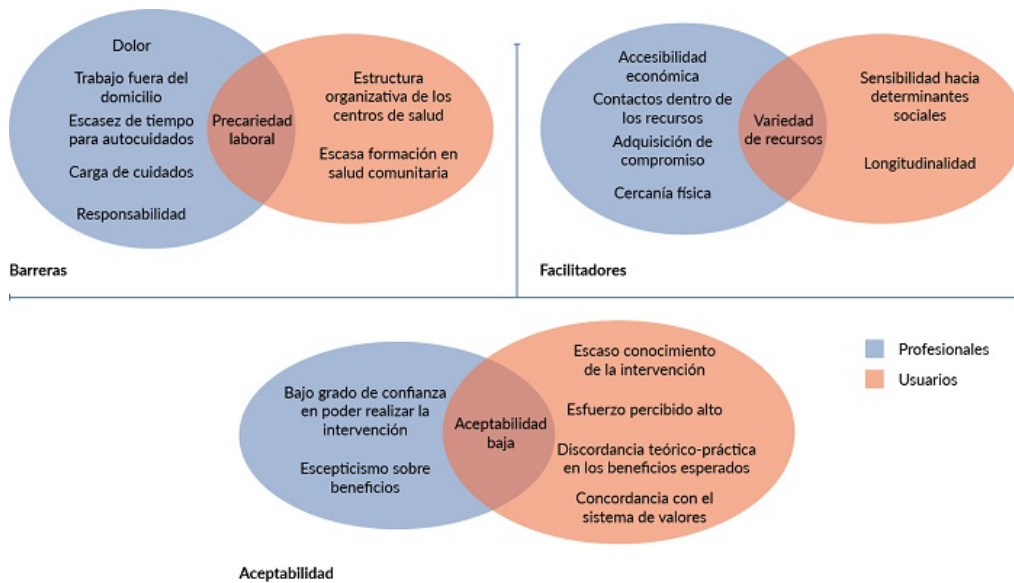
Elementos facilitadores

Existen diferencias importantes entre el discurso de las personas profesionales y el de las usuarias acerca de los elementos facilitadores para la recomendación de activos. Las primeras identifican elementos de carácter estructural y laboral (formación, protocolización de la intervención, y organización de los centros), su propia sensibilidad hacia el abordaje psicosocial de la práctica, así como el hecho de tener en cuenta los determinantes sociales de la salud que facilitan el desarrollo de esta intervención. Las segundas, las usuarias, identifican elementos humanos como los contactos dentro de los recursos y la compatibilidad con los cuidados como determinantes a la hora de acudir.

Aceptabilidad

La aceptabilidad de la intervención es baja tanto entre profesionales como entre usuarias, con un discurso que en ambos casos se ve atravesado por la valoración racional de que se trata de una actividad necesaria y la percepción emocional escéptica en cuanto a la utilidad real de la misma. En la **figura 1** se resumen los resultados obtenidos.

Figura 1. Resultados profesionales/usuarios



DISCUSIÓN

La actividad puramente clínica y el abordaje biologicista siguen siendo el eje principal del abordaje de los malestares por los que se consulta en AP por parte de profesionales, y las usuarias también relegan la recomendación de activos desde la consulta a un segundo plano.

Las profesionales y los profesionales relacionan la estructura organizativa de los centros de salud, que prioriza la labor asistencial sobre el resto de las prácticas como una de las principales barreras de tipo laboral. Además, se percibe que el tiempo destinado a cada paciente es tan escaso que, aun existiendo interés, no permite introducir otros abordajes con perspectiva psicosocial. Se reconoce también que la formación en salud comunitaria es insuficiente, y el conocimiento de los recursos del territorio en el que trabajan muchas veces escaso. En este sentido, es posible que la propia estructura organizativa aleje a los profesionales del conocimiento de otras estrategias e intervenciones más centradas en la comunidad. La precarización de la situación laboral de los profesionales de AP, con la inestabilidad y sobrecarga que genera, es también un factor determinante que impide el conocimiento del territorio y el trabajo con la comunidad. La falta de diálogo y coordinación entre el centro de salud como institución con otros recursos es identificado como uno de los factores de dificultad para la intervención.

En el imaginario de los profesionales este tipo de intervenciones no parecen ser consideradas como útiles por parte de las usuarias en cuanto al alivio de los malestares por los que consultan, ni es una actuación esperada por su parte.

Pese a ser un elemento común en casi todas las entrevistas, la precariedad laboral determina más la calidad de vida de aquellas usuarias que residen en zonas básicas de salud con un nivel socioeconómico menor. La principal barrera física identificada por las usuarias es el dolor, muchas veces incapacitante, que dificulta la movilidad. Las pocas usuarias que residen en zonas rurales o periferia urbana identifican también la escasez de recursos como barrera. Pese a que en este trabajo no es identificado por ninguna de las usuarias, creemos que sería interesante explorar si las barreras arquitectónicas y de tipo de vivienda influyen en la participación.

Las barreras más frecuentemente identificadas por las usuarias son de tipo social. El sentimiento de responsabilidad tras decidir acudir a un recurso, unido al temor y la culpa si tras comenzar no se puede continuar, aparecen con frecuencia en el discurso. La aparición de sentimientos de inferioridad en relación con el resto y el miedo a no ser capaz de participar al ritmo de las demás se identifican también como barreras importantes. Resultados congruentes con los roles de género y su impacto en la calidad de vida de las mujeres¹⁴.

La sensibilidad de las profesionales hacia los determinantes sociales, para identificarlos y tratar de trabajar con ellos, así como la longitudinalidad y las relaciones de confianza que permite establecer son elementos facilitadores identificados por profesionales. Para que esta forma de trabajar sea posible, son imprescindibles unas condiciones laborales dignas y estables, que permitan conocer a las personas y los territorios en los que se trabaja.

Las usuarias identifican los contactos dentro de los recursos y conocer experiencias de personas cercanas que tras haber participado en algún recurso han percibido mejoría como uno de los elementos clave para comenzar a acudir.

En cuanto a la aceptabilidad de la intervención, observamos que, entre profesionales, a pesar del alto grado de concordancia de esta intervención con su sistema de valores, el conocimiento de la intervención es escaso y el esfuerzo percibido para realizarla alto. A pesar de reconocer los potenciales beneficios que esta intervención puede aportar a algunos de los malestares atendidos en consulta, esto se mantiene en el plano teórico, apareciendo escepticismo cuando se plantea trasladarla a la práctica diaria.

Del mismo modo, el conocimiento de la intervención por parte de las usuarias es escaso, el grado de confianza en poder participar de los recursos se ve limitado por los dolores, y los posibles beneficios se suelen situar en la esfera emocional, también rodeados de escepticismo.

Esta discordancia en el discurso entre el plano teórico y el práctico es una de las posibles explicaciones que encontramos a la baja aceptabilidad de la intervención entre profesionales y usuarias. La implementación de la intervención en consulta, incluso cuando se dispone de herramientas que la facilitan, es muy desigual por parte de la mayoría de los y las profesionales, y en las pocas ocasiones en las que se realiza, las usuarias no suelen acudir finalmente al recurso.

A la hora de hacer el análisis, parece claro que las barreras tienen un peso mayor en el discurso de profesionales y usuarias que los elementos facilitadores. No obstante, parece imprescindible identificar estos elementos, y probablemente centrar los esfuerzos en potenciarlos.

Durante las entrevistas emerge que, pese a reconocer tanto profesionales como usuarias esta variedad, existe poca cercanía a los mismos, tanto desde la institución (centro de salud) como a nivel personal (profesionales y usuarias) y en ningún caso existe la autopercepción de ser parte activa de la comunidad con capacidad de generar recursos que mejoren la salud.

Estos resultados parecen congruentes con lo observado en otros trabajos. Dado que se trata de iniciativas complejas, es imprescindible fortalecer las dinámicas comunitarias existentes y mejorar la salud de las personas para que puedan responder a las particularidades y necesidades locales²⁵.

LIMITACIONES

Muchos de los recursos de los diferentes barrios en los que se localizan los centros de salud con los que hemos trabajado son asociaciones que permanecen cerradas durante las vacaciones escolares, lo cual ha hecho que no hayamos podido explorar otras entidades.

Además, los traslados de profesionales de AP que tuvieron lugar durante el verano de 2019 hicieron que en muchos centros de salud se incrementara el déficit de personal y ello dificultara la realización de la intervención.

Se detectan mejoras que podrían tener aplicación en estos contextos. Es prioritario hacer un trabajo que potencie la aceptabilidad de la intervención entre profesionales y usuarias, previo a continuar desarrollando herramientas para facilitar la intervención, dado que, con los niveles de aceptabilidad actuales, creemos que tendrán un uso muy limitado.

Para que la intervención se pueda implementar de forma real en AP, es imprescindible aumentar la formación de los profesionales en salud comunitaria y fomentar la centralidad de las actividades comunitarias en la actividad de los centros de salud.

Tratar de conocer y comprender los determinantes sociales de la salud que generan muchos de los malestares que son atendidos en los centros de salud es imprescindible para desarrollar la sensibilidad de los profesionales y tratar de dar una respuesta más allá de la medicalizadora.

Para poder desarrollar el trabajo comunitario, son prioritarias la estabilidad profesional y la mejora de las condiciones laborales de los equipos de AP. Asimismo, hay que identificar la gran variedad de activos en salud que, tal como el conjunto de profesionales participantes han coincidido en resaltar, son uno de los principales potenciales de la intervención. El trabajo y la mejora en los puntos expuestos parecen una condición imprescindible para el desarrollo adecuado de la intervención.

CONCLUSIONES

La estructura organizativa de los centros de salud, la precariedad laboral y la falta de formación son barreras comunes identificadas por las y los profesionales.

Las usuarias consideran la falta de tiempo debido a la carga de cuidados más la jornada laboral, los sentimientos de culpa que genera el temor a no poder participar o abandonar precozmente y las limitaciones físicas (dolor) como los factores limitantes principales para participar en los recursos locales.

El total de profesionales participantes considera la longitudinalidad y el tener en cuenta los determinantes sociales elementos que facilitan la intervención. Las usuarias identifican la existencia de contactos cercanos involucrados en los recursos y la cercanía física como elementos que facilitan su participación.

La aceptabilidad en ambos grupos es baja. La mayoría reconoce los beneficios de la intervención y lo necesario de su empleo, pero hay escepticismo en su traslado a la práctica.

Agradecimientos

Este trabajo fue realizado como trabajo de fin de residencia de Medicina Familiar y Comunitaria en la Unidad Docente Multiprofesional de Asturias, los diferentes tutores y tutoras que nos han guiado en el proceso lo han hecho a pesar de la sobrecarga laboral con la que ya contaban, algo que siempre les agradeceremos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernán García M, Lineros González C, Ruiz Azarola A, Maroto Navarro G, Cofiño Fernández R. Promoción de la salud y activos para la salud comunitaria. Comunidad. 2018; 20:1.
2. Hernán-García M, García Blanco D, Cubillo Llanes J, Cofiño R. Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud. FMC-Formación Médica Continuada en Aten Primaria. 26(7):1-9 2019.

3. WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion. [Internet.] Ginebra: WHO; 1986. [Consultado el 10 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
4. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International. 1996; 11:11-8.
5. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies; 1991.
6. Catlin B, Athens J, Kindig D, Remington P. Different Perspectives for Assigning Weights to Determinants of Health. Wisconsin: County Health Rankings Working Paper; 2010.
7. Lang T. Ignoring social factors in clinical decision rules: a contribution to health inequalities? Eur J Public Health. 2015; 15:441.
8. Marmot M. The health gap: Doctors and the social determinants of health. Scan J Public Health. 2017; 45:686-93.
9. Krieger N. Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? Am J Public Health 2008; 98:221-30
10. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion and Education. 2007; Suppl 2:17-22.
11. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit. 2016; 30(S1):93-8.
12. López S, Suárez O, Cofiño R. Guía ampliada para la recomendación de activos («prescripción social») en el sistema sanitario. Oviedo: Observatorio de la Salud de Asturias. Principado de Asturias; 2017.
13. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. BMJ Open. 2016; 7:e013384. doi:10.1136/bmjopen-2016-013384
14. Velasco S. Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria de salud. Colección Salud 9. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
15. Argüelles MV, Suárez O, Cofiño R (coord.). Informe de la Situación de Salud en Asturias en 2018. [Internet.] Oviedo: Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública. Principado de Asturias; 2018. Disponible en: https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/VD-ASSA-completo_41.pdf
16. Organización Mundial de la Salud. Informe de Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
17. Velasco Arias S. Informe sobre un «Proyecto piloto de atención biopsicosocial al malestar en atención primaria Area VII-Mieres Principado de Asturias para la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y el Instituto Asturiano de la Mujer del Principado de Asturias 2009». Valencia: mayo 2008.
18. González Hernández MD. La influencia de la salud percibida en la mortalidad de las personas mayores. Tesis doctoral Universidad Complutense de Madrid; 2017.
19. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. BMC Health Services Research. 2017; 17:88.
20. Becker CB, Darius E, Schaumberg K. An analog study of patient preferences for exposure versus alternative treatments for posttraumatic stress disorder. Behav Res Ther. 2007; 45(12):2861-73.
21. Sidani S, Epstein DR, Bootzin RR, Moritz P, Miranda J. Assessment of preferences for treatment: validation of a measure. Res Nurs Health. 2009; 32(4):419.
22. Medical Research Council (Great Britain), Health Services and Public Health Research Board. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ. 2000; 321(7262):694-6.
23. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 2008; 337:a1655.
24. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ. 2015; 350:h1258.
25. Mossabir R, Morris R, Kennedy A, Blickem C, Rogers A. A scoping review to understand the effectiveness of linking schemes from healthcare providers to community resources to improve the health and wellbeing of people with long-term conditions. Health Soc Care Community. 2015; 23:467-84.

Fecha de recepción: 22 de febrero de 2021 **Fecha de aceptación:** 4 de mayo de 2021

Editor responsable: Joan Quiles Izquierdo



Volver

Aceptabilidad entre profesionales y mujeres usuarias de la recomendación de activos en salud desde Atención Primaria

Irene Turiel García y Carlos Roldán Gómez

Comunidad julio 2021;23(2):2

ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Mensaje

Su Email

Web (opcional)

//

Comentar