

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCÍA (ZNTS)

Dirección General de Asistencia Sanitaria
Subdirección de Coordinación de Salud

COORDINACIÓN DEL TRABAJO

Juana Pérez Villar, t. social Distrito Jaén
Rosario Gavilán Palomo, t. social Distrito Málaga
Bienvenida Oliver Navarro, t. social Distrito Sevilla
Rafael García Galán, t. social Distrito Sevilla Sur
Fermina Puertas Rodríguez, t. social Distrito Granada
Consuelo Ortega Cruz, t. social Distrito Almería
Patricia García Roldán, SS.CC. SAS
Cristina Torró García-Morato, SS.CC. SAS

COLABORADORES

Fermín Quesada Jiménez, director C. S. Cartuja
M^a Luz Bellido Moreno, adjunta de enfermería C.S. Alcalá de Guadaira
Juanjo Fdez. de Velasco Galán, pediatra C.S. Letanías
Carmen Gutiérrez Arana, enfermera C.S. Polígono Sur
Carmen Pilar Jiménez Lorente, médica de familia C.S. Churriana
Carmen Chavez de Diego, pediatra C.S. Torreblanca

INDICE

1.	<u>INTRODUCCIÓN.</u>	Pag.4
2.	<u>JUSTIFICACIÓN.</u>	Pag.6
3.	<u>ELEMENTOS CLAVE.</u>	Pag. 8
4.	<u>OBJETIVOS.</u>	Pag 10
5.	<u>ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL (ZNTS).</u>	Pag 11
5.1.	<u>El entorno y las familias.</u>	Pag 12
5.2.	<u>La cartera de servicios.</u>	Pag 14
5.3.	<u>La organización de los centros de atención primaria.</u>	Pag 15
5.4.	<u>La coordinación entre los servicios de salud y con otras instituciones.</u>	Pag 16

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCIA (ZNTS)

*Las personas de un estado civilizado pueden ser
divididas en muchas clases diferentes; sin embargo,
para investigar la forma en que disfrutan o son privados
de los elementos que favorecen la salud de sus cuerpos y sus
mentes solo necesitan dividirse en dos clases: ricos y pobres.
Charles Hall. 1805*

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCÍA (ZNTS)

1. INTRODUCCIÓN

Las desigualdades en salud

Desde la afirmación del Dr. Hall, médico inglés, han pasado más de 175 años. En este tiempo se han producido grandes cambios en nuestras sociedades y podría suponerse que han disminuido las grandes diferencias en salud que enfatizaba. Sin embargo, los estudios realizados continúan detectando la existencia de desigualdades en salud entre los grupos socioeconómicos.

El conocimiento de la desigualdad social como causa de enfermedad viene de antiguo¹. La percepción de que los grupos sociales enferman, mueren y reciben una atención sanitaria desigual posee una larga tradición histórica, destacando en la actualidad el Black Report² por su impacto social inmediato y su influencia posterior.

En nuestros días la existencia de desigualdades sociales es un hecho. Estas desigualdades afectan al nivel de salud de los ciudadanos y a la percepción que tienen de la misma. Existen numerosos estudios que constatan la asociación, en determinadas zonas, entre factores relacionados con el empleo, la vivienda o el acceso a los servicios y diferentes tasas de mortalidad, incidencia de determinadas patologías o patrones de consumo perjudiciales para la salud^{3 4 5}. Según datos de la encuesta nacional de salud, las personas desempleadas muestran una mayor frecuencia de enfermedades crónicas, y las personas con menor nivel de estudios declaran mayor frecuencia de enfermedades (con excepción de la alergia).

Estas diferencias están presentes en la distribución de la mortalidad, la supervivencia de determinadas enfermedades, las bajas laborales, la autopercepción de la salud, los hábitos saludables o la utilización de servicios sanitarios, fundamentalmente los de naturaleza preventiva, a pesar de la cobertura universal de la asistencia sanitaria en nuestro país^{6 7}.

Como referencia, en nuestro país hay que destacar la publicación en 1994 del libro "Diferencias y desigualdades en salud en España"⁸ y el Informe realizado en 1996 "Desigualdades sociales en salud en España"⁹, que incluye recomendaciones para la acción. En 2002 conocemos cómo las desigualdades en salud percibida se han incrementado durante los últimos años del siglo XX¹⁰ y muy recientemente se ha publicado el Informe SESPAS 2004 "La salud pública desde la perspectiva de género y clase social" que presenta un análisis actualizado de la situación¹¹.

El concepto

El concepto de desigualdad es a la vez simple y complejo: todo el mundo sabe de qué se trata y, al mismo tiempo, es de difícil conceptualización.

El concepto de "desigualdad en salud" se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCÍA (ZNTS)

social, género, territorio o etnia, lo que indica la peor salud de los colectivos menos favorecidos¹². El concepto de la OMS del término desigualdad está enunciado en términos de inequidad (inequity), en referencia a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas¹³.

La equidad en salud implica crear igualdad de oportunidades para la salud y llevar las diferencias en salud existentes al más bajo nivel posible. Ello conlleva mejorar las condiciones de vida y de trabajo, dar elementos a las personas y las familias para adoptar estilos de vida más saludables, descentralizar el poder y la toma de decisiones, hacer accesibles los cuidados a todos, buscar la acción intersectorial y la cooperación con el fin de asegurar los servicios de salud a los grupos más desfavorecidos.¹⁴

Por ello es importante conocer los factores determinantes de las desigualdades en salud que podemos considerar injustas e inevitables.

Las causas

Aunque la existencia de desigualdades en salud está fuera de toda duda razonable, conocer los mecanismos causales no es sencillo. Algunos autores apuntan a la estructura social, otros las vinculan a estilos de vida y conductas, distinguiendo entre las elegidas libremente o las que tienen un grado de elección restringido. Estas últimas presentan un gradiente socioeconómico en su distribución, por lo que deben ser consideradas socialmente determinadas (tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo ...)

También hay autores que recogen como causa la diferencia en el acceso a los servicios, especialmente los servicios sanitarios preventivos, cuyo mejor uso se identifica con personas de mayor nivel de estudios, nivel intelectual y de relaciones interpersonales, que les permite obtener, comprender y manejar correctamente la información disponible.

Ya se ha comentado que la clase social ocupacional o el nivel de estudios están relacionados con una salud peor, expresada tanto en la mortalidad como en la salud percibida o los indicadores objetivos de salud. También el territorio donde viven las personas influye en la salud, independientemente de la situación socioeconómica individual, de manera que las que viven en áreas geográficas con mayor privación material presentan un estado de salud más deteriorado¹⁵

Del mismo modo, el entorno influye en los estilos de vida relacionados con la salud. Las personas crecen en entornos culturales diferentes, con distintos valores y oportunidades, en función del sexo o de la posición socioeconómica. Esta concepción pone de manifiesto que los estilos de vida no son conductas individuales, sin que dependen del entorno de la persona¹⁶.

Sin lugar a dudas son las zonas urbanas donde se manifiestan los extremos más negativos de la desigualdad y la exclusión social. Las grandes ciudades han asimilado la pobreza en los barrios marginales situados en el centro y la periferia, en los que se detectan los peores indicadores socioeconómicos de salud¹⁷ delimitándose

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCÍA (ZNTS)

zonas que son vividas como barrios marginales, peligrosos, sin remedio... Estereotipos aplicados indiscriminada y globalmente.

La desventaja social. Pobreza y Marginación

En el momento actual asistimos a una sociedad dividida en dos grandes categorías:

- Población en ventaja social, instalados dentro del sistema social, que participan en la producción y el consumo, en los mecanismos sociales y en su funcionamiento.

- Población en desventaja social, instalados al borde o fuera del sistema social, que no participan en la producción, viven en la precariedad, ajenos casi por completo de los mecanismos sociales y excluidos, de una u otra forma, de su funcionamiento.

Esta desventaja social -que es un hecho relativo- puede agravarse hasta alcanzar niveles absolutos -difícilmente reversibles- proporcionalmente a la evolución de los dos ejes que la componen: la pobreza (cara socioeconómica) y la marginación (cara sociocultural) y que, a su vez, se alimentan y refuerzan mutuamente.

La pobreza es un concepto socioeconómico que hace referencia a la situación de quienes no pueden satisfacer las necesidades básicas de la vida humana por carecer de recursos para ello. Si esta pobreza se prolonga, acaba extendiéndose a otros órdenes de la vida (social, cultural, político... humano). Actualmente van en aumento los grupos en situación de precariedad económica grave, dentro o en el umbral de la pobreza: desempleados de larga duración sin expectativas laborales, sin profesión y/o subempleados permanentes, emigrantes explotados, ...

La marginación es un concepto sociocultural que hace referencia a la exclusión social, es decir, a la situación de quienes no participan en los mecanismos sociales y son, cada vez más, presionados hacia el margen por la sociedad establecida y se ven privados de participar en la dinámica, en la organización y en la vida social.

Los mismos grupos en ventaja social que empujan a esta población a los márgenes son los que organizan los recursos para luchar contra la discriminación y la exclusión. El resultado es claramente asistencialista.

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCIA (ZNTS)

2. JUSTIFICACIÓN

Aunque nuestro Sistema Sanitario ha dado respuesta a muchos de los problemas de salud y se ha logrado alcanzar un uso similar de los servicios de atención primaria y hospitalaria por parte de las diferentes clases sociales, las diferencias en salud continúan existiendo y, para afrontarlas, es necesaria la colaboración activa de todos los agentes implicados: servicios de salud y otros sistemas de protección, gestores con capacidad de decisión y, fundamentalmente, la implicación de todas las fuerzas políticas⁷. Esta es la mejor forma de articular medidas dirigidas, de manera efectiva, a reducir la distribución desigual de los problemas de salud entre la población.

La estrategia adecuada debe ser la formulación, promoción y puesta en marcha de políticas que transformen la situación económica y social de los individuos que están en peores condiciones¹⁸. Pero también un Sistema Sanitario sensible a las causas que subyacen en el origen de las enfermedades y en el desigual acceso a las prestaciones, debe poner en marcha procedimientos para reducir el impacto de las desigualdades y evitar la inequidad.

En atención a todo lo expuesto y para dar respuesta desde el ámbito de la salud, el Servicio Andaluz de Salud propone un plan de actuación en las zonas en que más se concentran estas situaciones de desventaja social.

La propuesta se centra en el abordaje de estas zonas, pero sus elementos esenciales pueden y deben integrarse en el trabajo de todas las zonas básicas de salud, ya que una adecuada identificación y cuantificación de las situaciones de riesgo social y su ubicación geográfica permitirá afrontar las desigualdades en salud en situaciones de riesgo debidas, por ejemplo, a la dispersión geográfica o el aislamiento social, muy frecuentes en zonas rurales de Andalucía.

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCÍA (ZNTS)

3. ELEMENTOS CLAVE

Como punto de partida, se considera que los siguientes elementos son clave en la vertebración de las estrategias de salud que se utilicen:

Atención a la familia. La unidad de análisis e intervención intersectorial debe ser la familia y/o núcleo de convivencia, evitando considerar al individuo como ente aislado. Para ello es necesario romper la dinámica del enfoque individual, también en la implantación de los procesos.

Con este enfoque, hay que trabajar simultáneamente sobre las familias normalizadas y vulnerables y sobre las ya que ya se encuentran en una situación de marginación, no sólo sobre las últimas, con el riesgo de que, mientras, las otras continúan el proceso de deterioro. Las zonas denominadas de transformación social suelen tener un buen número de familias normalizadas que viven en situación permanente de tensión social por la convivencia con familias marginales.

Trabajo intersectorial. El diferente enfoque en el trabajo y la financiación de los servicios de salud y sociales hace muy difícil la coordinación. Por ello se considera oportuno el establecimiento de equipos conjuntos estables para el seguimiento de los proyectos, no dependientes de la financiación de los ayuntamientos, sujeta a los avatares de subvenciones y situaciones políticas. Por otro lado, las actuaciones en el ámbito de educación, cultura, vivienda, empleo o medio ambiente son fundamentales. Es necesario definir bien la cooperación interinstitucional y a qué niveles debe producirse.

Continuidad de la atención. También hay que enfatizar la importancia de la continuidad en todos los niveles de atención sanitaria así como el seguimiento de estas familias a lo largo de los diferentes circuitos, para garantizar un empleo eficiente de los programas y servicios. Con especial atención a los servicios de salud mental y el papel fundamental de los servicios de urgencia.

Atención en los diferentes entornos. En la atención a las familias de las ZNTS hay que contemplar todos los posibles entornos en los que desarrollan su convivencia. Siendo indispensable una intervención proactiva, ya que, en caso contrario, no sólo se podrían obviar determinadas situaciones de riesgo, sino que difícilmente se intervendría con los individuos y/o familias en situación de vulnerabilidad.

La interdisciplinariedad y el compromiso de los profesionales. El entorno en el que se desempeñan su labor los profesionales de estas zonas es difícil, por lo que resulta indispensable la visión del trabajo en equipo para garantizar la eficacia de las actuaciones. Del mismo modo, los profesionales tienen que sentir que se les reconoce también este trabajo diferenciado, proporcionándoles instrumentos y tiempo de dedicación, pero también contemplando estas actividades entre los objetivos priorizados por la organización.

Relación con otros planes de la Junta de Andalucía. Es importante enmarcar correctamente el trabajo de los servicios de salud en los planes de gobierno de la Junta de Andalucía para aprovechar la acción sinérgica con los diferentes sectores implicados en la atención a estas poblaciones.

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCIA (ZNTS)

Enfoque de género. En reconocimiento de la importancia de los efectos que el modelo sociocultural dominante en la actualidad tiene en las actitudes y comportamientos humanos, especialmente en relación a las diferencias constatadas en la forma de acceder a los servicios, en percibir la salud, en el desarrollo de hábitos saludables, en la existencia o no de autocuidado, en el estado y nivel de salud, etc, siendo el colectivo mujer el que experimenta mayores diferencias, con niveles más bajos de salud respecto al colectivo hombre.

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCÍA (ZNTS)

4. OBJETIVOS

A. GENERAL.

- Contribuir a la reducción de las desigualdades en salud que afectan a las zonas de Andalucía caracterizadas por un alto índice de pobreza y marginalidad.

B. ESPECÍFICOS:

- Incorporar estrategias basadas en el enfoque de riesgo a la atención sanitaria dirigida a la población que reside en ZNTS.
- Adaptar la cartera de servicios de los centros que atienden a las ZNTS para promover el acceso equitativo a la oferta de programas y servicios.
- Posibilitar que la organización y ordenación funcional de los centros de atención primaria responda a las necesidades de la población ubicada en la ZNTS.
- Orientar las actuaciones profesionales hacia el núcleo familiar.
- Impulsar el trabajo interprofesional e intersectorial en todos los niveles.
- Garantizar la continuidad asistencial en las intervenciones.
- Incorporar el enfoque de género en todas las actuaciones.

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCÍA (ZNTS)

5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL (ZNTS).

Según los datos del II Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social, Andalucía tenía una tasa de paro del 19,0% en 2002¹⁹, y el total de hogares pobres ascendía al 26,3%, siendo Almería con el 27,5% y Cádiz con el 25% las provincias con mayor número de familias con ingresos inferiores al 50% de la renta media española²⁰.

En cuanto al resto de variables que muestran una conexión más estrecha con la pobreza y la exclusión social, cabe destacar que en Andalucía el 43,8% de la población tiene una formación de primer grado, carece de estudios o es analfabeta²¹. El 11,3% de los hogares pobres dispone de viviendas en mal estado o infraviviendas y el índice de pobreza sociológica en Andalucía (colectivos de mayor riesgo o peor situación de malestar) es de 108,3 frente a los 100 puntos de la media nacional²².

Estas situaciones influyen negativamente en el estado de salud de las familias, dando lugar a desigualdades, no debidas a causas inevitables o aceptables, sino a problemas de inequidad.

En un estudio reciente realizado en la ciudad de Sevilla³ se aprecia que las tasas ajustadas por edad diferían entre zonas básicas de salud, aún más la mortalidad prematura, pero también la esperanza de vida y, de manera definitivamente relevante, la mortalidad por causas, con diferencias significativas en los riesgos de mortalidad a medida que aumenta el desempleo en la ZBS. En las zonas básicas con mayor nivel de desempleo hay que destacar la mayor mortalidad por sida.

Este estudio es de los pocos que analiza la mortalidad dentro del ámbito urbano con algún detalle. Otros análisis ya mencionados^{4 23 24 25}. han puesto de manifiesto la peor situación, respecto a la mortalidad, de Andalucía Occidental, coincidiendo con peores indicadores en analfabetismo, desempleo, hacinamiento o trabajo manual a pesar de no tener la población más envejecida. El riesgo más elevado se sitúa en las provincias de Huelva, Cádiz y Sevilla.

Estos datos ponen de manifiesto la coincidencia de peores indicadores de mortalidad en áreas concretas consideradas en nuestra Comunidad Autónoma *zonas con necesidades de transformación social (ZNTS)*, definidas como aquellos *espacios urbanos, claramente delimitados, en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que se aprecian significativamente problemas en las siguientes materias*²⁶:

- *Vivienda, deterioro urbanístico, déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos.*
- *Elevado índice de absentismo y fracaso escolar.*
- *Altas tasas de desempleo, junto a graves carencias formativas profesionales.*
- *Significativas deficiencias higiénico-sanitarias.*
- *Fenómenos de desintegración social.*

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCÍA (ZNTS)

Estas zonas han sido bien identificadas en un estudio realizado por el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía⁵. Para el trabajo que nos ocupa se han seleccionado las que tienen en su territorio una cifra superior al 10% de familias en situación de exclusión social ([ANEXO 1](#)). Esta situación queda definida por la confluencia de situaciones de pobreza y la existencia de problemas que obstaculizan y tienden a alejar a los sujetos de la plena participación (educación, trabajo, vivienda y salud).

Hay que destacar, como agravante, el hecho de que un alto porcentaje de la población de estas Zonas, generalmente la de mayor complejidad, no está incluida en los registros normalizados, basados en el padrón, por lo que resulta muy difícil abarcar el problema en toda su extensión y planificar los recursos adecuados a las necesidades reales.

5.1. EL ENTORNO Y LAS FAMILIAS.

El entorno

El entorno que conforma las ZNTS son barrios con características específicas en función del proceso histórico de configuración y del establecimiento y evolución de las diferentes redes sociales. Se pueden distinguir fundamentalmente dos tipologías de entornos de riesgo:

- Degradados, entre los que se incluyen los cascos históricos y las áreas urbano-centrales.
- Deteriorados, que agrupan promociones de viviendas y las áreas urbano-periféricas.

Los barrios degradados y deteriorados son el producto físico de la expansión de la ciudad y de su estructura urbana. Las clases medias y altas emigran hacia zonas mejores, abandonando los sectores más degradados a estratos sociales más bajos. La acumulación permanente de capas sociales sin recursos acaban convirtiendo estos barrios en zonas muy vulnerables.

Las familias

En estas Zonas con Necesidades de Transformación Social nos encontramos con distintos tipos de familias que, por su problemática, necesitan diferentes tipos de abordaje. Estas familias las podemos clasificar en tres grupos fundamentales ^{27 28 5}.

a. ***Familias en situación de marginación:*** Familias excluidas de todo proceso de participación social, con pautas de marginalidad transgeneracional. Entre las características que definen a este tipo de familia podemos destacar:

- Familias multiproblemáticas.
- Cronicidad en el desempleo, sin experiencia profesional, jóvenes sin empleo al abrigo de la familia.

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCÍA (ZNTS)

- Con bastante frecuencia habitan en chabolas, viviendas infradotadas con mínimas condiciones de insalubridad, hacinadas, dando cobijo a varias generaciones.
- Viven de la economía sumergida y/o de la mendicidad.
- Uno o más de sus miembros están en prisión o con condenas pendientes.
- Prostitución.
- Drogodependencias en su forma de consumo y venta.
- Desescolarización de los menores, absentismo escolar.
- Desestructuración familiar.

Este grupo de familias, generalmente con algún nivel de desestructuración, se caracteriza por acceder a los servicios sanitarios con carácter de inmediatez, o a través de los servicios urgencias, con serios problemas de salud (TBC, SIDA, desnutrición, enfermedades crónicas descompensadas -HTA, diabetes, cardiopatías...-) y sin que la organización actual de los centros de atención primaria logre ofrecerles una respuesta adecuada.

b. **Familias en situación de vulnerabilidad:** Familias normalizadas en su funcionamiento interno, pero en situación constante de fragilidad por acontecimientos coyunturales. Las situaciones problemáticas más frecuentes son provocadas por:

- Enfermedad de algún miembro de la familia.
- Paro.
- Economía sumergida.
- Disfunciones en las relaciones familiares (Ej.: asunción por parte de los menores de roles parentales).
- Disfunciones personales (Ej.: droga, salud mental, ...).
- Carencia de habilidades personales y sociales.
- Dejadez del hábitat familiar.
- Miembros familiares en situación de alto riesgo social.

Estas familias, generalmente no acceden a los servicios sociales para su resolución o ayuda o bien acceden de forma puntual. Tampoco acceden a todos los servicios de salud, ya que suelen utilizar los servicios comunes pero no participan con regularidad de los programas de prevención y promoción. Son familias en situación continua de tensión, que cumplen su función familiar pero con grave riesgo de pasar a la situación de marginación ante cualquier acontecimiento vital estresante.

c. **Familias en situación de normalidad respecto al conjunto de la población:** Familias con ingresos económicos estables y un nivel de adaptación y participación social normalizado. No obstante, la residencia en barrios marginados o con algún grado de deterioro supone la acumulación de factores sociales de desventaja (peores condiciones de vivienda y entorno urbano, mayores niveles de polución y ruido, menor disponibilidad de infraestructuras públicas y servicios de bienestar, altos niveles de violencia y delincuencia). En la mayoría de los casos aspiran a marcharse del barrio pero los retiene su limitado poder adquisitivo.

La investigación sobre desigualdades en salud subraya que el hecho de residir en un barrio de estas características tiene un impacto considerable sobre la salud,

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCÍA (ZNTS)

semejante en algunos casos al de la experiencia directa de la situación de pobreza o marginación a nivel individual. Por tanto hay que tener en cuenta que, si estas familias experimentan la agresión del medio social, también están sometidas a un grado variable de riesgo social, en función de la fortaleza de sus vínculos y redes sociales externas.

Este grupo de población accede periódicamente al sistema público de salud, incluso en exceso, copando en general la mayor parte de la actividad de los profesionales y de la oferta de servicios. Oferta que, por otro lado, se encuentra planificada para este tipo de familias y no para las que no demandan servicios por dificultades en el acceso, falta de habilidades o de conocimientos.

5.2. LA CARTERA DE SERVICIOS.

Ante la situación social anteriormente descrita en la que se encuentran muchas barriadas en nuestra Comunidad Autónoma y su repercusión sobre la salud de sus habitantes, hay que reconocer que la oferta de atención en salud que actualmente se está ofreciendo con unos criterios mínimos de calidad, no está dando la respuesta necesaria.

En el análisis que se ha realizado sobre la cartera de servicios de los distritos de atención primaria se ha detectado que, en general, está enfocada como una oferta estática, como si se ofreciesen productos en la estantería de una tienda: quien tiene capacidad coge mucho, quien no tiene capacidad para alcanzar dichos productos no se beneficia de ellos. En general puede decirse que faltan estrategias para acercar los servicios a las familias de estas zonas y adecuarlos a las diferentes necesidades. Es necesario introducir elementos dinámicos de adaptabilidad para abordar situaciones de creencias erróneas, falta de cultura, necesidad no sentida, escasa adherencia o ausencia de habilidades; en definitiva, para lograr igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios.

Las actividades relacionadas con la atención y promoción de la salud, consideradas de implantación prioritaria, no llegan a muchas familias de estas zonas debido, entre otras razones, por:

- Enfoque excesivamente medicalizado de los programas y servicios sanitarios.
- Falta de información y formación de profesionales y usuarios.
- Porque no responden a las expectativas y necesidades que presenta la población de estas zonas.
- Tener un enfoque homogéneo, sin tener en cuenta las variabilidad de las familias.
- La falta de interrelación entre procesos, programas y actividades que den un enfoque global a las necesidades de las familias (programa de mantenimiento de metadona, planificación familiar, vacunas, salud infantil...).
- Por la falta de estrategias de riesgo que tengan en cuenta el sistema familiar en los procesos asistenciales.

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCÍA (ZNTS)

5.3. LA ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Junto a la cartera de servicios que se oferta a la población en estas zonas, la estructura y organización de los centros de atención primaria constituyen los pilares fundamentales para el cuidado de la salud en estas barriadas. Las áreas de mejora identificadas pueden resumirse en las siguientes:

- Escasa adaptabilidad en la organización y rigidez en los perfiles profesionales.
- Barreras en la accesibilidad al centro, debido a horarios estandarizados de las actividades, a problemas en la organización administrativa (errores de la bdu, falta de coordinación con el INSS, etc).
- Falta de información real sobre la población, ya que se da un índice elevado de población oculta o no registrada.
- Otras barreras de accesibilidad física y cultural.
- El enfoque individual de la historia clínica digital, Diraya, requiere de la colaboración activa entre los miembros del equipo responsables de los distintos elementos de la familia para poder realizar una intervención sobre el grupo.
- Escasa captación activa, por parte de los profesionales, para incorporar a las familias a los procesos de salud y a la necesidad de la educación en los autocuidados.
- Las actividades sanitarias se sitúan casi en exclusividad en el interior de los centros, debiendo dar más importancia al trabajo en el entorno y en los domicilios, para conocer a las familias con necesidades de salud.
- Dotación de recursos planificada, de forma estándar, para la atención a población general normalizada.
- Enfoque actual de determinados programas o servicios muy sensibles, como el de dispensación de metadona, que precisa de una mayor colaboración intersectorial para obtener un impacto positivo general en la salud.

El modelo actual de organización de los centros de atención primaria, está siendo válido para un sector determinado de la población: familias normalizadas que conocen los circuitos de entrada al sistema sanitario y saben cuáles son sus derechos. Pero para las familias en situación de vulnerabilidad, la estructura organizativa responde solamente a los problemas puntuales que demandan, sin contemplar el aspecto familiar y preventivo de la atención sanitaria.

En el caso de las familias en desventaja social, los centros no están dando respuesta adecuada, entre otras razones por la inmediatez de su demanda frente a la demora en la respuesta, por los horarios poco flexibles y, muy especialmente, por la falta de coordinación entre los profesionales de los centros y entre los diferentes niveles de atención sanitaria, resultando muy necesario en estas zonas el seguimiento de los abandonos de programas y tratamientos.

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCÍA (ZNTS)

5.4. LA COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE SALUD Y CON OTRAS INSTITUCIONES.

Otro aspecto a considerar en nuestro análisis de situación es la coordinación existente entre los diferentes servicios de salud y la coordinación con otras instituciones.

Dentro del sistema sanitario destaca:

a) A nivel de Atención Primaria:

Nos encontramos zonas que, por su población, se encuentra atendidas por varios centros de atención primaria, los cuales necesitan coordinar sus actuaciones y programas, con líneas básicas y protocolos de actuación conjuntos para poder dar respuestas unificadas a los problemas de las familias ubicadas en las ZNTS.

b) A nivel de urgencias:

De todos es conocida la cultura de la inmediatez que se va imponiendo en la población. Las familias en desventaja social suelen ser usuarias casi en exclusiva de estos dispositivos, que se convierten así en referentes de atención de salud de esta población sin que exista una continuidad con el resto del sistema y sin que este contacto ponga en marcha un programa de atención.

c) Atención Especializada:

Respecto al segundo nivel, nos encontramos que esta población acude muy poco de forma normalizada, entre otras razones porque utilizan las urgencias del hospital, aunque la paradoja se da en la falta de resolución de los servicios de urgencia ante patologías no urgentes y que necesitan ser atendidas por el segundo nivel. En muchos casos una vez citados no acuden a la consulta especializada.

En general, la coordinación a este nivel se basa en la buena voluntad de los profesionales y se desarrolla para la realización de actividades puntuales.

En cuanto a la coordinación con otras instituciones en las ZNTS, venimos asistiendo a una diversidad de actuaciones desde distintas instancias públicas y privadas, por distintos profesionales, orientadas hacia el individuo, con poca coordinación y sin que los objetivos y recursos tengan una misma orientación.

Entre las razones de esta falta de coordinación podemos apuntar algunas:

- a. La cultura de los servicios sanitarios, con perspectiva de autosuficiencia en su forma de actuar, que a menudo se mantiene a pesar de la evidencia probada de que muchos problemas de salud no pueden ser resueltos exclusivamente desde este sector.
- b. La ordenación funcional de sus centros y profesionales que no facilita espacios de encuentro con otras instituciones públicas y privadas con competencias en el ámbito de la salud, considerada en su término amplio.

ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE ANDALUCIA (ZNTS)

- c. Muchas instituciones (servicios sociales, cultura...) tienen menos desarrollo organizativo que el sector sanitario, lo que influye a la hora de plantear procesos de coordinación.
- d. Los contenidos de la coordinación no se tienen bien definidos, tanto por los servicios sanitarios como por otras instituciones.
- e. La escasa formación de los profesionales sanitarios en el abordaje de los problemas de salud de poblaciones en situación de vulnerabilidad y marginalidad.
- f. La falta de información y de estrategias de investigación para la reducción de desigualdades.
- g. Contando con una buena predisposición general de los profesionales, la colaboración se centra en el abordaje de casos puntuales, llegando a detectarse casos de intervención inadecuada por exceso.