

XIII SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN DE LA RED-CAPS

Barcelona, 18 de Noviembre de 2011

LA ACCIÓN SANITARIA EN UN MEDIO RURAL DE CANARIAS

Acción médica y pensamiento teórico

Araceli de Armas Santana

Médica de atención primaria/ Especialista en medicina interna / Máster en salud pública

El título que se ha dado a esta intervención: “La acción sanitaria en un medio rural de Canarias”, unido a los temas que ya se han abordado en este foro, nos abre varias líneas de pensamiento.

Por una parte, la necesidad de analizar qué entendemos por “acción sanitaria” y cómo esta acción cambia en función del paradigma teórico que se aplique sobre los conceptos de salud y enfermedad.

Y por otra parte, nos exige definir el medio rural o urbano en el que trabajamos, que es cambiante en función de las características económicas, sociales e individuales.

Si nos centramos en el concepto de “acción médica”, hemos de asumir que la acción no sólo es una respuesta inmediata a la demanda puntual y con un método predominantemente biológico de intervención: la prescripción en respuesta a la sintomatología, caso a caso, individuo a individuo y sin aplicar ninguna relación epidemiológica causal con sus condiciones de vida, familia, trabajo, hábitat, cultura, etc... La acción médica está sustentada siempre en un paradigma médico, en un pensamiento teórico, sea su aplicación consciente o inconsciente, intencionada o no.

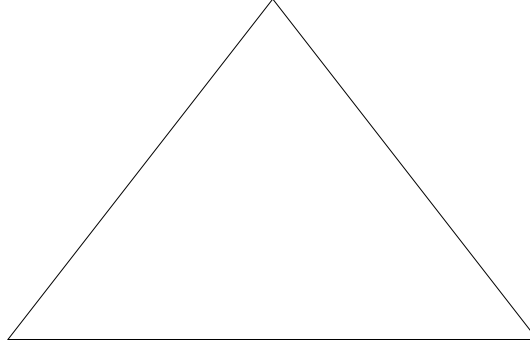
Este paradigma médico puede ser biologicista –el predominante-, que se centra en el órgano, o bio-psico-social, el menos frecuente, pero que es el que permite una acción médica integral sobre la persona en términos globales en su contexto.

En la persona individual, que es una expresión única y singular de sus características sociales, también hemos de ver su subjetividad, sus características psíquicas, sabiendo observar su consciente y su inconsciente, porque en una misma familia, viviendo en las mismas condiciones y con los mismos factores de riesgo, la expresión individual de su malestar está tamizada por su inconsciente.

El objetivo de esta ponencia es llevarnos, como profesionales de la salud, a la reflexión sobre la necesidad de desarrollar una acción médica integral, sustentada en el paradigma sanitario bio-psico-social, que se proyecte a lo largo de todo el sistema sanitario y no sólo en el nivel de la atención primaria, una línea ideológica clara de lo que se pretende alcanzar, que no es meramente la curación puntual de la dolencia, sino el equilibrio en la salud de la persona y la comunidad.

Triángulo epidemiológico

Agente, factores agresores o de riesgo



Medio, vías de transmisión

Población susceptible, huésped

Triángulo epidemiológico-social

Agentes:

- Factores económico-sociales,
- Sistema educativo
- Condiciones de vida y trabajo

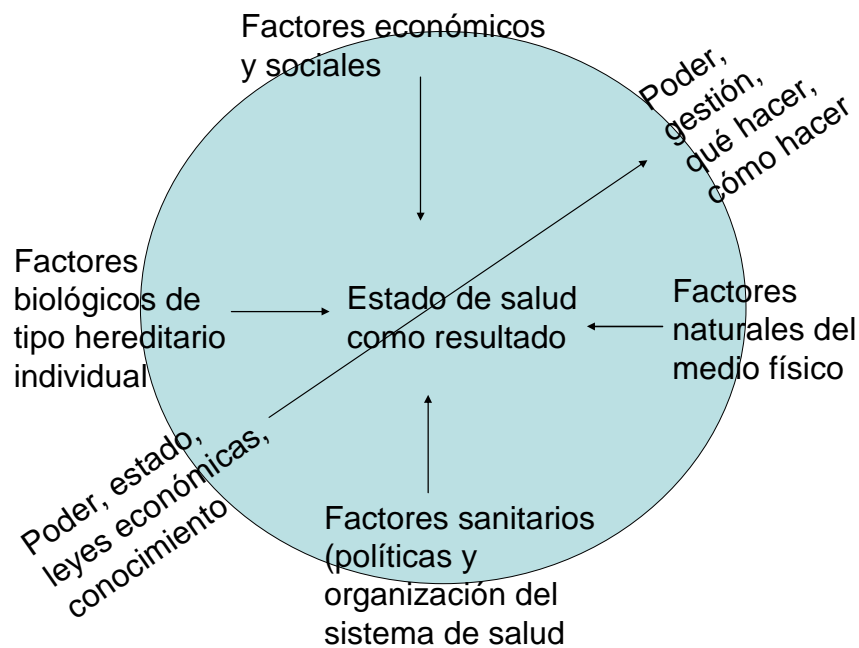
Medio:

- Sociedad
- Leyes
- Costumbres

Triángulo epidemiológico-social

Huésped:

- Individuos (concepto)
- Población comunitaria



El estudio de la estructura interna de los grupos sociales da a conocer la morbilidad específica de estos grupos y la morbilidad individual.

Creemos que hay que repensar el objeto de trabajo de la ciencia de la salud, tanto las personas como las comunidades. En cuanto al ser humano, ha de superarse la concepción tomista metafísica alma-cuerpo. El ser humano es un ser bio-psico-social, entendiendo como psíquico un ser que tiene su mundo consciente e inconsciente, y que ese inconsciente determina lo consciente. De manera que todas las condiciones de vida están tamizadas por ese filtro y cada uno lo manifiesta de un modo diferente.

Y, por otra parte, no basta con conocer al ser humano, sino que para transformar esas condiciones que mencionábamos, hemos de tener PODER. Poder que tiene expresiones técnicas, administrativas y políticas. Sin esos distintos eslabones del poder, sin el conocimiento y la puesta en marcha de esas distintas manifestaciones del poder no se transforman las condiciones de vida. Ejemplo, en atención primaria, sería la creación de los consejos de salud para la participación en el diagnóstico de salud y en la transformación de los problemas de salud, y que están contemplados en la Ley General de Sanidad, pero que muy pocos centros de salud los han desarrollado.

Esta crisis económica, expresada en el sistema sanitario como la estamos viviendo con recortes y otras situaciones en las distintas comunidades autónomas, la viviríamos y tendría unos resultados distintos si en todos los centros de salud se hubieran creado esos órganos de control sanitario del sector salud mediante la participación ciudadana que son los consejos de salud.

De lo que se trata, desde la adopción de una visión progresista y científica, es de remover todas las dificultades situacionales de los grupos sociales que dificultan el objetivo de tener una salud integral y que conducen al estado de enfermedad.

La práctica sanitaria integral

Hay un hito en la historia de la atención primaria de la salud en Canarias que marca su devenir a lo largo de los cuarenta últimos años.



Entre 1976 y 1980, un grupo de profesionales de la medicina, la enfermería y la asistencia social confluimos en lo que entonces era sólo un consultorio médico en Tirajana (Gran Canaria), un medio que integraba un sector rural, un sector turístico y un sector servicios.

En el centro de salud de Tirajana, coincidimos un equipo que compartía una formación médica y unas ideas de cambio, de transformación en los servicios de salud, del que formábamos parte un médico especializado en salud pública, una médica especializada en medicina interna, una enfermera, una trabajadora social y algunos auxiliares clínicos y, al mismo tiempo, el equipo se fue enriqueciendo en la medida que desarrollábamos programas, de manera que cada profesional se capacitaba en los subprogramas de los que fueran responsables.

Contábamos con muy escasos recursos; de hecho, el sueldo de una plaza de médico de atención primaria y el de una ATS de zona se repartían voluntariamente entre los 10 profesionales, el resto de los ocho restantes carecíamos de plaza y de sueldo. Actuando en un espacio de alejamiento y de dependencia de nuestras familias y de las donaciones de alimentos por parte de la población. ¿Qué nos motivó a actuar así, qué nos sustentaba?

- la ideología: un primer equipo sanitario con una visión integral de la atención sanitaria
- la clara determinación de luchar contra los obstáculos
- el objetivo de prestar una atención sanitaria de calidad a esa población.

EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

- Leavell y Clark establecen tres periodos del proceso salud-enfermedad, relacionados cada uno de ellos con una acción médica: el periodo prepatogénico se asocia con la prevención primaria, el patogénico con la prevención secundaria y el postpatogénico con la prevención terciaria..

Proceso salud-enfermedad-Intervención preventiva				
Periodo prepatogénico		Periodo patogénico		Periodo postpatogénico
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel	Cuarto nivel	Quinto nivel
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamiento precoces	Minimización del daño	Rehabilitación

Esquema de Araceli de Armas e Ione Legaz

Proceso salud-enfermedad-Intervención preventiva				
Periodo prepatogénico		Periodo patogénico		Periodo postpatogénico
Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel	Cuarto nivel	Quinto nivel
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamiento precoces	Minimización del daño	Rehabilitación
△	△	△	△	△
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria

La acción desde el centro de Tirajana se organizó, a través de la planificación y la organización de los equipos, en dos áreas:

- Un departamento de salud pública, que llevaba a cabo el análisis del agua de los nacientes y del agua de abasto en zonas comunes; la gestión de las basuras; la vacunación itinerante (teniendo en cuenta la población dispersa que no acudía al centro); el estudio de los factores que incidían en la salud comunitaria y la educación sanitaria.

Había varios subprogramas:

- ⑩ Salud Escolar, desarrollado siempre con los maestros. Ellos realizaban la encuesta de salud en el domicilio de los niños lo cual les permitía a ellos mismos tener una gran idea de las condiciones de vida de los niños.

- ⑩ Educación Sanitaria, que rodeaba todos los aspectos de nuestro trabajo.
 - ⑩ Participación Comunitaria: creamos asociaciones de vecinos, de juventud, de cultura para que conocieran su realidad y sus capacidades para transformar su vida y condiciones.
 - ⑩ Consejos de Salud en todos los barrios. Cada profesional del equipo se hacía cargo de un barrio, de su educación sanitaria en el consejo de salud. Esto fue fundamental porque tomaron gran conciencia del significado de nuestro trabajo y a la hora de reivindicar el RECONOCIMIENTO oficial del Centro, su lucha y participación fueron fundamentales.
- Un departamento asistencial, que atendía las consultas médicas y los diversos programas de salud, como el de H.T.A., Diabetes y otros programas que fueron surgiendo con el desarrollo del trabajo, según las necesidades que se fueran haciendo VISIBLES, como fue el Programa de la Mujer.

El centro analizaba el estado de salud de la población desde todos los enfoques y en todos sus componentes: hábitat, herencia, medio laboral, salud mental, condiciones económicas, etc. Valorábamos el trabajo y teníamos una gran comunicación con las y los pacientes, a quienes se dedicaba 40 minutos por consulta, durante la cual se completaba la historia clínica. Esta atención personalizada fue quizá el mayor logro que rompió con el viejo modelo de atención primaria de unos minutos por paciente, así como crear la historia clínica y analizar la salud con mayor perspectiva que ver sólo la enfermedad; se trataba de integrar los componentes bio-psico-social en la atención a la salud individual. Mediante el contacto humano, se trataba de conocer todo lo que rodeaba a las personas, su familia, su trabajo, su alimentación, su estado mental, etc.

En los comienzos de nuestro trabajo hubo tensiones en la población por ese cambio en la consulta, porque estaba acostumbrada a que se viera a unas 50 personas al día, aproximadamente. Pero la acción del grupo en varios frentes programáticos que nunca habían visto nos permitió superar esa tensión con la comunidad.

El desarrollo del trabajo nos hizo crear las herramientas cotidianas del registro de todo lo que acontecía en una consulta, desde los aspectos administrativos, clínicos, etc. Además y fundamentalmente, teníamos reuniones semanales para planificar, organizar y supervisar lo que estábamos realizando.

Ejemplos de estos programas y subprogramas fueron:

1.- En el programa de Salud escolar, los maestros nos hicieron saber que los niños de la escuela sufrían retraso escolar y que deberíamos estudiarlo. Examinamos las condiciones de vida (lo social): vivían en una zona de plantación de tomates y pepinos durante todo el tiempo de zafra, junto a las cabras, en viviendas en malas condiciones; el agua estaba en un estanque del que se surtían para hacer la comida y beber. Estudiamos a los niños (lo individual): se les hizo una entrevista a los padres, examinamos a los niños, hicimos análisis.

Diagnóstico. Los niños estaban, por el estudio de las heces, infectados de parásitos y con bajas cifras de hierro.

Tratamiento social:

.Hablamos con los sindicatos de la aparcería para que hablaran con los dueños de la tierra y del agua para que limpiaran los estanques. Los sindicatos hablaban con los consejos de salud de su zona.

.Se planteó que la tenencia privada del agua era un factor de riesgo para la salubridad del agua y, por otra parte, el sistema de producción agrario, de tipo feudal-señorial (señor-siervo) también era

un factor de riesgo para las condiciones de salud. Los trabajadores de la tierra no se sentían ciudadanos libres, aunque vivieran en un país de ciudadanía libre.

Tratamiento individual a los niños: eliminación de parásitos en los niños y en sus familias con tratamiento médico, dieta nutritiva para subir los niveles de hierro y medicamentos de hierro.

Conclusión: el retraso escolar era debido a la anemia ferropénica, cuyas causas eran las condiciones de vida, el agua, en concreto, que tenía parásitos e infectaba a la población de la zona, pero en concreto a los niños que estábamos estudiando, las condiciones nutricionales y la parasitosis de cada niño.

2.- Programa de hipertensión.-

También, en el desarrollo del programa de hipertensión, poníamos en marcha la parte de prevención primaria de la misma, tomando la tensión arterial una vez a la semana a todas las personas de 15 y más años, previamente seleccionadas por el censo, durante 3 semanas seguidas; quienes resultaban hipertensos pasaban a consulta para estudio, y al resto se les daban consejos de prevención primaria para todas las enfermedades crónicas.

Ya en la prevención secundaria del programa de hipertensión se trataba de hacer un diagnóstico precoz y tratamiento efectivo y oportuno. Aquí, haciendo las historias clínicas, descubrimos que algunos síntomas de las mujeres hipertensas eran distintos que los de los hombres hipertensos y, de nuevo, surgen los interrogantes. Lo llamativo fue que los síntomas que describían los libros se identificaban más con los síntomas de los hombres hipertensos y no encontrábamos en ninguna fuente esos síntomas distintos de las mujeres hipertensas.

De aquí surgió, después de conversaciones con teóricas de la mujer, que ya empezaba en Las Palmas capital (Dra. Asunción González de Chávez), el “programa de la mujer”.

Así, iban surgiendo distintas líneas programáticas con el desarrollo del trabajo. Como si de un abanico se tratara, se iban abriendo posibilidades.

La experiencia de Tirajana fue el producto de un trabajo de equipo, que contó con la participación popular, docente, universitaria y sindical; de poner en marcha ideas, de abajo hacia arriba, y de transformar el medio. Paralelamente al trabajo médico, se realizó una actividad de participación comunitaria con vecinas y vecinos y con maestras y maestros, que fueron mediadores efectivos entre el centro y las familias y que garantizó la permanencia del centro de salud hasta alcanzar el objetivo de demostrar que esa forma de atención era mucho más efectiva que los ambulatorios de dicha época.

Esta participación comunitaria se reforzó con las demandas a las instituciones, a los ayuntamientos, etc. Después de la creación de los consejos de salud, hubo sensibilización y la población se movilizó por sus propios intereses, demandando el sostenimiento del centro de salud. Se produjo una fuerte coordinación de apoyo al centro de salud a través de las asociaciones de vecinos de Las Palmas y resto de las islas, incluida la Universidad de La Laguna, porque la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria no estaba aún creada; se recabaron firmas de solidaridad y se pidió el apoyo de la hasta entonces Dirección General de Sanidad y el INP, que estaban también en un proceso de creación del Ministerio de Sanidad.

La intervención en Tirajana tuvo un fuerte componente de prevención, educación y promoción de la salud en conexión estrecha con la vecindad. Se llevaba a cabo una atención gratuita, personalizada y universal. La primera etapa fue de implantación y la segunda de mostrar que la idea funcionaba, que podía ser un modelo a seguir en toda España. Durante el corto periodo de existencia del centro de Tirajana se realizó el primer diagnóstico de salud por zonas de una manera sistemática.

En 1978, el consultorio local fue reconocido, en el ámbito nacional, como “centro piloto nacional”, germen del primer centro de salud en la historia sanitaria de España, muy completo en cuanto a desarrollo programático y modelo de referencia para los que vinieron después. El modelo teórico practicado en Tirajana supuso un cambio cualitativo, pues de una asistencia puramente biológica se pasó a lo que habíamos descrito al principio: un pensamiento bio-psico-social y estratégico de cambio.

Años después, hacia 1980, tuvimos otras experiencias, en otros centros, pero con estas mismas líneas de pensamiento.

Me refiero al Hospital Dermatológico de Las Palmas, que en los años 70’s era una leprosería que adolecía de las más elementales técnicas terapéuticas, que aún conservaba vestigios de los tratamientos mitomágicos, y no existía en aquel entonces censo de población afectada y, aunque existía un programa de intervención, éste no se desarrollaba, por lo que el equipo del centro creó un nuevo programa que ayudó a erradicar la lepra en Canarias a base de una actuación sistemática y científica.

Una tercera experiencia, entre 1982-83, en la que se aplicó este modelo de pensamiento fue en Telde, una ciudad del sureste de la isla de Gran Canaria, donde en el entonces Ambulatorio (ahora transformado en C.A.E., Centro de Atención Especializada), además de la consulta tradicional de 3 minutos, se comenzó a realizar screening y seguimiento de los casos de HTA, reuniéndonos en la última planta del centro, a detectar las diferencias en la sintomatología de mujeres y hombres, a practicar la detección temprana y precoz de los casos, y de ahí a iniciar una actividad de educación sanitaria comunitaria, a la que asistían mayoritariamente mujeres, a través de las parroquias, las asociaciones de vecinos, las escuelas, etc.

Esta actividad fue el germen del primer centro de la mujer “Isadora Duncan”, en Telde, que más tarde se convertiría en “Centro Municipal de la Mujer” del municipio y que fue modelo a seguir por el resto de centros de la mujer de las islas. A partir de entonces y gracias a ese trabajo, las antiguas “concejalías de planificación familiar” se denominaron “concejalías de la mujer” y con contenidos de trabajo más integrales de los que tenían.

Por otra parte, por esas fechas, a finales de los años 80’s, a raíz de encuentros y conversaciones con profesionales del ámbito universitario preocupadas por la estrecha vinculación entre género y salud, con la Dra. Asunción González de Chávez (nuestra querida Chun), creamos el primer seminario “Mujer y Salud”, que data de 1990, y que, creemos, fue el primero de toda España, seguido del de Zaragoza.

Alrededor de 1995 se crea el Aula de la Mujer de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, a partir de ese germen del primer Seminario “Mujer y Salud”, una experiencia que aún subsiste, red denominada actualmente Aula de Igualdad. El primer libro del seminario “Cuerpo y subjetividad femenina”, con artículos de Silvia Tubert y Victoria Sau, se editó en 1993, y fue presentado por el rector de la Universidad.

En la década de los 90’s se editan otros dos libros del seminario, con participación de Carme Valls y Silvia Tubert.

Con todo ello pretendemos explicar que, sea cual sea el lugar de trabajo que tengamos, en cualquier nivel organizativo o de acción, lo importante es tener ese pensamiento integral y las concepciones arriba mencionadas del ser humano, al mismo tiempo que crear una red participativa o de poder.

Desgraciadamente, los pensamientos de medicina integral y de estrategias de cambio han sufrido un reduccionismo que ha permitido que prevalezca de nuevo la visión biologicista y sexista invisible, si bien no en todos los casos, pero sí en la mayoría de los centros de salud.

Se genera de esta forma un círculo vicioso de demanda-atención-nueva demanda, que responde exclusivamente a la sintomatología, y no tanto a los agentes causantes o factores de riesgo, huésped o condiciones de vida. Además, desde el punto de vista de la concepción del ser humano, continuamos reproduciendo el esquema tomista cuerpo-alma, la dualidad metafísica de los síntomas desconectados del entorno que los genera y de su subjetividad.

Esto es, en tanto se tratan patologías crónicas, hoy prevalentes en los servicios sanitarios, fundamentalmente desde una perspectiva biologicista, se están reproduciendo las condiciones de vida y los factores de riesgo que propician esas mismas patologías crónicas.

La progresiva transformación de los centros de salud en ambulatorios de atención a la demanda ha perdido en el camino la oportunidad de aprovechamiento en la generación de conocimiento social a partir del caudal de la base de información más rica que posee una institución pública para conocer la fenomenología del proceso salud-enfermedad: la sintomatología médica y social a partir de la cual acceder a la planificación de la política sanitaria sobre datos reales y completos de la salud humana tal como la concibe la Organización Mundial de la Salud: como un complejo proceso bio-psico-social, cultural y ambiental.

La formación

Para tener y aplicar ese pensamiento teórico, es preciso adquirir una formación especializada en un paradigma científico de salud integral, que no se adquiere comúnmente con el actual currículo universitario, en el que prima una concepción biologicista del proceso salud-enfermedad, y que es preciso terminar de prepararse a través de foros, lecturas alternativas, cursos de reciclaje de las distintas gerencias de primaria y especializada, en áreas de psicología, administración sanitaria, planificación y epidemiología.

Este conocimiento así formado ha de permear las gerencias de atención primaria, los centros de salud, la universidad, la población, y, para reforzar dicho conocimiento, es necesaria la creación de los consejos de salud de zona de cada centro de salud, porque es ahí, en el centro de salud y en el consejo de salud, donde transmitimos y aplicamos ese conocimiento, y donde la población nos transmite cómo vive y lo que vive, y de esa interacción ha de surgir la acción diversificada e integral, con distintos niveles de responsabilidad y coordinación del proceso, que responda realmente a la complejidad de la salud-enfermedad, más que una simple prescripción o fórmula local para un síntoma aislado en la globalidad de la persona.

La investigación

La primera función de la atención primaria es su característica investigativa, asociar, ver las causas de los fenómenos clínicos, sociales, psíquicos, que nos puedan llevar a elaborar estrategias de cambio.

No se trata de universalizar las acciones de todos los centros de salud con programas predeterminados, aunque puedan existir. Se trata de reconocer a esa comunidad con sus particularidades, estilos de vida, relaciones, que nos defina la identidad de la comunidad con la que tenemos que trabajar, y previo conocimiento de que todas las comunidades son distintas. Y, por tanto, las acciones programáticas.

No hay nada predeterminado en este caso, aunque haya programas determinados de distintas patologías. Curiosamente existen programas de atención a la hipertensión, a la diabetes, a la obesidad, pero no hay programas de atención a las neurosis, a las depresiones, que tendrían el sentido de poder explicar a la gente cómo ser seres autónomos, como ser capaces de elegir la vida

que desean. Y no los hay porque no hay formación previa de las y los planificadores en salud y de las y los profesionales, porque previamente no hay una decisión política educativa orientada a abordar este tipo de programas estratégicos de cambio.

La formación científica, la investigación, el conocimiento de los objetos de trabajo (ser humano individual y su comunidad) y la participación ciudadana a través de los consejos es lo que garantiza la supervivencia de la calidad de la atención primaria de salud en todas las crisis, incluida la actual, y la resistencia frente a unas políticas restrictivas, y además garantiza el avance de la ciencia.