

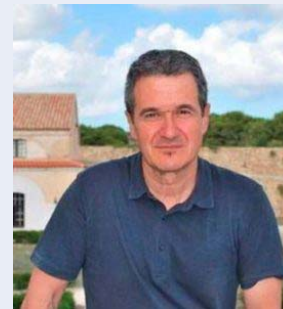
ENTREVISTA

Protegido: Entrevista a Javier Segura del Pozo

Blanca Botello Díaz, Miembro del comité editorial de *Comunidad*. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Distrito Sanitario de Atención Primaria Condado Campiña. Servicio Andaluz de Salud

Javier Segura del Pozo es médico salubrista, cuenta con diversos másteres (en Salud Pública, Epidemiología Aplicada de Campo, y Administración Pública) y es especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Durante más de 30 años ha trabajado en la Administración de Salud Pública de la Comunidad de Madrid y del Ayuntamiento de Madrid, donde actualmente es subdirector general de Prevención y Promoción de la Salud.

Segura del Pozo es, así mismo, consultor de organizaciones internacionales (Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades [ECDC, por sus siglas en inglés], Organización Mundial de la Salud, otras) y editor del blog Salud pública y otras dudas. Si quieres saber más, consulta: <http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/album-de-fotos/>



♦ Hace casi una década del inicio de la reorientación de Centros de Madrid-Salud (CMS) a la promoción de la salud comunitaria. ¿Por qué esta orientación comunitaria?

La reorientación comunitaria fue la respuesta al encargo que nos hizo la gerencia de Madrid-Salud en 2008 de llevar a cabo un proyecto que, aprovechando las fortalezas y oportunidades de la red de centros municipales de salud, convirtiera estos últimos en centros especializados en prevención y promoción de la salud. Eso suponía, por una parte, encontrar un nicho de trabajo diferenciado del de los centros de Atención Primaria (CAP), aunque con un vínculo fuerte con ellos, y, por otra parte, hacer que fuera complementario a la red de salud pública de la Comunidad de Madrid.

♦ ¿En qué modelos teóricos os habéis apoyado para desarrollar vuestros programas?

En cuanto al modelo de prevención, como salubristas que somos, nuestra apuesta fue por un enfoque preventivo que combinara (Geoffrey Rose *dixit*) estrategias poblacionales (función de agencia en salud pública en las políticas municipales y la opinión pública) con otras de alto riesgo (búsqueda activa de personas en riesgo de perder la salud), frente al modelo entonces imperante, fundamentalmente orientado a una prevención individual, a demanda y oportunista (oferta de un chequeo médico a todos los usuarios de los centros). En cuanto al modelo de promoción de la salud, además de la propia función de agencia antes apuntada, optamos por un enfoque comunitario (aprovechando la implantación de los CMS en los distritos y barrios de Madrid y las oportunidades del trabajo en red con otros dispositivos) y de determinantes sociales de la salud, con una estrategia (Marmot *dixit*) de *universalismo proporcional*. Es decir, dar servicio a toda la población, pero priorizando los grupos sociales y zonas con mayores necesidades de salud.

♦ Con el lema «de las batas a las botas» impulsasteis este proceso. ¿Qué logros ha tenido?

El lema expresa esa transición entre la «bata» (como símbolo médico-clínico del trabajo individual de la consulta) y ponerse «las botas» para salir del centro a *patear* la comunidad (un territorio duro, en el que te sientes inseguro cuando tienes una formación exclusivamente médico-clínica). Es combinar la mirada sobre la sala de espera con la mirada a la comunidad o al barrio. En «el afuera» del centro es donde nos encontramos con otros actores, aliados y lógicas, donde pueden identificarse más fácilmente los determinantes sociales de la salud en la vida cotidiana de un barrio y donde encontrar oportunidades para facilitar el empoderamiento comunitario hacia la salud colectiva.

♦ Con este modelo de trabajo, ¿consideras que se han conseguido logros destacados?

Madrid es de las pocas ciudades que actualmente tiene una red de centros especializados en promoción de la salud con orientación comunitaria, no determinada por la lógica y la presión de la demanda clínico-asistencial. Centros que trabajan desde hace 7 años basándose en programas de salud (con objetivos comunes) y proyectos de centros (objetivos específicos a nivel de cada distrito).

Programas y proyectos que son periódicamente evaluados a través de espacios colectivos de análisis, con el apoyo de un sistema de información que da cuenta tanto de las actividades individuales, grupales y comunitarias, como, dentro de lo posible, de sus resultados, y que además incorpora variables sociales (para evaluar los objetivos de equidad).

En relación con el período anterior, han aumentado de forma importante las actividades grupales y comunitarias. Además de reforzarse el carácter comunitario de valiosas iniciativas que ya estaban en marcha, se han desarrollado programas nuevos e innovadores proyectos comunitarios, entre los que destacaría: el Proyecto Arte y Salud; el grupo «Hombres con cuidado» y el de empoderamiento de mujeres; el trabajo con la comunidad gitana; las asesorías sexuales; el Programa de ALimentación, Actividad física y Salud (ALAS); la prescripción de actividad física; las rutas WAP de senderismo urbano; el Programa de Promoción de la Salud en el Ámbito Educativo, con sus intervenciones continuadas en centros educativos y en ámbitos educativos no formales (por ejemplo, el Proyecto Quiere-t Mucho); los mapeos de activos en salud; el trabajo con personas en exclusión social (Comunidades Activas en

Salud) y en diversidad funcional; los huertos saludables y su aprovechamiento contra el estigma de la enfermedad mental (centros de reinserción psicosocial y laboral); etc.

Otro logro es haber conseguido una evaluación final del anterior proyecto, Estrategia Gente Saludable 2010-2015, del que sacamos importantes enseñanzas para el nuevo proyecto de continuación, Estrategia Barrios Saludables 2016-2019.

Aunque queda todavía mucho camino por andar, creo que en este momento hay muchas personas, organizaciones e instituciones que reconocen y valoran la red de CMS como un trascendental activo y aporte a la salud comunitaria de Madrid. Uno de los signos es la importante y creciente demanda que tenemos de residentes y estudiantes para hacer su formación práctica de promoción de la salud y salud comunitaria en nuestros centros o realizar trabajos de investigación.

También quiero remarcar que, merced al proceso de formación continuada en salud comunitaria de los equipos, junto con su valiosa experiencia adquirida en los proyectos desarrollados en los últimos 7 años (sumada a la previamente existente), la ciudad de Madrid tiene en estos momentos varios centenares de valiosos profesionales especializados en promoción de la salud con orientación comunitaria, lo que genera iniciativas nuevas y favorece nuevas alianzas.

♦ ¿Qué habéis aprendido? ¿Cómo ha sido el proceso con los profesionales?

Hemos vuelto a comprobar que los procesos de cambio en una institución son muy difíciles y complejos. Requieren tiempo y paciencia, y saber enfrentarse a dinámicas institucionales que operan en contra del cambio. Afortunadamente, hemos tenido un equipo de trabajo fantástico con mucho talento y entrega, que ha posibilitado que, con todos las amenazas y retos, este proyecto se haya sostenido durante más de 9 años. Y unos equipos de profesionales en los CMS que han hecho un gran esfuerzo para adaptarse a este importante cambio.

Una de las grandes fortalezas con las que nos encontramos en los CMS eran sus plantillas multiprofesionales (medicina, enfermería, salud mental, trabajo social y personal auxiliar) con una larga trayectoria de trabajo en los distritos. Sin embargo, una parte importante de ellas tenían una formación eminentemente clínica, y se disponía de un imaginario débil de lo que era el trabajo en salud comunitaria (para algunos, el trabajo de «botas» era trabajo de comercial para captar clientes). El modelo que se tenía era el de los centros de Atención Primaria (CAP) e institucionalmente los CMS estaban acreditados como centros médicos.

Además de gestionar, desde el inicio, el proceso de la forma más participativa posible, promocionando la existencia de espacios de trabajo en equipo, como lugares de aprendizaje colectivo y de elaboración de las inseguridades, ansiedades, malentendidos y dificultades, se inició un proceso intensivo de formación aplicada para cubrir las necesidades detectadas, reforzar las habilidades de salud comunitaria ya existentes y tener un lenguaje común.

Tenemos una parte importante de la plantilla que ha superado las reticencias y dificultades iniciales y se ha sumado a los que desde el principio estaban a favor de esta reorientación comunitaria. De forma que ya apenas es discutida la definición de los CMS como centros de salud comunitaria (ni por la institución, ni por sus profesionales).

♦ ¿Cuáles han sido las barreras más importantes con las que os habéis encontrado?

Hemos aprendido que cuando inicias un proyecto no tienes toda la información de lo que se te va a venir encima. Téngase en cuenta que iniciamos el proceso en 2008, coincidiendo con el inicio de la crisis. Lo cual supuso una importante y creciente limitación de recursos, no solo cuantitativa (a partir de 2010 se reponen muy pocas vacantes, por lo que la plantilla inicia una tendencia menguante, además de perder edificios y presupuesto), sino cualitativa, por las limitaciones en relación con contratar profesionales ya formados en salud comunitaria. A ello se añadió una dinámica político-institucional que, por una parte, dificultó el necesario acuerdo con la Comunidad de Madrid y, por otra parte, invocando una supuesta duplicidad (o desperdicio de recursos), puso en duda la propia competencia municipal en promoción de la salud y, por ello, la pertinencia del proyecto y de la propia existencia de la red de CMS. Llegamos así a 2015 en una situación crítica, en la que el partido político que había encargado el proyecto en 2008 (el Partido Popular) apostaba por el desmantelamiento de Madrid-Salud, con la incógnita del destino de estos recursos.

♦ ¿Qué camino queda por delante?, ¿qué mejoraríais del proceso?

Estamos en un momento crítico. Aunque el nuevo equipo de Gobierno (de Ahora Madrid) ha apostado explícitamente por los CMS como centros de salud comunitaria y ha apoyado claramente el desarrollo y financiación de proyectos innovadores, no ha sido todavía capaz de superar las limitaciones que venimos arrastrando desde 2010. Seguimos sin tener la tasa de reposición de vacantes del 100% y no hemos recuperado las pérdidas anteriormente. También seguimos con las dificultades de incorporar profesionales ya especializados en salud comunitaria, merced a los sistemas de contratación. La plantilla tiene una edad media cercana a los 60 años, lo que significa un importante número de jubilaciones anuales, que, si no son repuestas, supondrán el desmantelamiento *de facto* y paulatino de los centros. Tenemos, además, la desazón de ver a cientos de profesionales bien formados en salud comunitaria que no están transmitiendo su saber a las nuevas generaciones de salubristas y «comunitarios», a las que se les niega una oportunidad de trabajo, en un contexto de crecientes necesidades y oportunidades en salud colectiva. Es un gran desperdicio de talento, experiencia y esfuerzo colectivo. Si la situación no se remedia, el proyecto y la propia red de CMS tienen una viabilidad limitada a menos de 3 o 4 años.

Mientras tanto, seguimos remando y mejorando el proyecto con los recursos disponibles, a la espera que se superen estas limitaciones vitales.

♦ ¿Cuáles serían los retos fundamentales para el futuro, si se supera esta situación crítica?

Un acuerdo con la Comunidad de Madrid que facilite la coordinación y la complementariedad. Un posible modelo sería que, en el contexto de un consorcio estilo Agencia de Salud Pública de Madrid, los CMS, trabajando codo con codo con los recursos territoriales de salud pública, sean centros de distrito especializados en promoción de la salud, que den apoyo a los CAP. Otros retos son: legitiarnos como unidades docentes en promoción de la salud y salud comunitaria, redefinir la coordinación con servicios sociales, un nuevo sistema de información, mejorar el liderazgo en algunos centros, la consolidación de los interinos, reforzar la plantilla de los turnos de tarde y de psicología y trabajo social, incorporar especialistas dentro de las categorías ya

existentes (en salud pública, en medicina y enfermería comunitaria, en psicología social y comunitaria, etc.) y la incorporación de nuevas: educación social, mediación sociocultural, antropología, nutrición, actividad física, artistas (la experiencia con los becarios de Arte y Salud y Arteterapia está siendo muy positiva), etc.

♦ El modelo de la ciudad de Madrid con los CMS y la Atención Primaria de Salud, ¿qué fortalezas tiene para la salud comunitaria?

Como he dicho antes, creo que los CMS pueden ser complementarios de los CAP. Tienen una fortaleza esencial, y es que el 100% de su jornada se dedica a la prevención y promoción de la salud, pues no tienen que atender la demanda asistencial, además de la composición multiprofesional de su plantilla y su clara orientación comunitaria. Sin embargo, ni son la puerta de entrada al sistema de salud, ni tienen la visibilidad social de los CAP. Por otra parte, el hecho de que pertenezcan a la institución municipal facilita el trabajo intersectorial con otros dispositivos municipales de especial interés para la salud comunitaria: servicios sociales, urbanismo, espacios de igualdad, oficinas juveniles, centros de mayores, polideportivos, etc.

♦ Cuando entrevistamos a Javier Barbero, nos habló del Plan de Madrid Ciudad de Cuidados. ¿Cómo se coordina y se relaciona con la Estrategia de Barrios Saludables?

La Estrategia Barrios Saludables es el desarrollo y la profundización de la anterior Estrategia Gente Saludable, en el marco de la nueva orientación política e institucional definida en el plan Madrid Ciudad de los Cuidados (MCC), y que se concreta en: una nueva estrategia de acción intersectorial articulada alrededor del concepto de «cuidados»; una nueva relación con la ciudadanía enfocada al empoderamiento comunitario y el respeto a la autonomía y a la diversidad de las personas, y la priorización de la intervención en los barrios y su vida cotidiana.

MCC es un ambicioso plan que nació con vocación de construir un amplio espacio de trabajo intersectorial que incorpore la ética de los cuidados en todas las intervenciones municipales. Construir espacios de transversalidad técnica es un gran reto que requiere para su éxito una clara transversalidad política. También precisa una clara definición de cómo se puede construir «la hibridación» entre los recursos públicos y las iniciativas sociales, en un contexto de desmantelamiento de lo público y de desconfianza por las iniciativas anteriores de privatización, con un marco normativo vigente de contratación, creado con otras lógicas político-institucionales. Es un gran reto para este equipo de gobierno y para cualquier otro.

Hubo hace 1 año una redefinición estratégica de MCC y se optó por impulsar proyectos piloto, gestionados desde Madrid-Salud, que visibilizaran a la ciudadanía una forma diferente de gestionar, basada en la filosofía del plan, de forma que este no se quedara en un mero relato o bandera filosófico-ideológica. La mayoría de estos ocho proyectos piloto se desarrollan de forma participativa en barrios concretos de la ciudad y con una evaluación continua. Así mismo, gran parte están entrelazados con los programas de la Estrategia Barrios Saludables, y los CMS son uno de sus principales activos.

[Volver](#)

Entrevista a Javier Segura del Pozo

Blanca Botello Díaz

Comunidad Octubre 2017;():6

ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar