

FOROS DE DEBATE

Desarrollo profesional
en Medicina de Familia**Moderador:** J. M. Iglesias Clemente

Médico de familia. CS San Juan. Salamanca.

Ponentes:

V. Casado Vicente

Médico de Familia. Presidenta de la CNE MFyC.

G. Guerra de la Torre

Médico de Familia. Responsable Sección de Docencia semFYC.

M. Melguizo Jiménez

Médico de Familia. CS Almajáyar. Unidad Docente de MFyC de Granada.

J. Sellarés Salas

Médico de Familia. EAP Sardenya. Barcelona

C. Llor Vilà

Médico de Familia. CS Jaume I. Tarragona.

Desarrollo profesional: desarrollo personal

J.M. Iglesias Clemente

El desarrollo profesional tiene un valor ético. En nuestra cultura y en nuestro tiempo el trabajo ocupa un lugar central en la jerarquía de valores sociales y personales, de modo que conlleva contenidos complejos tanto materiales como simbólicos para el individuo.

El desarrollo profesional tiene un valor económico. El principal activo de las empresas son los recursos humanos con los que cuentan; más cuanto más profesional y menos maquinal sea su organización. Por esta razón desarrollan sistemas de incentivos, de capacitación y de progresión que satisfagan esta necesidad humana ante la evidencia de que la armonización de los intereses empresariales y los de los trabajadores redundan en una mayor eficiencia.

El desarrollo profesional depende de otros factores además de la capacitación y a la progresión dentro de la organización y desde luego no se satisface con un mero incremento salarial. Intervienen también aspectos como el enriquecimiento del puesto de trabajo, la asunción de nuevas responsabilidades, la participación en la toma de decisiones o el desarrollo de las capacidades creativas de los empleados, así como algunas características propias de la empresa; pero está claro que los aspectos competenciales y formativos representan un lugar central. Así lo reconoce la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que acoge bajo este epígrafe a la carrera profesional, la formación continuada y la evaluación de la competencia. Este es el contenido de la mesa. Se propone contribuir con las opiniones de todos a un tema, la carrera profesional, candente y actual, en proyecto en la mayoría de los servicios de salud de las comunidades autónomas o en fases tempranas de implantación en los menos. La ley atribuye a los profesionales un papel fundamental y directo en la definición de los criterios, la implementación y la aplicación de la carrera profesional y es conveniente que las distintas sociedades científicas en las que se agrupan expresen en voz alta sus puntos de vista sobre un proyecto que, de hacerse bien, representa un cambio cultural fundamental en el conjunto de las organizaciones sanitarias; pero si tan solo representa un modelo burocrático y formalista únicamente servirá para incrementar el escepticismo.

La mesa se ha organizado de modo que centre el perfil profesional del médico de familia a la luz del nuevo programa de la especialidad para revisar posteriormente los modelos de formación continuada, su validez y su acreditación, y los procedimientos que podrían utilizarse para la evaluación de

la competencia profesional. Se cierra con una aportación al modelo de carrera profesional del médico de familia y esperamos tenga la capacidad de suscitar el interés y la participación de los asistentes. Que así sea.

Desarrollo profesional: desarrollo personal

V. Casado Vicente

El desarrollo profesional en el marco de las competencias del médico de familia

En la actualidad y a nivel internacional se está pasando de un entorno en el que imperaba la premisa "estudiar mucho unos años para trabajar toda la vida" a otro entorno cuya premisa es "aprender toda la vida, para trabajar toda la vida".

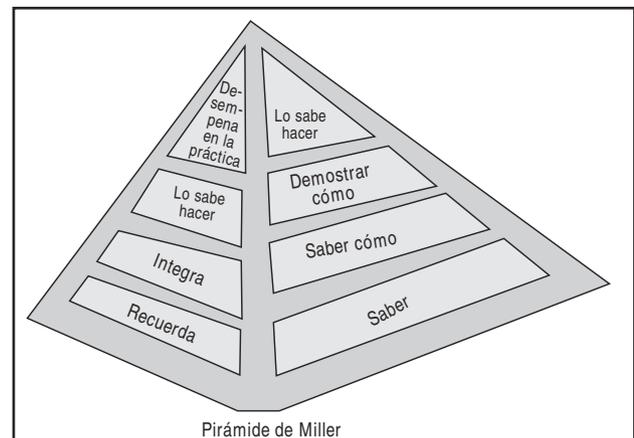
Esto supone pasar de un sistema en el que lo importante son los conocimientos y la evaluación se basa en medir la capacidad de memorizar conocimientos en una etapa formativa determinada y previa y cuya consecución parecía garantizar la competencia más allá de los tiempos y dónde lo accesorio eran las competencias profesionales, las habilidades clínicas, profesionales y sociales y las actitudes. Se llega a una etapa en la que lo importante son las competencias y dónde es imprescindible aprender a aprender y a localizar y procesar las informaciones, las habilidades y actitudes, profesionales y sociales y la evaluación de las competencias^{1,2}.

Y este es un continuo que debe iniciarse en el pregrado, continuar en el postgrado y durante todo el ejercicio profesional.

Los motivos que deben llevarnos al desarrollo profesional no sólo deben ser intrínsecos, ligados a cada profesional sino también extrínsecos y estos están vinculados al compromiso profesional con las personas, con la sociedad y con el sistema sanitario, con la mejora continua, con la formación, con la ética y con la propia especialidad de cada médico.

El término competencia profesional se ha instalado fuertemente. La competencia es algo más que los conocimientos por muy sólidos que estos sean.

Miller estableció en su pirámide de la competencia cuatro niveles: saber, saber cómo, demostrar cómo y saber hacer, es decir que desde el nivel en el que se recuerda los conocimientos hay diferentes pasos por los que pasamos (integrar y saber hacer) hasta llegar al final en el que se encuentra el correcto desempeño en la práctica, en el que se imbrican conocimientos, habilidades y actitudes (fig. 1).



Pirámide de Miller

FIGURA
1

Niveles de la práctica profesional.

Pero ¿qué es la competencia profesional?

Brailowski determina 14 esferas/dimensiones que configuran la competencia (fig. 2) que son:

1. Los conocimientos
2. La resolución de problemas
3. Los conocimientos de sus propios límites
4. La autonomía
5. La ética
6. El profesionalismo
7. El humanismo
8. La comunicación
9. Las habilidades técnicas
10. Las habilidades organizativas
11. El trabajo en equipo
12. Las habilidades reflexivas
13. El razonamiento clínico y
14. El juicio crítico

El desarrollo profesional debería siempre enmarcarse en estos campos, pero no siempre es fácil poder medir todos estos aspectos por lo que el propio autor afirma que los aspectos más fáciles de medir en la competencia de los profesionales son los conocimientos, la resolución de problemas, la comunicación, la ética, las habilidades organizativas, las habilidades técnicas y las habilidades reflexivas.

El desarrollo profesional puede ligarse a la antigüedad, la carrera administrativa, la consecución de objetivos del sistema sanitario, pero sobre todo debe ligarse a este último y al marco competencial de la especialidad que el profesional desarrolla.

Así el nuevo programa de la especialidad², teniendo en cuenta la definición de la competencia y tras revisar más de 100 programas formativos de MFyC en el mundo, revisar textos internacionales y nacionales, partir de los programas elaborados en nuestro país y tras estudio Delphi y búsqueda de consenso ha redefinido el perfil profesional del médico de familia y sus competencias en los siguientes aspectos:

a) Valores profesionales y perfil profesional del médico de familia.

b) Competencias esenciales:

- La comunicación asistencial.
- El razonamiento clínico.
- La gestión de la atención: (Gestión clínica; Gestión y organización de la actividad; Sistemas de información; Trabajo en equipo; Gestión de la calidad y Responsabilidad civil y médico-legal).
- la bioética.

c) Competencias de atención al individuo. La atención a la persona por parte del médico de familia se entiende en dos aspectos:

- El *abordaje de necesidades y problemas de salud*, que a su vez engloba el abordaje de: Factores de riesgo y problemas cardiovasculares; Problemas respiratorios; Problemas del tracto digestivo y del hígado; Problemas infecciosos; Problemas metabólicos y endocrinológicos; Problemas de la

conducta y de la relación; Problemas del sistema nervioso; Problemas hematológicos; Problemas de la piel; Traumatismos, accidentes e intoxicaciones; Problemas de la función renal y de las vías urinarias; Problemas músculo-esqueléticos; Problemas de cara-nariz-boca-garganta y oídos; Problemas de los ojos; Conductas de riesgo adictivo; Urgencias y emergencias.

- El *abordaje de grupos poblacionales y grupos con problemas de riesgo*: Atención al niño, Atención al adolescente, Atención a la mujer, Atención al adulto, Atención a los trabajadores, Atención al anciano, Atención al paciente inmovilizado, Atención al paciente terminal, al duelo, al cuidador, Atención a las situaciones de riesgo familiar y social.

d) Competencias de atención a la familia.

e) Competencias de atención a la comunidad.

f) Competencias en formación e investigación.

En cada área se definen los objetivos y las actividades a realizar para la adquisición de estas competencias, incluyendo conocimientos, habilidades y actitudes.

En el programa se establecen dos aspectos que son también de interés en el desarrollo profesional uno porque está en relación con la esfera de conocimiento de los propios límites (niveles de responsabilidad) y otra porque define niveles de competencia (niveles de prioridad).

Se determinan tres niveles de responsabilidad:

- Nivel primario: El Médico de Familia debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar este tipo de problemas sin consultar con otro nivel asistencial en el 90% de los casos.
- Nivel secundario: Una consulta a otro nivel es habitualmente requerida en el curso de la evaluación o del tratamiento de este tipo de problemas.
- Nivel terciario: El diagnóstico y tratamiento de estos problemas es competencia de otros especialistas, pero el MF debe ser capaz de informar, apoyar al paciente y a la familia y asegurar la coordinación y la continuidad de la atención.

Se establecen tres niveles de prioridad:

- Prioridad I: Indispensable: las competencias deben ser adquiridas por todos los residentes. Su ausencia cuestiona su aptitud.
- Prioridad II: Importante: las competencias deben ser adquiridas por la mayoría de residentes.
- Prioridad III: De excelencia: la adquisición de estas competencias, si lo anterior está presente, puede ser criterio de excelencia.

De la misma manera que hemos considerado que la formación postgrado debe basarse en el perfil competencial, consideramos más aún que el desarrollo profesional debe basarse en este.

Bibliografía

1. Casado V. Bonal P. Aportaciones de la medicina de familia al sistema universitario español ante el reto del espacio europeo de enseñanza superior. *Aten Primaria* 2004;33:171-2.
2. Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de Profesiones Sanitarias. BOE nº 280 de 22 de noviembre de 2003.
3. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Aprobado el 22 de Noviembre de 2002. www.semfyec.es

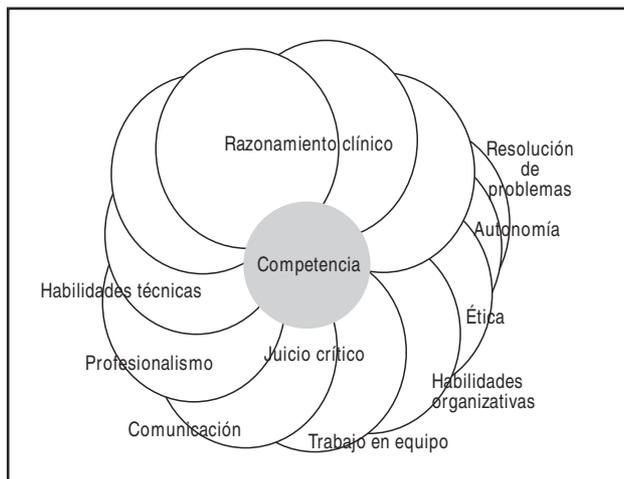


FIGURA 2 Dimensiones/esferas de la competencia profesional según Brailowski

¿Formación continua y/o desarrollo profesional continuo?: integrando conceptos y objetivos entre persona, profesión, organizaciones de trabajo y sociedad

G. Guerra de la Torre

Ideas principales

Se plantean una serie de interrogantes desde la perspectiva de un médico joven incorporado recientemente al Centro de Salud y que dialoga con su Tutor acerca de su formación y su futuro

- La importancia de las capacidades y valores de cada individuo para su desarrollo personal y profesional y el reconocimiento de estas como factor motivador e incentivador.
- La importancia de la integración y adecuación de estas capacidades y valores con los de su profesión, y los de las diferentes organizaciones donde la ejerza, con el objetivo principal y continuo de mejorar los servicios profesionales a las personas y al conjunto de la sociedad.

- Reconocer la formación continua y/o el desarrollo profesional continuo como una obligación ética de los Médicos de Familia y de necesaria adaptación a los entornos cambiantes en los que nos movemos como profesionales médicos y como miembros de una sociedad.
- Analizar el contexto que está dando lugar a la transición cultural, metodológica y conceptual entre formación continuada y desarrollo profesional continuo, ahondando en sus definiciones.
- Proponer un modelo de formación continua y/o desarrollo profesional continuo que enfatice el autoaprendizaje por medio de la autorreflexión y la autoevaluación, cooperando y colaborando con los colegas, las organizaciones profesionales y empresariales y con la sociedad, detectando necesidades en la práctica diaria y experimentando nuevas soluciones para viejos problemas, tanto en la práctica profesional como en la organización de actividades formativas.

Contenidos

¿Formación continua y/o desarrollo profesional continuo?: integrando conceptos y objetivos entre persona, profesión, organizaciones de trabajo y sociedad

Los médicos de familia, al igual que otros profesionales médicos nos caracterizamos principalmente por nuestra orientación de servicio a las personas. Somos una profesión de personas para las personas. Cuanto más aprendamos de nosotros mismos, estaremos en mejor disposición de aprender para los demás.

La motivación para aprender de manera continua debería ser un criterio para ser médico. Aprender a aprender y ayudar a aprender son las ideas clave para la formación y la docencia.

¿Tanto influye la persona que soy en lo que hago en mi trabajo?

Cada individuo posee su personalidad, sus capacidades, sus valores, sus motivaciones. El individuo tiene en sí mismo la capacidad y la tendencia, latente o evidente de dirigirse hacia la maduración y hacer presentes sus potencialidades, llegando a ser autónomo.

Por otra parte, las personas se mueven por necesidades y deseos que son únicos y variados. Estos son la base de la motivación, lo que impulsa a realizar un determinado comportamiento.

Lograr integrar y equilibrar las capacidades, valores, deseos y necesidades personales con el ejercicio de la profesión, y con los valores y necesidades de las diferentes organizaciones donde se ejerce, facilita el crear compromiso y satisfacción en los proyectos y actividades que realizamos en nuestra vida profesional y puede ser la mejor garantía para ofrecer nuestros mejores servicios a las personas y a la sociedad en su conjunto.

Reconocer e incentivar las capacidades, esfuerzos y logros personales en beneficio de la profesión, las personas y la sociedad a la que servimos debe constituir la base que sustente la validez, fiabilidad, legitimidad y credibilidad de cualquier sistema de ordenación y articulación de una carrera profesional.

Las competencias que el médico de familia debe desarrollar, conocimientos, habilidades y actitudes, y los valores que deben sustentar su práctica profesional vienen definidas en el programa de la especialidad. La etapa de Educación Médica postgraduada debe garantizar la adquisición de estas competencias descritas.

A partir de que finaliza esta etapa, el profesional realizará un esfuerzo para mantener su competencia, actualizarse y desarrollar nuevas competencias acordes a sus necesidades, las de su entorno y las del progreso científico.

¿Tendré que estar continuamente aprendiendo y formándome?

Desarrollamos nuestra profesión en un entorno cultural, social, organizacional y científico variado y que cambia rápidamente en el tiempo. Los Médicos de Familia vemos necesaria realizar acciones que favorezcan la adaptación a estas necesidades cambiantes del entorno donde desarrollamos nuestra práctica, a las nuevas realidades, a las necesidades emergentes y a las demandas y expectativas que las sociedades generan. Es una obligación ética

¿Cuándo empezará mi Formación Continua?

La Formación Continua o Educación Médica Continua ha sido considerada hasta el momento actual como un periodo curricular que comienza tras la etapa postgraduada y que se caracterizaba por la realización de actividades formativas aisladas a las que el profesional interesado accedía en busca de conocimientos impartidos por expertos.

Se ha definido en algún texto como "La educación gobernada por la tradición y la intuición"

Existen evidencias que demuestran que estos métodos de impartir y organizar actividades formativas generan pocos cambios y mejoras en la práctica habitual, que existe incongruencia entre la educación pregraduada y los requerimientos de la práctica profesional, y que existe una nada despreciable tasa de olvido de los conocimientos adquiridos a lo largo del tiempo.

¿De tan poco me servirá todo lo que me han enseñado?

El desarrollo de la metodología de la calidad en el campo sanitario aportó una nueva visión a nuestra práctica, y a las organizaciones donde trabajamos, orientando acciones hacia la mejora de los resultados en salud, la efectividad, la eficiencia, la mejora de los servicios y la satisfacción, de los usuarios, de los profesionales y de las organizaciones donde estos trabajan.

Por otro lado, metodologías y acciones de evaluación y mejora de la calidad fueron integradas y utilizadas en el campo educativo, surgiendo nuevos conceptos y métodos centrados en el que aprende, subrayando el aprendizaje activo, significativo, dando respuestas a las necesidades que surgen en la práctica diaria, a las que no se responde con los conocimientos adquiridos previamente, reflexionando, generando nuevo conocimiento, poniéndolo en práctica y evaluándolo posteriormente hasta que se convierte en rutina y surge otra necesidad que se identifica a similitud con los métodos usados en la mejora continua de la calidad

¿Puedo aprender medicina pasando la consulta o consultando con mis compañeros?

Comienza a darse valor al nuevo conocimiento que emerge de la práctica diaria, en contraste con el predominio de lo teórico-académico como lo establecido y absoluto en la generación y transmisión de conocimientos. Se confía en la capacidad de cada uno para construir su propio conocimiento, base del aprendizaje efectivo. Se diseñan competencias que traspasan el único objetivo de tener conocimientos, de saber, hacia el saber como hacerlo, utilizando los conocimientos adquiridos con juicio, con destreza y habilidades para manejarlos adecuadamente en el entorno de la práctica profesional. Evaluamos lo que hacemos con el objetivo de mejorar y aprender de los errores.

Este, resumidamente, ha sido el escenario para la aparición del concepto de Desarrollo Profesional Continuo, encontrándonos aún en un período de transición cultural, conceptual, metodológica y posiblemente terminológica entre este y la formación continua.

Entonces, ¿Formación continua o Desarrollo Profesional Continuo?

El desarrollo profesional continuo se define como un proceso de aprendizaje continuo que comienza después de la Educación Médica básica y la de formación postgrado, a las que complementa, y se extiende durante toda la vida profesional. Hace énfasis en el individuo, con sus capacidades, sus motivaciones, sus prioridades, en sus necesidades y en las de su entorno profesional y social, integrándolas en sus objetivos. Su propósito o fin último es contribuir a dar servicios de calidad a los usuarios y a la sociedad en su conjunto, teniendo en cuenta, asimismo, las necesidades de estos.

Reconoce a cada profesional y a sus organizaciones profesionales, como principales responsables de su planificación, organización, participación y evaluación de su desarrollo profesional y favorece el mantenimiento y la mejora de su efectividad profesional, y la satisfacción en el trabajo. Permite y reconoce como válidos una diversidad de métodos docentes, formales e informales, enfatizando el resultado en el aprendizaje, respetando los diferentes estilos de aprendizaje y abarcando todas las áreas competenciales que ejerce el profesional promoviendo el desarrollo de planes personales seleccionados y consistentes con las tareas que ejerce. El desarrollo profesional continuo, por lo tanto, amplía el clásico concepto de la formación continua aportando una visión dinámica, integradora y personalizada de la formación.

En nuestro ámbito aún existe cierto grado de confusión terminológica al referirnos a la formación continua, al desarrollo profesional y a la carrera profesional derivado del periodo de transición en que nos encontramos.

Un paso importante en esta transición, ha sido la reciente publicación de la LOPS (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias), surgida para hacer posible la mayor integración de los profesionales en el servicio asistencial, facilitando la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada a la población.

Contempla la Formación Continuada como una innovación normativa de singular relevancia, reconociendo la influencia de la misma en el desarrollo, consolidación, calidad y cohesión del SNS y contemplando la existencia de la misma.

Define específicamente la Formación Continua en el Capítulo IV del Título II (La formación de los profesionales sanitarios), equiparándola en su definición y objetivos con los detallados previamente del Desarrollo profesional continuo.

A su vez, desarrolla en el Título III el desarrollo profesional y su reconocimiento, equiparándolo a lo que nosotros conceptuamos como carrera profesional.

Me quedan muchas dudas e interrogantes

¿Quién y como se evaluará este esfuerzo? ¿Qué indicadores de resultado de mi práctica profesional serán válidos para medir mi aprendizaje y mejora continua? ¿Cuál es el papel de las organizaciones profesionales? ¿Quién debe proveer y asesorar en formación continua?

¿Se deben acreditar todas las actividades formativas? ¿Quién debe hacerlo? ¿Son válidas todo tipo de actividades? ¿Cómo organizar actividades formativas formales en nuestra jornada de trabajo? ¿Deben favorecer nuestros empleadores espacios y tiempos para las mismas?...

Te invito a participar en el foro de debate. Te ayudará a esclarecerlas o al menos, tendrás la oportunidad de compartirlas y debatirlas con tus compañeros, lo que te ayudará a aprender.

Como último objetivo en esta presentación, se plantea de manera genérica, desde nuestra Sociedad Científica, favorecer la implantación de un modelo de desarrollo profesional continuo para los Médicos de Familia. Esto requerirá un cambio filosófico, metodológico y estratégico en la orientación formativa y docente de todos los profesionales.

Aprender a aprender es la base. Esto garantizará el autoaprendizaje y el auto evaluación, motivando a los profesionales a desarrollar su capacidad de reflexión, su potencialidad creativa y su satisfacción personal y profesional que es necesario recuperar.

Bibliografía

- Coles C. Approaching professional development. *J Cont Educ Health Professionals* 1996;16:152-8.
- Grant J, Chambers E Editors. *The Good CPD guide. A practical guide to manage CPD*. London: The Joint Centre for Education in Medicine, 1999
- Grupo de trabajo del proyecto WFME (World Federation Medical Education) Estándares globales. Desarrollo Profesional Continuo (DPC) de los Médicos. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad.
- Grupo de trabajo semFYC. Documentos semFYC N° 5. La Carrera Profesional en Atención Primaria
- Miller George E. Invited Reviews: The Assessment of clinical skills/ Competence/Performance. *Academic Medicine* 1990;65.
- Pardell Helios, Bruguera Miguel. ¿Formación médica continuada o desarrollo profesional continuo del médico? *Educación Médica* 2002;5(2):90-5.
- Pérez Franco Benjamin, Turabian Fernández José Luis. Autoaprendizaje en Medicina de Familia. Apuntes Curso de Autorización. Sociedad Española de Medicina de Familia.
- Policy Document of EQUIP and EURACT: Continuing Professional Development in Primary Health Care.

La carrera profesional en atención primaria

M. Melguizo Jiménez

Los dos últimos años han estado marcados por un desarrollo normativo amplio en el Sistema Nacional de Salud. La aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley del Estatuto Marco y la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias han delimitado un nuevo marco legal que deberá desarrollarse a corto y medio plazo. Uno de los elementos que ha encontrado definición y articulación, por vez primera, en la nueva normativa es el desarrollo profesional y su reconocimiento a través de la Carrera Profesional. Tres Comunidades Autónomas (Navarra, Cataluña y Canarias) han publicado su desarrollo de carrera profesional en el ámbito de sus competencias y en algún caso ya se puede hablar de implantación del modelo.

Históricamente la necesidad de articular la Carrera Profesional fue respaldada de forma unánime tanto por el conjunto de órganos representativos de la profesión médica (Sindicatos, Colegios de Médicos, Sociedades Científicas y otras Asociaciones) como por los diferentes niveles de la Administraciones Sanitarias. Otra cuestión ha sido el evidente disenso de es-

tas organizaciones en cuanto a su ordenación, traducción retributiva, formas de implantación y procedimientos de evaluación. Actualmente el marco que regula las reglas de juego para el desarrollo de la Carrera Profesional ya está definido a través del título III de la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias, quedando en el camino por recorrer nuevos obstáculos pero abriendo posibilidades reales de nuevos pactos y consensos.

La Carrera Profesional es una excelente herramienta de desarrollo profesional para el Médico de Familia a través del conocimiento, la experiencia, la responsabilidad y la adecuación a los objetivos del Servicio de Salud. Pretende en última instancia obtener más calidad mediante más motivación, más competencia, más satisfacción de los usuarios y una mejora general de la organización sanitaria.

En todos los proyectos y normas desarrolladas de modelos de Carrera Profesional existen elementos comunes bien definidos:

- *La personalización e individualización*. La Carrera Profesional se vincula al profesional concreto, no al puesto de trabajo. Los diferentes niveles no implican cambio de plaza, centro sanitario o actividad asistencial. Los distintos niveles de la Carrera Profesional no son aplicables a grupos de trabajo o equipos.

- *La diferenciación entre función asistencial / función gestora*. La Carrera Profesional se implanta para la función asistencial aunque pueda existir permeabilidad con la función organizativa y gestora.

- *La voluntariedad*. Tanto la solicitud, el encuadre y el ritmo de progresión serán decisión individual del profesional. La planificación del desarrollo profesional será por tanto diseñada de forma voluntaria.

- *La existencia de criterios o requisitos de acceso*. Los méritos de actividad asistencial, formación continuada, docencia tutorial o a través de cursos, la investigación o el compromiso con la organización son requisitos para la entrada, permanencia o superación de los distintos niveles en que se estructura la Carrera Profesional.

- *La existencia de niveles o escalas*. La Carrera Profesional se estructura en niveles y para cada nivel exige un número de créditos creciente alcanzado a través de méritos o criterios. Los niveles o escalas deben cubrir toda la vida de un profesional.

- *El efecto incentivador de la carrera profesional*. El compromiso del Sistema Nacional de Salud para reconocer, económica y organizativamente, los niveles de la carrera profesional ha de ser firme.

Asimismo todos los modelos enfatizan que en ningún caso deben incluir los requisitos de la Carrera Profesional objetivos clínicos puntuales o de eficiencia en la utilización de recursos. Se entiende que estos aspectos se regulan a través de acuerdos de gestión (individuales o de EAP) y se traducen en incentivar económica directa como productividad variable o complementos de rendimiento.

Los problemas para la puesta en marcha de la Carrera Profesional son bien conocidos y, pese a las limitadas experiencias hasta la fecha, emergen de los propios condicionantes de su desarrollo. Entre ellos destacaremos:

- Las restricciones presupuestarias de los Servicios de Salud, unidas a las desconfianzas sobre el efecto motivador de la Carrera Profesional en relación al compromiso con los objetivos de la organización sanitaria.

- La complejidad para operativizar un modelo con distintos ámbitos de aplicación (Estatut, Servicios de Salud de CC.AA. y Centro Sanitario) que salvaguarde la equidad y el derecho a la movilidad entre profesionales.

- La dificultad de valorar la actividad asistencial más allá del recuento de servicios prestados, junto a los problemas de evaluar "en resultados" las actividades de docencia, formación e investigación.

- Los problemas de composición y funcionamiento de las Comisiones de Evaluación, en cuanto al difícil equilibrio entre miembros del Servicio de Salud, Técnicos de acreditación, representantes sindicales, expertos de Sociedades Científicas, etc.

- Los procedimientos administrativos del modelo que pueden desembocar en unos costes desmesurados o en un entrelazamiento farragoso del mismo.

Aproximándonos a la realidad, el desarrollo de las experiencias de Navarra, Cataluña y Canarias nos muestra algunas enseñanzas, tanto en similitudes como en especificidades.

En cuanto a las primeras; no es extraño que los tipos de niveles y requisitos para el acceso a ellos son muy parecidos en los tres modelos. En segundo lugar, ninguna de las experiencias se ha planteado una limitación en el número de profesionales que consolidan cada nivel, sobreentendiéndose que serán los propios profesionales o la dificultad de los requisitos quienes determinen la deseable estructura piramidal de los niveles de la Carrera Profesional. Por último, las retribuciones ligadas a la adquisi-

ción de los niveles son muy similares con pequeñas oscilaciones entre los tres Servicios de Salud.

Respecto a diferencias, observamos que el modelo del Institut Català de la Salut es el único que se generaliza tanto a facultativos como a Diplomados (Enfermeras, Matronas, Fisioterapeutas, Logopedas, Trabajadores Sociales y Terapeutas ocupacionales). En cuanto a las Comisiones de Evaluación el modelo ICS plantea Comisiones con capacidad decisoria plena por parte del propio Servicio de Salud y el modelo del Servicio Canario de la Salud y del Servicio Navarro de Salud optan por comisiones de evaluación paritarias profesionales / administración con mas peso específico de la representación sindical en el caso canario. Específicamente el modelo canario además plantea unos plazos de implantación más dilatados en el tiempo.

Pese a la corta y limitada experiencia se hace preciso aplaudir la valentía de las CC.AA que han iniciado los procesos de Carrera Profesional. En cuanto al resto, promover su desarrollo tanto desde iniciativas individuales como a través las Sociedades profesionales. El papel de semFYC y sus sociedades federadas ha de ser relevante tanto por el protagonismo que le corresponde en Atención Primaria como por el documento propuesta que sobre la Carrera Profesional ha elaborado durante este año. Si se apuesta por modelos sencillos de ejecución, claros en su enunciación, aceptables por todos los agentes implicados y, porque no decirlo, generosos en su aplicación inicial el respaldo global de los Médicos de Familia y de los Servicios de Salud estará garantizado.

Bibliografía

- Acord de la Mesa sectorial de negociació de sanitat sobre les condicions de treball del personal de les Institucions sanitàries de l'Institut Català de la Salut. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya 22-9-2003.
- Decreto 278/2003, de 13 de noviembre, por el que aprueba y desarrolla el modelo de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Canario de la Salud. Boletín Oficial de Canarias 14-11-2003.
- Iglesias JM y cols. Carrera Profesional. Documento semFYC. 2004.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 22-11-2003.
- Ley Foral 11/1999, de 6 de abril, por la se regula el sistema de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. Boletín Oficial de Navarra 9-4-1999.

Indicadores de evaluación de la actividad profesional

C. Llor Vilà

Probablemente nadie pone en duda la necesidad de evaluar la calidad asistencial y que los indicadores son un instrumento para este fin, pero tras esta afirmación genérica que corresponde al título de la ponencia, surgen muchas dudas y/o reflexiones. ¿Qué es calidad asistencial?; ¿cómo la podemos evaluar y para qué?; ¿los indicadores pueden ser un buen instrumento para ello?; ¿hay otras formas de hacerlo? Tradicionalmente los servicios de atención primaria se han gestionado y evaluado en base a un elevado número de indicadores, de procedencia y validez variables, que han intentado medir de forma más o menos exhaustiva las diferentes dimensiones relacionadas con el producto de la atención primaria. Generalmente estos indicadores contemplan apartados tan amplios y heterogéneos como acreditación de estructura, utilización de registros, información cuantitativa de actividad asistencial, grado de registro y control de patologías crónicas, atención al usuario, desarrollo de programas e intervenciones específicas (atención domiciliaria, salud bucodental, etc.), prescripción farmacéutica, coordinación entre niveles, formación continuada e investigación¹. Muchos de los indicadores son atribuibles a la atención primaria, pero sólo algunos están relacionados con intervenciones que con seguridad van a producir una mejora en la salud. El uso de indicadores clásicos de la actividad asistencial, por sí mismos, como un método para mejorar la efectividad de los cuidados de salud, está abocado al fracaso. Normalmente se escogen indicadores por ser fáciles de obtener que por la validez científica que tienen. Actualmente se mezclan indicadores evaluativos con otros que sólo tienen un interés informativo, otros que abordan aspectos organizativos que debieran ser de incumbencia exclusiva del centro de salud, y por último, otros que no tienen un objetivo definido ni un interés claro. No se evalúan, o apenas lo hacen, aspectos como atención a patologías agudas, utilización adecuada de pruebas complementarias, continuidad de la atención, accesibilidad y

tiempo de espera, aspectos todos ellos que tienen una importancia capital. Tampoco suele evaluarse la calidad, fiabilidad y homogeneidad de los registros.

Los indicadores son instrumentos de evaluación capaces de detectar modificaciones directa o indirectamente a partir de las intervenciones sanitarias realizadas. Los indicadores son un medio, no un fin. Debemos medir indicadores de calidad asistencial para saber lo que hacemos, cuánto hacemos y cómo lo hacemos; sirve para que cada profesional se compare en el tiempo y para saber lo que deberíamos hacer. Pero también los necesitamos para que la gestión se haga con racionalidad y los necesitamos, en definitiva, para mejorar². Para ello, los indicadores tienen que ser fiables, válidos, objetivos, basados en información válida, definidos con precisión, medibles, revisables, sensibles, específicos, justos, creíbles, que permitan la comparabilidad, apropiados para la atención primaria, basados en la evidencia, adaptados al medio, que representen áreas clínicas fundamentales, que tengan una estrategia muy bien definida detrás y deben ser los necesarios. La información es para la acción²; no debe recogerse una información si sus resultados no van a condicionar las actuaciones posteriores. Un indicador no es apropiado para un determinado programa de gestión de calidad de un determinado nivel dentro del sistema de salud si los resultados de su monitorización no pueden seguirse de acciones para la mejora por parte de quienes lo están utilizando cuando un problema es detectado. Los indicadores de la actividad asistencial deberían medir el “*doing the right things*” haciendo lo que debemos hacer (pertinencia, eficacia de las intervenciones, disponibilidad) y el “*doing things right*” haciéndolo de la forma más adecuada (eficientemente, con efectividad, con seguridad, con cariño, con respeto, en el momento adecuado). Sobre los indicadores que expresan pertinencia, disponibilidad, eficacia y efectividad debería de haber una fuerte evidencia, de que las intervenciones sobre las cuales están basados, van a producir unos resultados en la mejora de la salud.

La información, además de sus indudables utilidades, también puede comportar riesgos y si no nos aseguramos que se cumplen unas premisas básicas, la posibilidad de “efectos indeseables” de la información es mucho mayor que sus beneficios. La mala calidad de la información (en cuanto a su cantidad, facilidad de comprensión, fiabilidad, comparabilidad, precisión, etc.), puede ocasionar interpretaciones inadecuadas y por tanto, decisiones equivocadas. Pueden crear incentivos perversos para cambiar la práctica asistencial; así, por ejemplo, podría parecer que los médicos “actúan adecuadamente” reduciendo el número de las admisiones al hospital de los mayores de 75 años y no ser así, por ejemplo, no derivando pacientes con neumonía o insuficiencia cardíaca graves. En la evaluación de la actividad profesional es aplicable la frase: “Dime cómo me mides y te diré cómo me comporto”. La tendencia del sujeto medido es satisfacer las condiciones de la medición o atacarla.

El “producto” de la atención primaria es aún un término muy impreciso, poco definido y sujeto también a discusión. Para clarificar este aspecto, McColl et al³ buscaron bibliografía de las intervenciones que pueden tener un impacto en la mejora de la salud en atención primaria. Para ello, tuvieron en cuenta ensayos clínicos en atención primaria controlados y aleatorios, cuyos resultados producían una disminución en cuanto a mortalidad y casos graves no fatales. En base a esta búsqueda bibliográfica, las 10 intervenciones más eficientes, ordenadas de mayor a menor, son las siguientes⁴:

- Control de la hipertensión arterial.
- Administración de la vacuna antigripal en mayores de 65 años.
- Utilización de estatinas en prevención secundaria.
- Consejo antitabaco o terapia sustitutiva con nicotina.
- Utilización de inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina en la insuficiencia cardíaca.
- Utilización de ácido acetilsalicílico en pacientes con alto riesgo cardiovascular.
- Anticoagulantes orales en profilaxis del accidente vascular cerebral en los pacientes con fibrilación auricular no valvular.
- Utilización de estatinas en prevención primaria.
- Administración de la vacuna antineumocócica en mayores de 65 años.
- Vacunación antitetánica en adultos.

Si la cobertura de las 10 intervenciones alcanzase el 100% en todos los casos, se podría evitar una mortalidad teórica de 479 muertes anuales evitables por 100.000 habitantes. De las 10 intervenciones en atención primaria que se presentan, el control de la tensión arterial en los pacientes hipertensos es el que presenta una mejor combinación de evidencia, impacto potencial y razón de coste-efectividad. Estos indicadores, basados en

la evidencia a diferencia de los que clásicamente se utilizan, tienen una menor probabilidad de promover incentivos perversos ya que están basados en evidencia clara e indiscutible. Además, son pocas las intervenciones aplicables desde la atención primaria que han demostrado inequívocamente su efectividad para reducir morbilidad entre la población diana de estas intervenciones y al estar relacionados con una ganancia directa de la salud, podrían ser usados en la práctica de forma interactiva o en reuniones educacionales en los diversos equipos de atención primaria. Es esencial, en aras a recoger estos ítems, que la historia clínica esté informatizada, puesto que no se debe perder tiempo en llevar a cabo estos audits.

Hay también otros aspectos diferentes de las intervenciones basadas en la evidencia que son igualmente muy importantes, como son la capacidad y habilidades en la entrevista clínica, indicadores que están relacionados con la eficiencia y la accesibilidad, como por ejemplo, la accesibilidad del servicio en la comunidad, la comunicación dentro del personal del centro de salud, la gestión de los aspectos administrativos y económicos dentro de las normas establecidas, la coordinación con la comunidad o la atención de los pacientes en un nivel secundario. Es importante, en este sentido, diseñar algunos indicadores más "locales", aunque no permitan la comparabilidad con otras áreas, porque esto permitirá que los profesionales los acepten como propios⁵. Hay que mezclar evidencia y experiencia clínica personal.

Entre los distintos indicadores que pueden evaluarse se encuentran los indicadores de grado de registro de la historia clínica, los indicadores de actividad, los relacionados con las actividades preventivas, patologías crónicas, patologías agudas, atención domiciliaria, los relacionados con la adquisición de nuevas habilidades, los indicadores de calidad percibida e indicadores de eficiencia. Siempre deberían estar presentes indicadores de uso racional del medicamento. La cuestión de los indicadores de calidad de la prescripción es de máximo interés en todos los países ya que existen bases de datos nacionales o locales, que contienen información sobre las prescripciones de los médicos y casi todas las existentes son como las que disponemos aquí en las que no hay información sobre las indicaciones de los fármacos y, si las hay, poca información sobre características de los pacientes. Los indicadores de calidad de la prescripción pueden ser útiles para tener una idea de la calidad de un proceso como es el de la prescripción y deben obedecer a las siguientes premisas⁶:

- Tienen que ser unos objetivos claramente definidos.
- No deberían ser utilizados para disminuir el gasto sino para asegurar la calidad de la atención a los pacientes.
- Los indicadores de la calidad de la prescripción deben estar validados antes de ser utilizados.
- Hay que distinguir a los indicadores de la calidad de la prescripción y los denominados "comparadores" que pueden ser útiles para otros objetivos.
- Se tiene que proponer una clasificación de los indicadores de calidad de prescripción.
- Los indicadores de calidad deberían incorporar como mínimo información sobre la indicación para la que se hacen servir.
- Se tiene que impulsar la creación de bases de datos (que pueden tener un carácter muestral y ser representativas) que incluyan información clínica además de información sobre medicamentos.
- Se tiene que impulsar la utilización de indicadores de calidad que incorporen la medida de los resultados clínicos que se obtienen con los medicamentos monitorizados.
- Es importante poner en común la información sobre indicadores de calidad de la prescripción procedente de los diferentes países y desarrollar un esfuerzo común para construir indicadores de calidad con una metodología correcta y común.

Bibliografía

1. Saturno PJ. Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. Rev Calidad Asistencial 1998;13:437-43.
2. Sociedad Española de Medicina de Familia. Indicadores de Evaluación de la actividad profesional: Asistencia, docencia e investigación, Documentos semFYC, nº 19. semFYC: Barcelona, 2002.
3. McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. BMJ 1998;317:1354-60.
4. Vila A, Bria X. La mortalidad evitada como producto de la atención primaria. Cuadernos de Gestión de Atención Primaria 2001;7:134-41.
5. Scanlon T, Tarrant P. Performance indicators for primary care groups. Local consensus opinion must be reflected. BMJ 1999;318:803-4.
6. DURQUIM. Drug Utilisation Research Quality Indicator Meeting. A conceptual framework for constructing prescribing quality indicators; a proposal. WHO: Groningen, 2004.

Los enfoques de la Educación para la Salud (EpS) y los modelos de trabajo con los profesionales, ¿cómo inciden en la participación comunitaria?

Moderadora: *J. Domínguez Bidagor*

Psicóloga. Unidad de Calidad. Responsable Promoción de Salud. Área 11. Atención Primaria. IMSALUD. Co-responsable PACAP- Madrid.

Ponentes:

C. Gallardo Pino

Profesora de Promoción y Educación para la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. Unidad de Docencia e Investigación en Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad Ciencias de la Salud. Madrid.

M.J. Pérez Jarauta

Médica Especialista en medicina Preventiva y Salud Pública. Técnica en Promoción de Salud. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública de Navarra.

E. Irazabal Martín

Psicólogo. Centro de Orientación Familiar. Área 4 AP. IMSALUD. Madrid.

I. Montaner Gomis

Coordinadora Grupo APOC. Barcelona.

La Educación para la Salud, los profesionales y los ciudadanos

J. Domínguez Bidagor

Ideas principales

- Acercar a los profesionales la diversidad de enfoques en Promoción de Salud.
- Valorar cada propuesta como una forma positiva de colaboración con los ciudadanos.
- Facilitar una visión que integre las diversas opciones para el desarrollo de la Salud.

Resumen

Cada enfoque supone una manera de llegar al trabajo con los ciudadanos, ya sea desde posiciones personales, profesionales, por formación o por experiencia... Así, lo que se pretende es:

1. Proponer la vía de la formación como adquisición de competencias en el trabajo con la comunidad.
2. Reflexionar sobre las maneras de acceso al aprendizaje. El "hacer cómo", en el trabajo comunitario.
3. La inter-profesionalidad, en este caso con la psicología, como fuente de comprensión de los procesos grupales.
4. Identificar en la práctica habitual de los profesionales de los Centros de Atención Primaria, su orientación hacia la comunidad.

La formación en educación para la salud en los profesionales sanitarios. Adquisición de competencias. Estado actual de la situación y propuestas de alternativas

C. Gallardo Pino

Ideas principales

- ¿A qué estamos llamando formación en educación para la salud, los profesionales sanitarios?
- ¿Cómo se trabaja en formación en los distintos niveles de esta?
- Conocer la situación actual de la formación en EPS en el ámbito universitario.

Resumen

La formación es un elemento esencial para el desempeño, correcto y eficaz, de un ejercicio profesional de calidad; sin ella difícilmente se pueden plantear objetivos profesionales para resolver un problema o satisfacer una necesidad. De la misma manera, para el desarrollo de la promoción de salud y la práctica de la educación para la salud, es imprescindible, incluso un condicionante, disponer de una formación suficiente y de calidad, coherente con las funciones y el papel de los profesionales. Hemos de tener en cuenta que la formación es un requisito básico para la consecución de cualquier objetivo, por lo que la capacitación profesional se convierte en un condicionante para lograr un Sistema Sanitario, y también Educativo, orientado a la prevención y la promoción de la salud.

La EPS: el enfoque de desarrollo personal y cambio social. Metodología educativa de pedagogía activa

M.J. Pérez Jarauta y M. Echañuri Ozcoïdi

Enfoques de EpS y Ps de desarrollo personal y cambio social

Dada la situación de salud actual y sus principales determinantes, la Organización Mundial de la Salud (OMS), diferentes Instituciones y distintos autores y autoras plantean para afrontarla la necesidad de la EpS y la PS, la evidencia de su eficacia y las áreas de intervención emergentes para el siglo XXI en la región europea: transiciones vitales, emigrantes y minorías étnicas, salud mental, accidentes y estilos de vida. Los principales escenarios de intervención son los centros de enseñanza, lugares de trabajo y servicios de salud, especialmente atención primaria.

La Promoción de Salud se entiende como un enfoque y como un conjunto de actuaciones, con un abanico de estrategias dirigidas tanto a las personas como a su entorno: educación para la salud, información y comunicación social, acción comunitaria y medidas políticas. Compete a la atención primaria de salud, a Servicios sociales, educativos y otros, a políticos, grupos y entidades sociales, etc.

La OMS en el Glosario de PS describe dos formas de EpS: *‘Actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar valores y habilidades personales que promuevan salud’* y *‘Diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que pueden servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud/enfermedad y para posibilitar la acción social en procesos de cambios sociales respecto a la Salud’*. Desde estos enfoques de desarrollo personal y cambio social, la EpS sirve, sobre todo, para intervenir con las personas, desarrollando capacidades, pero contribuye también a generar cambios en el entorno. Recoge aportaciones de la pedagogía, psicología, sociología, etc. Considera la capacitación de la gente, el empoderamiento individual y colectivo, la participación comunitaria y de los profesionales como la esencia y fuerza rectora de sus acciones.

Planteamientos de trabajo en este campo en Navarra

En Navarra, en Atención primaria de salud, se viene trabajando con estos enfoques desde 1986, en un largo y enriquecedor proceso, con sus puntos de inflexión, paradas y avances, rico y participativo, entre los centros de salud, la Dirección de atención primaria, diversas asociaciones de profesionales y usuarios, el Centro experimental de educación sanitaria de la Universidad de Perugia (Italia), al inicio, y el Instituto de salud pública, donde se sitúa la Sección de Promoción de salud, en la que trabajamos. De entre nuestros planteamientos de trabajo en este campo destacamos tres: Definición y estructuración del trabajo; metodología educativa con la población de pedagogía activa, y procesos de apoyo a profesionales.

Definición y estructuración del trabajo en este campo

En el trabajo en EpS y PS en Atención primaria de salud en Navarra, se han ido estableciendo diferentes tipos y ámbitos de intervención, individuales, grupales y comunitarias. Por otra parte, Las necesidades de salud relacionadas con la Educación y Promoción de Salud se han agrupado en tres grandes Áreas de intervención.

Tipos y ámbitos de intervención en EpS y PS

- *Consejo/información:* Intervención breve para informar o motivar a usuarios. Ámbito: consulta, sobre todo de demanda. Profesionales implicados: todos, especialmente medicina.

- *Educación individual:* Serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y usuario para desarrollar sus capacidades. Ámbito: consulta programada. Profesionales implicados: especialmente enfermería.
- *Educación grupal o colectiva:* Serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de usuarios para desarrollar sus capacidades personales o a colectivos y grupos de la comunidad para concienciar sobre factores y cambios sociales que influyen en la salud. Ámbito: Centro de salud o comunidad. Profesionales implicados: enfermería, trabajo social, medicina.
- *Promoción de salud:* Aborda las capacidades de las personas y también el entorno social que les rodea. Además de la EpS, incluye otros tipos de estrategias. Ámbito: comunidad. Profesionales implicados: Del Centro de salud, especialmente trabajo social, y también diversos Servicios y grupos comunitarios

Fuente: Elaboración propia. Sección de promoción de salud. Instituto de salud pública. Navarra, 1990.

Áreas de intervención en EpS y PS

- *Problemas de salud,* especialmente procesos crónicos, como diabetes, EPOC, enfermedades cardiovasculares o artrosis, pero también procesos agudos (catarros, diarreas...) o de media duración como problemas osteomusculares.
 - *Estilos de vida,* como alimentación, ejercicio físico, tabaco, manejo del estrés, gestión de riesgos (conducción, drogas, sexualidad) y otros.
 - *Transiciones vitales,* como la infancia y adolescencia, maternidad o parentalidad, menopausia/madurez, envejecimiento, cuidar, emigrar, etc.
- Fuente: Elaboración propia. Sección de promoción de salud. Instituto de salud pública. Navarra, 1990

Metodología educativa de pedagogía activa

En EpS, se ha utilizado un modelo de pedagogía activa y participativa, basado en las teorías del aprendizaje significativo, que entendemos comparte claves con otros enfoques, tanto pedagógicos como socioeducativos y psicoeducativos. Los aspectos más relevantes de este modelo son los siguientes:

De informar a educar. Educar no es sólo informar (aunque lo incluye) y tampoco persuadir. Su finalidad no es que se lleven a cabo comportamientos previamente definidos y prescritos por el “experto” sino facilitar que las personas y grupos desarrollen capacidades, que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre sus comportamientos y su propia salud. Los comportamientos se relacionan con múltiples factores personales y sociales, que habría que abordar y que aparecen en la tabla 1.

Contenidos biopsicosociales. Los contenidos a tratar en la educación no pueden ser pues sólo informaciones biológicas, sino todos los factores más arriba citados relacionados con los comportamientos. En Navarra, en los últimos años, se ha trabajado desde un planteamiento de desarrollo personal, incluyendo en la EpS contenidos para potenciar recursos y habilidades para afrontar la vida.

Algunos ejemplos de esos contenidos a trabajar en distintas áreas de intervención son: Modelos y valores socioculturales (con adolescentes sobre modelos de belleza y su influencia sobre la salud), Identidad personal, autoestima, etapa vital y proyecto de vida (con personas con enfermedades

TABLA 1 Factores relacionados con los comportamientos en salud

Factores ambientales	Entorno próximo	Entorno social	
	Grupos sociales primarios Apoyo social	Condiciones de vida Recursos y servicios Valores y modelos culturales	
Factores personales	Área cognitiva	Área emocional	Área habilidades
	Conocimientos Capacidades cognitivas	Creencias Valores Actitudes Sentimientos	H. personales, sociales y psicomotoras

Fuente: Elaboración propia. Sección de Promoción de salud. Instituto de salud pública, Navarra, 1990.

crónicas para facilitar la aceptación de la enfermedad), Habilidades psicomotoras, como relajación, y personales, como manejo de emociones o toma de decisiones, (en personas con estrés), Relaciones interpersonales y habilidades sociales, como comunicación y manejo de conflictos, (con personas que están dejando de fumar para pedir ayuda a su entorno próximo).

Aprendizaje significativa La educación trata de lograr aprendizajes significativos: la persona aprende desde sus “preconceptos” (vivencias, conocimientos, preocupaciones, habilidades...), reorganizándolos y modificándolos ante las nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso de enseñanza/aprendizaje. Los aprendizajes significativos se facilitan en un proceso con las siguientes etapas:

Proceso de enseñanza/aprendizaje

1. Conocer y expresar su situación

2. Profundizar en ella

- Desarrollar conocimientos.
- Analizar.
- Reflexionar sobre el área emocional.

3. Actuar

- Desarrollar recursos y habilidades.
- Tomar decisiones.
- Experimentarlas en la realidad y evaluarlas.

Fuente: Elaboración propia. Sección de Promoción de salud. Instituto de salud pública. Navarra, 1990

Técnicas educativas grupales o individuales activas y participativas. Se trata de combinar, en las sesiones grupales o consultas educativas individuales diferentes tipos de técnicas útiles a los diversos estilos de aprendizaje y participación de las personas y especialmente a los objetivos del proceso de aprendizaje (tabla 2).

El educador o la educadora: de rol de experto a rol de ayuda. En la pedagogía activa, quien educa ejerce un rol de facilitación, de ayuda y apoyo. Para ello, son útiles algunas actitudes básicas (congruencia, aceptación, valoración positiva, empatía...) y otras más concretas que se relacionan con generar clima tolerante, más que defensivos, con la persona o grupo, como las siguientes:

Climas defensivos y tolerantes: actitudes

- *Climas defensivos:* juicio, control, rigidez, certeza, problematicidad, distancia, superioridad.

- *Climas tolerantes:* Descripción, orientación, espontaneidad, relación/cercanía, paridad

Fuente: Elab. propia a partir de R. Vaccani. Material del curso “Formato-ri della sanità”. Univ. Bocconi. Milan, Italia, 1988.

Habilidades útiles son: comunicación interpersonal, autocontrol emocional, manejo de conflictos y negociación, así como ayudar a pensar, manejo de diversas técnicas y recursos educativos y conducción de grupos (en educación grupal).

Programación: Del trabajo incidental al trabajo programada. Es importante considerar, tanto en educación grupal como individual, cada una de las etapas de la programación educativa: 1. Análisis de la situación; 2. Objetivos y contenidos; 3. Metodología, y 4. Evaluación. Ello permitirá obtener mejores resultados y utilizar los recursos de forma más adecuada.

Procesos de apoyo para el desarrollo de la Eps y la PS

La práctica de la EpS, aunque creciente, no ha alcanzado todavía de manera generalizada la relevancia y homogeneidad que merece. Sus causas, además de que se trata de una tarea nueva, de cierta complejidad teórico-práctica y sin apenas formación profesional de pregrado, son factores relacionados con la administración sanitaria y otras instituciones, las y los profesionales, el centro de salud, usuarios y la comunidad, así como con los recursos de apoyo para profesionales.

En Navarra se consideró prioritario la existencia de una estructura de apoyo técnico a profesionales en este campo, que ha desarrollado principalmente 3 líneas de trabajo:

- *Formación de profesionales* sobre: 1. Bases teóricas de la educación y la promoción de salud; 2. Áreas y contenidos de intervención desde perspectivas psicosociales; 3. Metodologías de intervención: técnicas de información/consejo y de educación, individual y grupal, etc., y 4. Programación y evaluación en EpS y PS.

- *Elaboración de materiales:* a) Materiales de apoyo dirigidos a profesionales para facilitar la programación y realización del trabajo educativo: Guías y protocolos para trabajar con madres y padres, con adolescentes, con mujeres en la madurez, en estilos de vida, en procesos crónicos, en transiciones vitales, para ayudar a dejar de fumar, etc.; b) Materiales informativo – educativos dirigidos a la población: sobre alimentación, ejercicio físico, estrés, diabetes, EPOC, envejecer, cuidar y cuidarse, etc., y c) Recursos didácticos: láminas, transparencias, videos...

- *Asesoramiento a profesionales:* asesorías personales, telefónicas, electrónicas, etc.

Por otra parte, es fundamental la orientación de las Carteras de servicios hacia la EpS y PS, incluyendo servicios básicos de educación y promoción de salud, de atención a la salud y a la prevención, de colaboración intersectorial y de participación de la comunidad.

Hay que considerar también la inclusión en los diversos protocolos clínicos de los enfoques y actividades de EpS y PS, así como en los sistemas de registro, especialmente en los procesos de informatización.

Por fin, son importantes algunos aspectos organizativos y de gestión, como los sistemas de citaciones a servicios de EpS grupal e individual, los circuitos de los materiales informativo-educativos dentro del Centro que garanticen su accesibilidad en las consultas, (al igual que los depósitos o material de curas), así como el tiempo y los espacios físicos adecuados.

Resultados y conclusiones

Hoy en Navarra:

- La práctica totalidad de los centros de salud realizan actividades de información – consejo y educación individual y grupal en diversas Áreas de intervención, aunque las actividades realizadas no son homogéneas ni de igual calidad.
- La educación grupal se sitúa más que la individual en modelos de Contenidos biopsicosociales y de Metodología pedagógica activa. En la individual estos modelos se combinan con otros más biologicistas e informativos.
- El trabajo en Promoción de Salud está menos extendido
- Los recursos de apoyo técnico a los profesionales han resultado importantes.
- Es necesario un contexto más facilitador.

TABLA 2 Tipos de técnicas educativas en EpS

Proceso de aprendizaje	Técnicas individuales	Técnicas grupales
Expresar su situación	<i>De expresión</i> Escucha Preguntas	<i>De investigación en aula</i> Tormenta de ideas, Phillips 66 Rejilla, Cuestionario Foto palabra
Reorganizar informaciones	<i>De información</i> Información Lectura	<i>Expositivas</i> Exposición, Lectura, Vídeo Lección participada
Analizar y reflexionar	<i>De análisis</i> Resumir y ordenar Ejercicios	<i>De análisis</i> Casos, Discusión Análisis de texto, Ejercicios
Desarrollo o entrenamiento en habilidades	<i>De desarrollo de habilidades</i> Demostración con entrenamiento Simulaciones Ayuda para decidir	<i>De desarrollo de habilidades</i> Demostración con entrenamiento Role playing, Sim. operativa Toma de decisiones

Fuente: Elaboración propia. Sección de Promoción de salud. Instituto de salud pública. Navarra, 1990–1995.

La Eps desde el abordaje más de la psicología social y del análisis para la intervención comunitaria. El grupo operativo. Puntos fuertes y sus dificultades

E. Irazabal Martín

El panorama actual

Atravesamos momentos difíciles en la sanidad pública. Cada vez se hace más grande la separación o brecha entre los problemas de la gente, sus necesidades de salud, y lo que les ofrecemos día a día como respuesta a sus demandas. Casi siempre, los recursos asistenciales que tenemos se quedan cortos. También la manera de organizar estos recursos limitados no suele ser la más conveniente.

Con este panorama, la realización de una buena tarea profesional queda a merced de cada uno. Nos sentimos solos ante los problemas que nos presentan los pacientes (que, además, no van a menos, ni en cantidad ni en complejidad). Intentamos hacer las cosas bien. Unas veces las hacemos y otras veces hacemos “como si” las hiciéramos bien. Y muchas veces, quizás demasiadas, nos quedamos con la sensación de que se podía haber hecho mejor (con más tiempo, con más interconsultas, con menos espera para los pacientes, etc.).

Así las cosas, pretender dar el salto de lo individual a lo grupal nos parece eso, un salto, vertiginoso, sin protecciones suficientes, o directamente un salto al vacío. Pasar a lo grupal siempre conlleva un cierto abandono de lo individual. Y eso en la sanidad se lleva muy mal. Si invitamos al paciente a que entre en un grupo, abandonamos una manera, una forma de trabajar con él, conocida tanto para él como para nosotros, por otro tipo de vínculo, otra forma de ayudarlo, bastante menos conocida y por lo cual más incierta. A veces sentimos que es como si abandonáramos al paciente. Nos entran dudas sobre estas decisiones nuestras. Y si por casualidad nuestros/as compañeros de equipo nos miran mal por ello, la cosa queda bien rematada. Mejor volver a lo de antes, mejor no destacar. Resulta más económico, en lo físico y en lo psíquico.

Redefinir los términos

Deberíamos pararnos a pensar en lo que significa para cada uno de nosotros el término, la idea, el concepto de EpS. Si no lo hacemos los interesados, otros lo harán (o ya lo están haciendo).

Se nos está ofreciendo, desde las directrices institucionales, una idea de EpS devaluada, como una tarea o tareas que se añaden a las específicas de nuestra profesión. Se pueden hacer o no pero eso no afecta a nuestra identidad profesional ni a nuestra tarea central. Es algo añadido. ¿Pero que es lo que hay que añadir? ¿Es que falta algo en nuestra concepción de la tarea sanitaria, y la EpS lo aporta?

Siempre he entendido este término como conteniendo una serie de valores y pensamientos muy interesantes: preocuparse porque los pacientes tengan una buena información sobre como entendemos sus problemas y su evolución, cuidar de que esta información sea entendida, elaborada y que el paciente haya aprendido más sobre él mismo y lo que le pasa después de ese trabajo conjunto. También lo entiendo como una incitación, una búsqueda, en nuestra relación con ellos, de cambios necesarios (en sus hábitos, actitudes, en aspectos de su psicología; a veces, en su mundo afectivo) para encontrarse mejor. También la EpS contiene otro valor devaluado. Es un espacio “transdisciplinar”, donde distintos profesionales, distintos saberes, pueden sentarse juntos a charlar, pensar y planificar.

Pero estos valores traspasan las fronteras del ámbito de la EpS. Son casi valores básicos, universales, en una concepción del trabajo en salud, sea a nivel de atención primaria o especializada. ¿Por qué parece que es de los que trabajamos en EpS? ¿no será que la EpS se hace cargo de cosas que también son de otros?. En términos de psicología grupal se trata de un mecanismo grupal-institucional de depositación: un subgrupo de profesionales se erige en portavoz de ideas, problemas, necesidades, dificultades, etc. que son de todos, pero que no se quiere ver así porque resulta más sencillo y fácil. Estos valores nos ponen en cuestión como profesionales, y por eso los rechazamos. No podemos pretender parecerlos a informáticos, vendedores, científicos de laboratorio, etc. Nuestro trabajo tiene una complejidad específica y difícil, ya que se desarrolla y lleva a cabo en la relación con otros, que lo están pasando mal y que nos demandan ayuda. Y esto vale para todos, los que hacemos EpS y los que no. Entonces ¿qué es lo específico de la EpS? ¿Qué la define?

La formación

Los cursos de formación que se imparten en las áreas sanitarias adolecen de aspectos básicos en su encuadre para que puedan tener la dimensión que les corresponde. Suelen ser cursos cortos, de 20 horas, que despiertan expectativas en los asistentes y en muchos casos se ven abocados a un muestrario de recetas que “parecen” de fácil aplicación. La propia brevedad del curso “presiona” a docentes y discentes en esa dirección.

Estos cursos se desarrollan en un escenario donde se entrecruzan los consejos y recomendaciones prácticas del docente, con la expresión de las quejas y dificultades de los discentes para ponerlas en práctica (falta de tiempo, de apoyo de los compañeros, etc.).

Estos cursos suelen quedarse en un nivel introductorio, donde predominan las resistencias a nuevos aprendizajes. Por eso solemos tener la sensación, con cada nuevo curso que hacemos, de que siempre estamos empezando. Para tratar de paliar este problema, en algunas áreas se optó en su momento por graduar estos cursos por niveles de complejidad y de compromiso de los discentes. Una idea interesante pero muy difícil de mantener como así está ocurriendo actualmente en que la formación en EpS prácticamente está desapareciendo de las áreas.

Todo indica que los programas de formación deben estar mejor cuidados y organizados. Deben de tener un tiempo y duración suficiente para poder elaborar y sostener la construcción de un nuevo esquema de referencia en el profesional. Estos programas deberían señalar de una manera clara las aportaciones significativas de las distintas disciplinas, con especial énfasis, a mi entender, en la pedagogía, en la psicología social y en los grupos. Me centraré en estas dos últimas.

La psicología social

Estamos acostumbrados a estudiar conceptos, ideas, formas de trabajo en EpS sin saber muy bien de dónde vienen, cómo han sido elaboradas. Desconocemos las distintas trayectorias teóricas y epistemológicas de estas nociones (¿es tan nocivo estudiar teorías psicológicas?). También aquí se da una especie de devaluación de la formación.

Tenemos un claro ejemplo de ello en las aportaciones de uno de los pioneros de la psicología social, Kurt Lewin. Este psicólogo, por encargo del gobierno de los EEUU, realizó (en los años 40) una serie de “experimentos” sobre los cambios de hábitos alimenticios. Demostró como las metodologías grupales obtenían mejores resultados y más duraderos que las metodologías centradas en entrevistas individuales. Pues bien, a pesar de esto, hoy, con más de medio siglo de distancia, nos enredamos a veces en discusiones sobre la validez del trabajo con grupos en el campo de la salud.

Existe una abundante documentación y bibliografía sobre hechos y problemas psicosociales para asegurar que la psicología social puede ser una buena aliada de la EpS. Aunque tiene un carácter multiparadigmático, con distintas versiones, algunas de ellas contrapuestas entre sí (eso puede ahuyentar), se preocupa y estudia temas de alto interés para nosotros, busca respuestas a preguntas tales como: ¿cómo somos influenciados por los otros en la interacción? ¿Cómo nuestro pensamiento y nuestra conducta se ven afectados por características peculiares de la sociedad?

El grupo

Existe otra buena razón para este acercamiento: la psicología social y la EpS comparten una relación privilegiada con el grupo, ya como objeto de estudio o como objeto de intervención.

El grupo es un ámbito de trabajo amplio y con distintos niveles de complejidad. Desde la aparente sencillez de una charla-coloquio hasta los métodos más sofisticados de grupo terapéutico de larga duración, el grupo ofrece una variedad de herramientas y encuadres con múltiples posibilidades de aplicabilidad en nuestros contextos particulares de trabajo.

Es pues el grupo el núcleo central del programa de formación. Es en el estudio de los grupos donde vamos a encontrar los diferentes enfoques y formas de abordar el trabajo. Hay enfoques con más énfasis en lo específicamente “educativo”, otros enfoques pondrán más énfasis en lo “terapéutico”. Hay técnicas que trabajan más en los aspectos latentes de las situaciones grupales y otras que están centradas en aspectos superficiales de la dinámica grupal.

El trabajo grupal tiene algo de caleidoscopio: desde distintas posiciones se ven diferentes cosas.

Comentarios finales

Si alguien, algún compañero o algún jefe, demandara mi opinión sobre como podemos mejorar el desarrollo de la EpS, señalaría cuatro puntos de urgencia:

- El establecimiento de un programa de formación riguroso y sensato que de cuenta de la complejidad de este campo de trabajo pero que al mismo tiempo suscite ilusión y transmita "que es posible".
- La existencia de Grupos de Trabajo que tengan la función de servir de referencia frente a la soledad y debilidad que puede sentir el profesional en el día a día de su Centro de Trabajo.
- La exigencia de un apoyo institucional claro, no retórico, y concretado (en el reconocimiento, en la evaluación, en la facilitación, etc.)
- Y sobre todo, necesitamos tiempo para trabajar mejor. Desde mi privilegiada posición de docente de profesionales y coordinador de grupos con pacientes, constato, día a día, año tras año, que las prácticas grupales que realizamos son demasiado reducidas en su duración (¿cómo nuestra formación?), nuestros encuadres suelen resultar muy abreviados para los objetivos que nos marcamos. Cuando un proceso grupal se cierra en falso, la evaluación suele quedar con muchos interrogantes.

La Eps dentro de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Características y realidades

I. Montaner Gomis

Con esta presentación pretendemos transmitir como se considera la Educación para la Salud desde la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Para ello debemos referirnos a sus bases conceptuales y metodológicas y su relación con otros procesos o disciplinas como: la Salud Pública (SP), la Promoción de la Salud (PS), la Participación Comunitaria (PC) y el Empoderamiento Comunitario (EC) que por su gran interrelación, muchas veces son utilizados erróneamente de forma equívoca.

La APOC se reconoce como una "estrategia" y como una "práctica". Como "estrategia" para orientar la prestación de servicios de AP, la APOC se dirige a las necesidades prioritarias de la población, integrando a la atención clínica individual acciones de Salud Pública (SP) a nivel local con la participación de la comunidad. Cuando hablamos de SP lo hacemos desde el punto de vista de la llamada "nueva Salud Pública" que se acerca conceptualmente a la definición aceptada actualmente de PS (Declaración de Ottawa) y que, por tanto, sobresale del marco del paradigma biomédico al reconocer la importancia de actuar sobre los determinantes de la salud sin limitarse a las acciones de prevención y educación sanitaria.

Como "práctica" para abordar los principales problemas y necesidades de salud de una población, consiste en una metodología que combina el uso de la epidemiología, con la práctica clínica propia de la AP, por lo que incluye acciones de Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación dirigidas al individuo, a la familia y a la comunidad como "un todo". El compromiso de asumir una parte de responsabilidad en el cuidado de la salud de la comunidad y no solo de las personas que demandan los servicios se concreta en unos elementos clave: la caracterización de la población atendida, el trabajo por programas y la PC en todo el proceso.

La EpS como componente de la Promoción de la Salud y no como la Promoción de Salud misma

Desde el modelo de la APOC se identifica la EpS como un componente inherente de la AP (PS, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación), tanto en la actividad clínica individual, como en el trabajo con grupos de población o con la comunidad en su conjunto. La EpS, junto con otras técnicas y actividades, es un instrumento que permite un abordaje global de las necesidades de salud a nivel individual y comunitario y se configura, por tanto, como parte de procesos más amplios: (PS = EpS + políticas públicas saludables). (EpS como parte de un programa de salud comunitario). (EpS en el contexto de la atención clínica individual)

La forma de entender y, por tanto, planificar y ejecutar acciones de EpS está influida por las características de los profesionales que la practican, por sus perspectivas ideológicas y por la forma de entender la educación en general, lo que da lugar a numerosas formas de practicarla. Atendiendo al marco conceptual de la AP, la EpS se orientaría preferentemente a la capacitación de las personas y grupos para que puedan tomar decisiones responsables sobre cambios en conductas o determinantes

que afecten a la salud de la comunidad. Los modelos de EpS demasiado prescriptivos o categóricos o los que reproducen modelos biológica o médicamente centrados difícilmente conseguirían los objetivos de mejora del estado de salud de la comunidad ni ayudarían a su proceso de desarrollo.

Las características de la APOC de coordinación/trabajo multidisciplinar e intersectorial y de enfoque global de la salud, condicionan el uso de estrategias múltiples para aumentar la eficacia de nuestras intervenciones, por lo que, dependiendo del problema o necesidad al que va referida la intervención, se llevarán a cabo procesos de EpS orientados a la Prevención, el Tratamiento y la Rehabilitación del individuo, la familia y la comunidad, así como otros orientados al fomento de la participación comunitaria y su capacitación para emprender acciones sociales en salud (empoderamiento).

La EpS como contribuyente a la Participación Comunitaria y al Empoderamiento

Desde la óptica multidimensional de la salud, se hace necesaria la participación activa de la población bien formada para aumentar la eficacia de las intervenciones dirigidas a mejorar su salud. La EpS contribuye a fomentar la PC proporcionando los elementos que permitan tomar conciencia de los factores determinantes de la salud y de la importancia de su participación, agregada a otras actividades dirigidas a consolidar y avanzar en el proceso de la PC.

La existencia de necesidades específicas y compartidas a las que hay que atender constituyen el punto de arranque para una acción participativa, así como los elementos estructurales (la población, el territorio, la demanda, los recursos) de la comunidad son la clave para el proceso de intervención. Por tanto, la existencia de un proceso cíclico de trabajo orientado a la comunidad que comprende la identificación de necesidades, la intervención sobre ellas y la evaluación de los resultados obtenidos se constituye como un modelo que favorece el inicio y la continuidad de la acción participativa.

Este proceso debe ser acompañado por otros, también de alcance comunitario, ya que la PC no tiene únicamente sentido orientada a resolver las necesidades de salud, aún siendo muy importantes, sino que además se integra en una dinámica en la que la salud es una dimensión más, que junto con otras: educación, seguridad, urbanismo, desarrollo social, etc.) contribuyen a la mejora de la comunidad como un todo.

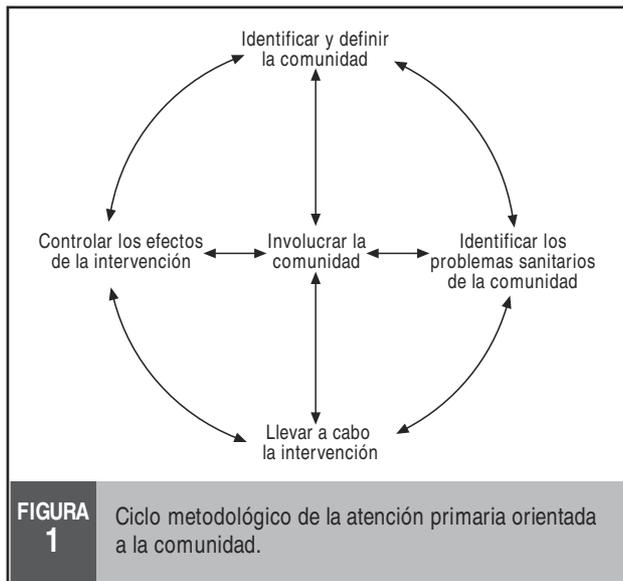
La PC cuando enfatiza en el desarrollo de la comunidad para que esta sea autónoma en la gestión efectiva de su desarrollo y en la solución de sus problemas conduce a su empoderamiento. El empoderamiento comunitario consiste en aumentar la concienciación y la capacitación (que es más que formación) de la población para que sean capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades de forma apropiada. De esta definición se desprende la necesaria contribución de la EpS para el desarrollo este proceso.

La EpS dentro de un enfoque comunitario

Reuniendo los conceptos descritos anteriormente, desde la APOC se considera la EpS como un componente transversal e instrumental, propio de la AP y no como una etapa más en la metodología de trabajo. Es durante el desarrollo de las prácticas comunitarias cuando la transversalidad de la EpS y la PC que impregnan todo el proceso se hace más patente.

En la figura 1 aparece el ciclo metodológico de la APOC para mostrar algunos de los momentos u oportunidades en los que su aplicación se manifiesta con más claridad.

El proceso de transferencia de conocimientos técnicos a la comunidad, verdadera ocasión para el empoderamiento va a estar presente en todas las etapas, pero es especialmente en las etapas iniciales (definir la comunidad e identificar sus principales problemas) donde adquiere un importancia capital porque es la que arranca el ciclo de trabajo. El proceso que permite pasar de tener datos a identificar una situación como necesidad exige un trabajo de EpS muy importante si quiere realizarse con PC y sin caer en una manipulación no deseada. Conceptos como factores de riesgo cardiovascular, salud afectiva y sexual o los embarazos en adolescentes pueden adquirir una nueva (o distinta) dimensión cuando la propia comunidad ha participado en su identificación y en el análisis de sus determinantes. La EpS y la PC se convierten en elementos clave llegados el momento de priorizar, tanto por su trascendencia sobre la continuidad



del trabajo comunitario como por la necesidad de consensuar y contar con criterios suficientes sobre la naturaleza del problema y las posibles intervenciones.

El momento en que se deciden las estrategias de intervención es el punto de partida para que las actividades de salud propuestas (plan de intervención) incorporen los elementos educativos, cualesquiera que sea la forma que tomen, que abarcaran a toda la comunidad o aun subgrupo de la misma con la finalidad de alcanzar los objetivos del programa. En estos casos la EpS se concreta y dirige generalmente a la promoción de salud o a las estrategias de prevención que pretenden abordar el problema.

Durante la etapa de evaluación o monitorización del efecto del programa es el propio proceso de EpS que se convierte en sujeto de atención así como sus contenidos, y de sus resultados pueden surgir modificaciones en la estrategia o en el contenido de las actividades.

La metodología APOC además de incorporar en sus principios la EpS y la PC, aporta o facilita una sistematización para la introducción de estos dos aspectos esenciales para el desarrollo efectivo de la salud comunitaria, sin los cuales sería imposible hablar realmente de APOC. Y es desde esta perspectiva estratégica y operativa que creemos que la aplicación de estas dos disciplinas debe ir mas allá de intervenciones puntuales o desligadas entre ellas, ya que ganan en "valor" cuando se insertan conjuntamente en un proceso más global de abordaje de las necesidades en salud y del desarrollo comunitario.