

SALUD COMUNITARIA: UN LUGAR DE ENCUENTRO

Viernes 7 de octubre de 2011. 9:00 a 10:30 h

Aula 1 – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: M.^a Isabel Pasarín

373. MIHSALUD: HERRAMIENTAS DE DINAMIZACIÓN COMUNITARIA EN POBLACIÓN INMIGRANTE

M. Alcaraz^a, J.J. Paredes-Carbonell^a, P. López-Sánchez^a, L.M. Ramírez^b,
M. El Bokhari^b, M.D. Gómez^b, J.L. Fabado^a

^aCentre de Salut Pública de València; ^bAsociación ACOEC.

Antecedentes/Objetivos: MIHSALUD es un programa de alta difusión y movilización social que pretende mejorar la salud a través del empoderamiento personal y comunitario; se desarrolla desde 2007 por el Centro de Salud Pública de Valencia junto con atención primaria (AP) de 2 departamentos de salud y una ONG. Las acciones se dirigen a población en situación de vulnerabilidad, especialmente población inmigrante iberoamericana de la ciudad de Valencia. El objetivo es describir las herramientas que se han utilizado para la promover la participación: foro, curso de formación-acción de agentes de salud y dinamización en territorio.

Métodos: Foro: a partir de un listado de asociaciones y entidades se convoca mensualmente a sus representantes a un foro abierto sobre temas de salud; estos se eligen por consenso y se abordan de manera sistemática y participativa, invitando a una persona experta. Curso: se diseña un curso con metodología participativa, alternando módulos de formación teórica y práctica (formación) con transferencia de la “práctica” recibida al ámbito asociativo y comunitario (acción). Dinamización: 2 mediadoras y 2 agentes de salud se vinculan a 8 zonas de AP (4 en cada departamento) y elaboran un mapa, localizan y activan puntos de información y realizan conversaciones informales y talleres.

Resultados: Hasta la actualidad, se han realizado 29 foros con una participación media de 17 personas, 12 mujeres y 5 hombres, pertenecientes a 11 asociaciones. Principalmente se han abordado temas de

salud sexual y reproductiva y de intercambio de experiencias entre asociaciones. Se han realizado 3 cursos de formación-acción en el que se han capacitado a 45 agentes de salud (35 mujeres y 10 hombres) pertenecientes a 29 asociaciones. Se han dinamizado en territorio 8 zonas de salud, realizándose 8 mapas, activándose 84 puntos informativos y realizándose 984 conversaciones y 182 talleres (1.705 participantes, estimándose un 68% de mujeres).

Conclusiones: Los foros se consolidan como espacios de encuentro entre profesionales y representantes del ámbito comunitario y puerta de entrada al programa de asociaciones colaboradoras. La estrategia de formación-acción se muestra válida para implicar a líderes y asociaciones logrando un efecto multiplicador y diseminado de las acciones. Se constata la aceptación por parte de la población implicada y que el trabajo en la comunidad es posible si se sistematiza y planifica.

Financiación: Centre de Salut Pública de València-DGSP, Ajuntament de València, EVES y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

534. PROYECTO FRESNEDA: UN PROCESO COMUNITARIO PARA UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

V. Pérez García

Centro de Salud de La Fresneda, SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias).

Antecedentes/Objetivos: Presentar un proyecto comunitario que tiene como objetivo mejorar la salud de la población adscrita a un centro de salud.

Métodos: El proyecto fue presentado por el actual director de gestión del Centro de Salud de La Fresneda (Asturias) en septiembre de 2009. Combina atención primaria orientada a la comunidad y gestión clínica, promotores comunitarios de salud voluntarios, acción política a través del Consejo de Salud y apoyo del sector privado. El centro incentiva a los profesionales por la consecución de objetivos (promoción de la salud (PdS), calidad-metodología *joint comission*, contrato-programa y gestión económica). Cuarenta y tres voluntarios lideran una veintena de grupos o actividades sobre alimentación, dejar de fumar, actividad física diversa, apoyo psicosocial, lactancia materna, cuidadores de personas mayores, medio ambiente, etc. En las actividades, se da prioridad a los solicitantes con menor nivel socioeconómico, menor apoyo social, más factores de riesgo o enfermedades crónicas, sufrimiento psíquico, cáncer, etc. Se difunde vía web, facebook y Twitter. A través del Consejo de Salud avanza hacia el diseño participativo de las políticas municipales involucrando a profesionales, población y responsables municipales. Actualmente se está convirtiendo en asociación y empezando la búsqueda de patrocinadores y financiación privada.

Resultados: En las actividades participaron de forma habitual 354 personas en los últimos 6 meses. Los niveles de satisfacción son excelentes, tanto para las actividades comunitarias como para la atención en el centro. Todo el proyecto ha costado hasta la fecha al SESPA cero euros y el centro de salud ha devuelto más de 550.000 euros de sus presupuestos 2009 y 2010 (de unos 4 millones). El centro ha alcanzado el máximo nivel de autonomía de gestión/calidad previsto por el Principado en solo 2 años. Se han puesto en marcha múltiples actividades (semana de la fruta, mapeo de activos en salud, huertos públicos en el terreno del CS, etc.) y acuerdos políticos (sobre peatonalización, reapertura de un camino cerrado por un proyecto industrial, etc.). Los resultados en salud comunitaria se evalúan de forma continuada mediante la monitorización de los años de vida perdidos por mortalidad prematura. Los datos a septiembre de 2011 se aportarán a la mesa.

Conclusiones: La combinación de estrategias de PdS a nivel de ZBS es viable y produce altos niveles de satisfacción. Más que costes, genera ahorros y podría permitir la liberación de más recursos para PdS. Su impacto en la salud de la comunidad está siendo evaluado.

539. CONSEJOS DE SALUD. EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN MADRID SURESTE

J. Ruiz-Giménez^a, M.J. García^a, M. Martínez^b, J. Baquero^c, D. Villalvilla^d, M.V. Martín^e

^aCS Vicente Soldevilla; ^bCS Ángela Uriarte; ^cCS Martínez de la Riva; ^dCS Alcalá de Guadaíra; ^eCoordinadora de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: Desde 1995 funciona el Consejo de Salud (CS) de 4 zonas básicas del Distrito de Puente Vallecas (Sureste de Madrid), que comprende población de 70.000 habitantes. Se basa en la estrategia de promoción de la salud (PS) y el marco legislativo sobre órganos de participación. Son miembros: representante de dirección, 4 centros de salud, servicio social y sanitario municipal y 15 organizaciones sociales. En 2011 el gobierno de la CAM ha abolido por ley los órganos de participación. Objetivos: Descripción de experiencia, análisis evaluativo cuantitativo y propuestas de mejora.

Métodos: Revisan actas, cuestionario, entrevistas y jornada de evaluación con grupos de trabajo de todos los Consejos del Área 2008.

Resultados: El Consejo se reúne con periodicidad mensual en el local del centro de salud con orden del día, elaboración de actas y revisión de los acuerdos. Para realizar tareas se forman grupos de trabajo. Los temas abordados: funcionamiento y memoria del centro, evaluación de cartera de servicios, análisis de reclamaciones, boletín informativo, programación sobre recursos, programas de salud y actividades comunitarias, políticas de salud, medio ambiente y salud, y propuestas de los movimientos sociales. De los resultados destacamos: facilitar la inserción del EAP en su entorno; introducir líneas de PS, mejoras medioambientales, vivienda, educación para la salud; mejorar la accesibilidad a los servicios y su calidad; promover el conocimiento mutuo entre instituciones y movimientos sociales, capacitar a través de las escuelas comunitarias de salud y medios de comunicación social, movilizar recursos comunitarios que han generado mejoras en la dotación de recursos sociosanitarios y trabajo en red con otros CS y presionar para evitar privatizaciones. Entre 2000-2006 se participó en el "Plan 18.000" de desarrollo comunitario del distrito de Vallecas. Propuestas de mejora: nueva ley de participación; reforzar AP, enfoque comunitario y promotor de la salud; realizar diagnóstico comunitario; mejorar organización, relaciones con entorno y comunicación, formar en intervención comunitaria y ampliar la red de movimiento social.

Conclusiones: Los Consejos son órganos de participación consultivos de poder medio-bajo que han sido útiles en promover contexto comunitario. Existen barreras que deben abordarse para un papel relevante en la gestión y mejora de los servicios públicos. Ante la situación de su abolición se ha planteado una estrategia para la defensa del derecho de la ciudadanía a participar en los temas de salud y de los servicios sanitarios.

541. "SALUT ALS BARRIS" EN EL BARRIO DE POBLE-SEC. INDICADORES Y PARÁMETROS DEL PLAN EVALUATIVO

E. Díez, C. Fuertes, G. Pérez, M.I. Pasarín, L. Artazcoz, C. Borrell, F. Daban, N. Calzada, Grupo Motor de Salut als Barris del Poble-Sec

Agencia de Salud Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau).

Antecedentes/Objetivos: Salut als Barris (SaB) pretende reducir las desigualdades sociales en salud en los territorios beneficiarios de la Llei de Barris de Catalunya. En Barcelona se ha desarrollado una metodología de evaluación de los proyectos promovidos y de la implantación del programa. Se presenta el plan evaluativo en el barrio del Poble-Sec.

Métodos: Tras establecer un grupo motor comunitario, en 2008 se llevó a cabo un diagnóstico de necesidades, se priorizaron y diseñaron intervenciones, y se desarrolló un plan evaluativo con dos componentes: 1) evaluación de implantación del programa SaB mediante: a) cronograma de la implantación de las fases previstas, b) composición, satisfacción y sostenibilidad del grupo motor, y 2) evaluación de intervenciones mediante: a) recursos económicos, humanos y equipamientos empleados, b) calidad del diseño de la intervención en función de si se ha basado en bibliografía y si se ha pilotado, c) actividades de comunicación, d) actividades realizadas, perfil de participantes, e) satisfacción de participantes y voluntariado, f) sostenibilidad de la intervención, g) mejora de salud percibida por los participantes. Se recoge esta información mediante registros administrativos y entrevistas presenciales o telefónicas con cuestionario.

Resultados: Se implantaron todas las fases del programa, aunque con retraso. Se formó un grupo motor de 17 personas de recursos diversos comunitarios; se siente satisfecho con SaB el 91% de sus componentes. Se llevaron a cabo 8 intervenciones dirigidas a promover la actividad física en personas mayores, infancia y adolescencia, a reducir la soledad y aislamiento de los mayores, a reducir el consumo de tabaco y a apoyar a las familias en un proceso de duelo. Se dispone de información de gran parte de los parámetros descritos (recursos, calidad, actividades, perfil de participantes, satisfacción y mejora de salud percibida). En el proyecto Activa't, por ejemplo, la satisfacción de los usuarios/as supera el 95%, el perfil de participantes coincide con el nivel socioeconómico del barrio y un 92% considera que su salud ha mejorado mucho o bastante.

Conclusiones: Sistematizar y simplificar la evaluación ha permitido disponer de información significativa sobre los procesos y efectividad de los proyectos comunitarios. El perfil de participantes, su satisfacción y la percepción de la mejora de salud son indicadores factibles, relativamente novedosos y muy informativos. La satisfacción del grupo motor respecto al desarrollo del proyecto también ofrece información relevante para corregir el rumbo.

547. ASTURIAS ACTÚA: UN EJEMPLO DE OBSERVACIÓN. EL DESARROLLO DE UNA RED DE SALUD COMUNITARIA EN ASTURIAS

M. García^a, B. Botello^b, S. Palacio^c, M. Margolles^a, F. Fernández^a, P. Remington^d, J. Nieto^d, R. Cofiño^a

^aDG Salud Pública y Participación de Asturias (DGSPyP); ^bHospital Virgen del Rocío, Sevilla; ^cAsociación Partycipa, Asturias; ^dSchool of Public Health and Medicine, Universidad de Wisconsin.

Antecedentes/Objetivos: La Dirección General de Salud Pública y Participación del Gobierno del Principado de Asturias inicia en 2009 el desarrollo de las líneas estratégicas de participación comunitaria en salud. El desarrollo de las mismas se integra dentro del Observatorio de Salud en Asturias, un proyecto desarrollado en colaboración con la Universidad de Wisconsin, que pretende realizar una monitorización de la salud a través de indicadores de resultados y determinantes de salud, vinculando dicha información a los diferentes programas y actuaciones comunitarias en salud que se están realizando. Se presentará en la mesa el desarrollo específico de la red de salud comunitaria Asturias Actúa. Objetivo: Desarrollar, sistematizar y visibilizar una red de salud comunitaria en Asturias. Integrar la información poblacional con la acción comunitaria en salud.

Métodos: Población diana: población general. Actividades: 1) desarrollo de un formulario de adscripción de diferentes actividades comunitarias en salud; 2) visibilizar y potenciar una red de ACS a través de encuentros y jornadas presenciales y de un sistema de información geográfico (Google Maps/Earth); 3) realizar una caracterización de cada actividad que incluya descripción, contacto, materiales comple-

mentarios, experiencias similares en nuestro contexto, niveles de evidencia, impacto en desigualdades (con algún modelo de recogida de la información unificada); 4) iniciar en 2011 un proceso de mapeo comunitario de los recursos informales en salud (*health assets*) de diversas zonas de Asturias con peculiaridades diferentes.

Resultados: A lo largo de 2009-2011 la red cuenta con un total de 100 actividades. La orientación de dichas actuaciones comunitarias en salud incluía la educación de la salud, promoción de la salud y desarrollo comunitario. La procedencia es de diferentes ámbitos (asociativo, sanitario, educativo, etc.). Esta red se ha incorporado de forma integral al modelo lógico del Observatorio de Salud en Asturias, integrando información epidemiológica de déficits en salud (indicadores epidemiológicos) con activos de salud (red de salud comunitaria).

Conclusiones: Se ha generado una red de salud comunitaria en Asturias, integrándola en el dispositivo del Observatorio de Salud y añadiendo elementos para poder evaluar la evidencia y niveles de efectividad de las actividades recogidas. Se ha iniciado una metodología de mapeo comunitario según el modelo de salutogénesis y de activos en salud.

548. SALUD COMUNITARIA: CONSTRUCCIÓN DE NUEVAS PRÁCTICAS EN RED. EXPERIENCIA DE FORMACIÓN COMPARTIDA AP-SP

M.I. Pasarín^a, A. Cardona^b, R. Miller^c, G. Foz^d, A. Molins^e, M. Pla^f

^aAgència de Salut Pública de Barcelona, Red AUPA; ^bCàtedra de Recerca Qualitativa-UAB; ^cRed AUPA; ^dRed AUPA, Institut Català de la Salut; ^eRed AUPA, Institut d'Estudis de la Salut; ^fRed AUPA, Càtedra de Recerca Qualitativa-UAB.

Antecedentes/Objetivos: AUPA, red de centros de atención primaria (AP) de Catalunya que tienen orientación comunitaria, había identificado como una necesidad la asesoría en el desarrollo de los proyectos comunitarios. Se optó por realizar una formación basada en el aprendizaje significativo y compartido entre profesionales de AP y de salud pública (SP). Objetivo: Presentar los resultados obtenidos en el curso realizado en el año 2010, en términos de participación, contenidos y nivel conseguido.

Métodos: Participantes: 2 directores, 1 coordinadora académica, 4 tutores y 47 alumnos (35 AP y 12 SP). Método docente: a) trabajo en grupos heterogéneos conducidos por un tutor, y b) análisis de casos, generación de preguntas de aprendizaje, priorizando núcleos temáticos de análisis conjunto (encuentros presenciales bimestrales y en plataforma *online*). La participación se describe por ámbito profesional (AP/SP) y categoría profesional. Los contenidos se describen por áreas temáticas abordadas a partir del análisis de casos. El nivel conseguido se basó en: 1) participación y 2) identificación de aprendizajes personales conseguidos y valoración de la aplicabilidad a su propia práctica.

Resultados: Los alumnos de AP pertenecían a un total de 29 equipos de AP de Catalunya: 11 médicos, 21 enfermeras, 1 trabajadora social y 1 auxiliar de enfermería. Alumnos de SP: 7 enfermeras, 1 veterinario, 1 médico y 3 farmacéuticos. Se analizaron 4 casos de experiencias de SC del entorno. Emergieron 10 núcleos temáticos (trabajo en red, trabajo en equipo, gobernanza y gobernabilidad, participación comunitaria, desigualdades sociales, conocimiento de la comunidad, modelos de acción comunitaria, horizontalidades y verticalidades, planificación y evaluación) con sus respectivas preguntas de aprendizaje. Evaluación final de alumnos: 37 certificados de aprovechamiento, 8 de asistencia y 2 no finalizaron.

Conclusiones: Basarse en la identificación de necesidades de aprendizaje de un grupo, de composición diversa, ha permitido abordar cuestiones clave en SC desde sus propias prácticas profesionales. Así, a

pesar de que la idea previa era que se requerirían aprendizajes instrumentales, en realidad las preguntas que emergían llevaron hacia aprendizajes más teóricos anclados en sus contextos, que permiten la aplicabilidad en sus lugares de trabajo. Las incertezas que supone la participación en un curso cuya planificación no está cerrada a priori, sino que se construye a partir de los sujetos participantes, es posible y en realidad resulta altamente satisfactorio (resultados no presentados en este resumen).

550. LA ARTICULACIÓN DE UN PROCESO COMUNITARIO A PROPÓSITO DEL PROYECTO SALUD EN LOS BARRIOS

A. Cardona^a, N. Codern^a, R. Crespo^a, A. González^b, C. Cabezas^b

^aÀreaQ-Evaluación e Investigació Qualitativa; ^bDirecció General de Salut Pública del Departament de Salut de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Salud en los Barrios es un programa del Departamento de Salud de Cataluña. El objetivo es mejorar las condiciones de vida de la población de áreas vulnerables y afectadas por la Ley de Barrios. Se propone la articulación de un proceso comunitario que conlleva una detección y análisis de necesidades con la posterior propuesta y priorización de acciones. Se presentan los aprendizajes obtenidos en el transcurso de dicho proceso.

Métodos: Se ha utilizado metodología participativa para detectar necesidades en salud y proponer acciones que serán dialogadas, priorizadas y asumidas por un equipo local (responsables institucionales) y complementadas por un catálogo específico de servicios. La metodología también contempla la articulación del proceso comunitario como parte del proceso para transformar la realidad. Se realiza un acompañamiento metodológico, orientado a preguntar y a dialogar sobre cómo hacer el proceso comunitario. Se realiza un DAFO entre la DGSP (dinamiza y facilita el proceso local) y ÀreaQ (realiza el acompañamiento metodológico del proceso), para consensuar las barreras y los facilitadores del proceso comunitario.

Resultados: De 2006 a 2010 el programa se ha desarrollado en 62 barrios. Han participado 837 personas (profesionales de salud, sociales y educativos, proveedores de servicios, entidades, AAVV, responsables de políticas públicas). Las acciones están orientadas a: potenciar programas, servicios y recursos del barrio; dar carácter comunitario a los programas y servicios del territorio; mejorar el proceso de implementación de políticas (coordinación, evaluación, etc.); mejorar la accesibilidad a programas y recursos y acciones orientadas a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Otros resultados son: 1) asumir que cada territorio es singular (trayectoria, conflictos, referentes) y por tanto las acciones se diseñan desde un contexto determinado con tiempos diferentes; 2) construir un lenguaje común entre los diferentes actores del territorio para facilitar tanto la construcción como la implementación de las acciones; 3) generar una actitud crítica de la propia práctica profesional que facilite preguntarse sobre la manera de trabajar y construirse como sujeto político en la solución de la situación; 4) aflorar los diferentes intereses de los actores, problematizar, confrontar y no evitar conflictos.

Conclusiones: Para articular procesos comunitarios que desarrollen políticas de reducción de desigualdades el énfasis no solo está en qué se realiza, sino en cómo se desarrollan y se relacionan los diferentes actores.