

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

6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN BÁSICAS. ENFOQUE Y ESTRATEGIA DE RIESGO. **Pag 3**

6.1 IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SOCIAL. Pag 4

6.2. LA ADECUACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS NECESIDADES DE LAS ZNTS.

- Cartera de servicios. Incorporación del enfoque de riesgo. Pag 6
- Organización de los centros. Pag 7
- Orientación de los profesionales. Pag 10
- La coordinación entre los servicios de salud. Pag 10
- Cooperación intersectorial y con agentes locales. Pag 11
- Programa de intervención con familias en desventaja social. Pag 13

7. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN. 2004 **Pag 15**

7.1. CONTRATO PROGRAMA ENTRE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y EL SAS. Pag 15

7.2. CONTRATO PROGRAMA ENTRE EL SAS Y DISTRITOS/HOSPITALES. Pag 15

8. PLANES DE INTERVENCIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. **Pag 17**

6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN BÁSICA. ENFOQUE Y ESTRATEGIA DE RIESGO.

Desde el sistema sanitario hemos de diseñar estrategias específicas de detección, estudio y abordaje de las diferentes situaciones de riesgo. Estrategias globales de coordinación interprofesional e interinstitucional, que incorporen el enfoque de riesgo para establecer una adecuada intervención social y que permitan desarrollar políticas operativas de transformación inspiradas en los principios de justicia redistributiva y solidaria. En definitiva, estrategias globales y normalizadoras para prevenir y/o detener estos procesos de deterioro.

Trabajar desde el punto de vista del riesgo es un método que sirve para a) medir las necesidades de salud de los individuos y las familias, de los grupos y del entorno social, b) orientar las prioridades para la intervención y c) organizar los servicios que se ofertan como respuesta a las necesidades y evaluarlos.

Las funciones fundamentales del equipo de atención primaria, en este contexto, serían:

- Identificar correctamente la situación
- Planificar la estrategia de intervención.
- Marcar criterios de actuación.
- Aplicar tratamientos y medidas preventivas y/o asistenciales adecuadas.
- Cuidar y fomentar la coordinación.
- Evaluar las actuaciones.
- Poner medidas correctoras.

A la hora de llevar a cabo las intervenciones desde el enfoque de riesgo y género, resulta imprescindible tener como referencia el análisis de situación previo que garantice una perspectiva integradora, porque tratamos de "...potenciar las fuerzas del individuo y del grupo, así como las fuerzas constructivas del medio, teniendo en cuenta el papel que juega en la vida de las personas la familia, el grupo, la comunidad, los factores sociales, económicos, laborales, educativos, ocio y tiempo libre en la intervención integradora ²⁹". Y de forma especial el papel que juega la mujer, como agente de salud hacia los demás, más vulnerable en su estado de salud y, con mayor frecuencia en estas zonas, víctimas de la violencia.

A partir de esas premisas, y en colaboración con los miembros de cada unidad familiar y con todos los profesionales implicados, debemos identificar en cada entrevista y comunicación cuáles son las capacidades, necesidades, apoyo y recursos de la unidad familiar y los del territorio. "A través de esas interacciones se busca, igualmente, el encuentro con las personas para movilizar sus fuerzas y la calidad de los recursos, siendo en este encuentro donde se busca el diálogo, la exploración y colaboración con las redes sociales ³⁰".

Hay que contribuir a que la familia afronte sus necesidades y ponga en marcha sus potencialidades, de forma equitativa y racional entre todos los componentes del sistema familiar, independientemente del sexo y las influencias educativas y culturales,

al mismo tiempo que establecen redes de conexión con las instituciones y con la comunidad.

“Con relación a esta perspectiva, la intervención social en salud se centra en dos ámbitos interdependientes:

- a) En la unidad familiar, con el objetivo de movilizar las capacidades, informar y asesorar sobre otras alternativas y sobre los recursos existentes; a la par que con la finalidad de establecer vínculos con otros miembros e instituciones de la zona.
- b) En el territorio, intentando encontrar vías de apoyo y cooperación con otras instituciones y profesionales.” ^{31 32}

En resumen, trabajar con enfoque de riesgo pretende y aborda cómo reducir las desigualdades en salud por una parte, y la reducción o eliminación, en la medida de lo posible, del factor de riesgo.

6.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SOCIAL.

Para evaluar e intervenir adecuadamente hay que tener un conocimiento claro de la realidad en la que nos situamos, por lo que resulta importante que todos los sectores trabajen conjuntamente para lograr ajustar al máximo el padrón, como registro normalizado de la población.

Además de los riesgos asociados a los hábitos o conductas personales, es preciso conocer la existencia de aquellos factores asociados a los recursos económicos, al medio físico y social donde la familia vive y trabaja, a los factores socioculturales que afectan de forma distinta a hombres y mujeres, a los servicios de atención sanitaria y a los que tienden a hacer que las personas con menos salud se conviertan también en las más pobres.

Este análisis busca que sus resultados ofrezcan información lo más ajustada posible a la realidad, para poder planificar y aplicar en el territorio las medidas apropiadas que contribuyan a disminuir las desigualdades en salud. En este sentido se considera que una herramienta útil es la realización de un mapa de riesgo de la zona, indicando *cuántas son, dónde están y cómo están* las familias cuya salud debemos proteger ³³.

Al trabajar con enfoque de riesgo, nuestro objeto de intervención son las familias, pero también la comunidad en que están insertas, ya que ésta, la comunidad, es el primer recurso con el que cuenta la familia, por lo que es necesario realizar un estudio social de la zona, con objeto de identificar todas aquellas variables que influyen positiva o negativamente en el desarrollo de las individuos.

Este estudio ha de abarcar, entre otros, los siguientes aspectos³⁴:

Territorio:

Localización.

Marco histórico. Cómo se configuran los barrios.

Estructuras físicas fundamentales.

Infraestructuras y equipamiento.
Comunicaciones (determinan el acceso a los servicios).
Accesibilidad a equipamientos no existentes en la zona.

Población:

Demografía:
 Pirámide de población estática y dinámica.
 Identificación de los distintos tipos de población en la unidades de análisis.
Niveles de vida.
Características de las viviendas.
Factores socioculturales de la población.
Organización social.

Demanda:

Sentida
 Expresada/No expresada
 Existente/Potencial
 Real/previsible

No sentida

Recursos

Existentes:
 Públicos
 Privados
Previsibles
Potenciales

Por lo que respecta a las ZNTS, el próximo mes de septiembre existirán datos actualizados sobre los aspectos más generales: pirámide de población, niveles de instrucción, renta media, ocupación, etc. Estos datos se incluirán en el Sistema de Información Geográfica y, de esta forma, estarán a disposición de los centros, el primer nivel o primera capa del mapa de riesgos.

Otra herramienta fundamental es la elaboración de mapas de riesgo social³⁵ ([ANEXO 2](#)) para la salud, cuyo objetivo no es analizar un único problema de salud, sino *identificar aquellos individuos y/o familias en situación vulnerable y/o de exclusión*, de forma que podamos visualizar geográficamente las zonas con mayor dificultad y dirigir las intervenciones en función de esta distribución.

Para ello, se hace necesario unificar el concepto de riesgo a utilizar y, partiendo de los factores de riesgo contenidos en la historia clínica digital³⁶, implantar criterios de clasificación del riesgo^{37 38} uniformes y homogéneos ([ANEXO 3](#)). Es importante la disponibilidad de una única ficha de observación de riesgo social para la valoración y clasificación de todo el núcleo familiar³³ ([ANEXO 4](#)). La implantación de estos instrumentos requiere un análisis en profundidad.

Estos instrumentos deben incorporarse al trabajo cotidiano de los servicios de salud, principalmente en atención primaria. El contrato programa con distritos y hospitales, los acuerdos de gestión de las unidades clínicas implicadas (y aquéllas otras que lo deseen) así como el plan de formación anual debieran contemplar esta incorporación.

6.2. LA ADECUACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS NECESIDADES DE LAS ZNTS.

6.2.1 Cartera de servicios. Incorporación del enfoque de riesgo

Consideramos innecesario y contraproducente la elaboración de una cartera de servicios específica para las ZNTS, puesto que el objetivo es buscar la normalización. **La respuesta adecuada implica introducir la estrategia de riesgo en todos los servicios contemplados en cartera** y adoptar un enfoque familiar en todas las intervenciones, contemplando las diferencias socioculturales y educativas que afectan de forma distinta a las mujeres y a los hombres en su estado y percepción de salud.

De este modo, no solo damos respuesta a la población de las ZNTS, sino a todas aquellas familias que, independientemente de su lugar de residencia, se encuentran en situación de vulnerabilidad o riesgo para la salud.

En el caso de las ZNTS, habría que priorizar dentro de la cartera de servicios intervenciones y programas justificados por la problemática de salud que padece esta población, nos referimos a:

- Materno-infantil:
 - Atención a embarazadas.
 - Atención domiciliaria a la puérpera y al recién nacido.
 - Educación maternal.
 - Atención neonatal y a mujeres con VIH
 - Metabolopatías.
 - PVA.
 - Seguimiento salud infantil, intensificando las visitas domiciliarias.
 - Planificación familiar (bloqueo tubárico, vasctomía, método de barrera...
- Enfermedades de transmisión sexual
- Atención al inmigrante
- Atención a las adicciones:
 - Mantenimiento de metadona.
 - Alcoholismo.
 - Opiáceos.
 - Etc.
 - VIH (asociados a la drogodependencias).
- Captación y seguimiento de TBC.
- Salud Mental.
 - Depresiones, síndrome de ansiedad.
 - Psicóticos.
 - Trastornos infantiles.
 - Problemas con el vecindario desde el aspecto de salud mental.
 - Visitas domiciliarias a enfermos mentales crónicos.

- Atención al Anciano:
 - Valoración integral y atención en consulta.
 - Visita domiciliaria al anciano y su familia.
 - Atención especial a la prevención de caídas.
 - Diagnóstico precoz de las demencias y otros trastornos.

- Enfermedades crónicas:
 - Diabetes.
 - Hipertensión.
 - EPOC

No obstante, teniendo en cuenta el análisis de la situación de salud de estas Zonas de Transformación Social, habría que incidir en aquellos programas de la cartera de servicios que se detectan como más deficitarios o con dificultades de accesibilidad, siempre priorizando especialmente los dirigidos a la promoción y educación para la salud, **modificando la orientación hacia el núcleo familiar y la incorporación de estrategias de riesgo.**

No hay que perder de vista que todas estas intervenciones propuestas a nivel familiar deben trabajar simultáneamente sobre las familias marginales, vulnerables y normalizadas.

Por otro lado, hay que introducir una interrelación de estos programas desde el enfoque de riesgo, teniendo como fondo la continuidad asistencial y la importancia de la intersectorialidad.

En resumen, en todos los programas y/o procesos de salud, habría que aplicar la estrategia de riesgo por parte del equipo básico de salud. Esta estrategia implica:

1. Definir los factores de riesgo en las familias.
2. Marcar los objetivos a corto y medio plazo que se quieren conseguir.
3. Captar a las familias, indicando: cuántas son, quiénes son, cómo están y dónde están.
4. Elaborar por parte de los profesionales un plan de actividades a desarrollar con las familias captadas.
5. Definir las interrelaciones de los profesionales con las familias y entre ellos.
6. Evaluar las intervenciones, valorando los cambios cuantitativos y cualitativos producidos con las intervenciones.

6.2.2. Organización de los centros

La adecuación de la organización de los centros debe estar basada en la identificación de los tipos de población de la zona y en unos principios básicos que respondan a las necesidades reales de salud identificadas.

Estos principios deben ser:

- Accesibilidad y flexibilidad organizativa.
- Atención en acto único para facilitar la normalización documental.
- Canales de comunicación fluidos.
- Interrelación de procesos y actividades.

Accesibilidad y Flexibilidad organizativa:

Para una buena accesibilidad de las familias habría que tener en cuenta los siguientes elementos:

- Información permanente a la población de la forma de acceso a los servicios del centro, entendible y en sus propios espacios.
- Formación de los profesionales de recepción para mejorar la capacidad resolutive a la demanda planteada por los usuarios, no posponiendo dicha respuesta. El objetivo último no es responder con carácter de urgencia, sino tender a la normalización a través de un proceso educativo que puede iniciarse en el primer contacto con el centro.
- Mapa de competencias con perfiles profesionales específicos
- Normas claras en la organización del centro. Con definición de las responsabilidades y el nivel de autonomía de cada profesional.
- Elaboración de unos protocolos de captación activa de las familias hacia el centro a través los circuitos que éstas utilizan, para ir logrando normalización (urgencias, curas, inyectables, consultas médicas.)
- Flexibilidad de horarios para ir acercando la oferta a las necesidades reales.
- Ajuste de las ratios de profesionales médicos y enfermeras, así como de sus sustituciones, teniendo en cuenta las peculiaridades de esta población y el volumen estimado de población no censada; disponibilidad de un trabajador social a tiempo completo y de equipos mediadores, a fin de poder realizar la captación activa e impulsar los programas de prevención y promoción de la salud fuera del centro.
- Incorporación de la figura de los agentes de salud.
- Mejoras físicas en los centros, procurando espacios más grandes y diáfanos, con especial atención a las barreras arquitectónicas
- Dotación de vigilancia.
- Mantenimiento constante de las instalaciones, porque genera normalidad, dignifica los centros y mejora el uso, por parte de profesionales y usuarios. El plan de las pequeñas cosas debía incorporar estrategias específicas dirigidas a conseguir este objetivo.

- Revisión y adecuación del programa de dispensación de metadona, buscando un impacto positivo sobre la actitud y el uso de los servicios por parte de los usuarios, con el objetivo último de conseguir una atención normalizada a esta población. Entre otras medidas, estos usuarios deben ser atendidos por sus profesionales de referencia.

Canales de comunicación fluidos.

Otro aspecto que hay que considerar en los centros es la necesidad de ir creando canales de comunicación entre los profesionales que interactúan con la familia: enfermería, medicina, trabajo social, auxiliares. Para ello, se deben facilitar canales de comunicación fluidos a través de:

- la historia clínica digital, con registro permanente y actualizado.
- Reuniones periódicas.
- El equipo de atención primaria como estructura básica de atención familiar (incluyendo a todos los profesionales que intervienen en la familia).
- Trabajo en equipo.
- Un profesional de referencia para la familia, que coordine toda la información.

Interrelación de procesos y actividades.

En estas zonas hay que invertir la forma de intervenir con las familias, es decir, actualmente en los programas y procesos existentes vamos incluyendo a los pacientes y en este caso, son los procesos y las actividades quienes se deben adaptar a las familias. Para lograr este objetivo es necesario que funcionen con fuerza y con capacidad resolutoria los equipos profesionales.

Para ser eficaz y responder a la realidad de esta población ubicada en la ZNTS, hace falta:

- Tener un conocimiento de la familia y sus entornos habituales, a través del análisis de situación.
- Aplicar a la familia los procesos y actividades existentes, no sólo en el centro, sino en todos los entornos posibles.
- Adaptar dichos procesos y actividades a la realidad familiar.

En este apartado deben considerarse dos actuaciones iniciales:

- Incorporar a los procesos asistenciales criterios de identificación y estrategias de intervención sobre las situaciones de riesgo social, enfocadas a la familia y entorno social del individuo.
- Introducir en el trabajo de equipo la figura del agente de salud/educador de familia de la propia comunidad, contemplando todas las posibilidades que nos ofrecen los programas de intervención social en estas zonas.

Esta incorporación facilita el proceso de incorporación de las familias a un entorno social normalizado, fomentando la elaboración de recursos propios y el acceso a los recursos externos. El agente de salud debe ser miembro de la comunidad de referencia de las familias y tener una formación específica en el proceso de intervención y la metodología de trabajo en población marginal.³³

6.2.3. Orientación de los profesionales.

Intervenir desde los Centros de Atención Primaria en las ZNTS conlleva una atención a los profesionales para que sus intervenciones respondan a los objetivos propuestos por este plan. El desarrollo de este apartado está siendo objeto de otro grupo de trabajo. En el [ANEXO 5](#) se presentan propuestas de plan de formación.

6.2.4. La coordinación entre los servicios de salud.

Desde el ámbito de Salud, resulta imprescindible la firma de protocolos de intervención entre los diferentes niveles de atención sanitaria, en el marco de los Acuerdos de colaboración. El objetivo es doble:

- Evitar en lo posible derivaciones innecesarias
- Posibilitar, desde el centro responsable, la gestión y seguimiento de aquellas derivaciones que deban realizarse.

Atención Primaria:

Si la familia debe considerarse el eje vertebrador para las intervenciones, esto exige la coordinación de todas las actuaciones, no sólo por parte de los miembros del equipo de atención primaria, sino también de los equipos de todos los centros situados en la misma Zona, con un diagnóstico de situación de la zona donde queden bien marcadas las líneas básicas y los protocolos de cooperación.

Dispositivos y Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias:

Para ir redefiniendo el acceso de esta población a los servicios sanitarios de forma normalizada habría que tener en cuenta:

- La utilización de la historia clínica a través de un mismo soporte informático que permita valorar las demandas existentes, adecuar las derivaciones y asegurar el seguimiento de estas familias.
-
- La coordinación entre el EBAP y los servicios de urgencias, a través de reuniones periódicas de análisis y propuestas de intervención. El compromiso de ambos ámbitos debía concentrarse en:

Protocolizar la captación activa y el seguimiento de los casos atendidos en los servicios de urgencia en aquéllos que se consideren de especial riesgo.

Analizar de los factores subyacentes en esas demandas desviadas: falta de información para acceder de forma normalizada a los centros, barreras existentes para la utilización de estos servicios, falta de relación positiva personal sanitario/familia, poco resolutivo ante la demanda planteada, déficit de educación sanitaria, etc. para promover soluciones y estrategias de acercamiento factibles.

Desarrollar estrategias de enganche de estas familias con su equipo de atención.

Atención Especializada:

Ante la falta de acceso a los servicios especializados de salud, se hace necesario:

- Seguimiento de las citas para las consultas de especialidades, evitando así el absentismo y tener que volver a recitar. Realizar análisis exhaustivos de las causas en la falta de asistencia (reavisos necesarios).
- Garantizar que desde la consulta del especialista se pueda comunicar no sólo al paciente sino -de manera directa- a su médico de atención primaria el diagnóstico y tratamiento a seguir, con el propósito de conseguir continuidad asistencial entre los diferentes niveles. Enfatizar la continuidad y seguimiento de estas familias a lo largo de los circuitos.
- Establecer estrategias de acompañamiento en los casos que se considere necesario.
- Establecer prioridades en determinados procesos quirúrgicos o de seguimiento en función de las necesidades y de la problemática de la zona, mediante protocolos comprometidos en los acuerdos de colaboración ([ANEXO 6](#))

6.2.5. Cooperación intersectorial y con agentes locales

La modificación de actitudes y comportamientos no se produce desde la intervención desde un solo sector, es necesario un plan integral para garantizar este cambio.

Como premisa, para lograr un buen nivel de salud es necesaria una cobertura de las necesidades básicas (vivienda, trabajo o educación) así como la búsqueda de oportunidades equitativas para todos³⁹ y el desarrollo de estrategias que promuevan la salud buscando la equidad entre los grupos menos favorecidos⁴⁰. Esto supone la igualdad de oportunidades para acceder a la oferta de servicios públicos, para crear opciones saludables y para participar en proyectos que permitan el pleno desarrollo de las potencialidades individuales y sociales⁴¹.

En 2000 publicó la OMS⁴² un documento sobre responsabilidad social en materia de salud, en el que resalta que los medios principales para reducir las desigualdades en salud son políticas saludables cuyo objetivo sea mejorar la igualdad en:

- oportunidades de educación y empleo
- acceso a un ambiente físico y social seguro y propicio
- oportunidad de participar en la gobernabilidad de la sociedad
- acceso a la asistencia sanitaria y los servicios de apoyo sociales.

Tanto el informe de la OMS sobre la salud en el mundo 2002⁴³, como el elaborado por la Comisión Europea sobre la situación social en la UE 2003⁴⁴ coinciden

en la necesidad de establecer un equilibrio entre la acción del gobierno, la acción local y los propios individuos, prestando la debida atención a las organizaciones no gubernamentales, grupos locales y miembros destacados de la comunidad.

En el nivel local, existe un consenso claro en las instituciones, asociaciones y entidades de que los problemas que presentan las familias en estas zonas tienen su resolución en la medida que se toman decisiones intersectoriales tomando como referencia un mismo mapa de riesgo.

Aunque queda por estrenar esta forma de abordaje, desde salud creemos que se pueden dar pasos que posibiliten esta intersectorialidad. El papel de cada uno puede ser diferente: en unos casos detectar, en otros intervenir, en otros promover y en otros, incluso, denunciar/reivindicar.

Desde el sector salud se proponen los siguientes elementos:

1. Participación activa de los centros de atención primaria en la potenciación de los recursos humanos de las zonas, haciéndoles partícipes de las intervenciones, mediante la identificación, promoción y formación de agentes de salud, figuras mediadoras, miembros de la propia comunidad.
2. Participación activa de los centros de atención primaria en los órganos de decisión a nivel local. Consensuando actuaciones con las entidades municipales, autonómicas y otros grupos con capacidad de decisión en la zona.
3. Creación o promoción de espacios de cooperación con cada una de las instituciones y entidades de la zona, con protocolos específicos, en los que se defina la distribución de responsabilidades y con garantías de financiación.
Al menos deben contemplarse los siguientes aspectos:
 - a. Objetivos comunes a conseguir, dirigidos siempre a elevar el nivel de salud y calidad de vida de las familias en la zona.
 - b. Profesionales implicados.
 - c. Implicación de los propios vecinos.
 - d. Claro reparto de tareas y competencias.
 - e. Calendario de actuaciones.
 - f. Periodicidad de reuniones.
 - g. Modos de financiación.
 - h. Evaluación.
4. Creación de espacios de formación conjuntos (empleo, educación, salud, vivienda, asuntos sociales ...)
5. Participación en el análisis de los problemas de salud en las áreas que precisan coordinación intersectorial y profesionales que ayuden a dicho análisis, con especial relevancia en drogodependencias y programa de administración de metadona.

Para todo ello es clave la identificación y el conocimiento mutuo de las instituciones, entidades y asociaciones del entorno:

- Nivel asociativo existente en la zona.
- Instituciones que están abordando situaciones y problemas de los vecinos:
 - Servicios Sociales.
 - Educación.
 - Empleo
 - Vivienda.
 - Cultura.
- Asociaciones:
 - Prevención y lucha contra las drogas.
 - APAS.
 - Asociaciones juveniles.
 - Asociaciones de mujeres.
- Estructura organizativa de la zona.
- Niveles de Organización.
- Grado de implicación que tiene el centro sanitario con las instituciones y organizaciones de la zona:
 - Reuniones de coordinación existente.
 - Contenidos de dichas reuniones si existen.
 - Personal responsable del centro sanitario que se dedica a esta tarea.

6.2.6. Programa de intervención con familias en desventaja social

La intervención familiar debe perseguir el cambio de actitud y mentalidad, para ello se diseñará un plan de acción intersectorial, que englobe los elementos necesarios para conseguir el objetivo y que defina el compromiso de las diferentes instituciones implicadas.

El programa de intervención familiar se elabora conjuntamente con los profesionales implicados, con carácter intersectorial, y con la familia, teniendo en cuenta el principal papel de la mujer como agente de salud.

Esta intervención debe contemplar las siguientes etapas:

1º. Captación de las familias en situación de riesgo, desde el equipo de atención primaria, la consulta directa del trabajador social o, de manera protocolizada, desde otras instituciones de la comunidad.

2º. Proceso de recogida de información y /o actualización de la situación familiar y primer contacto con la familia en su domicilio.

3º. Estudio y valoración de las familias: análisis de las necesidades y existencia de una estructura social de cambio.

4º. Plan de intervención familiar individualizado, orientado por los distintos profesionales que intervienen en el núcleo familiar y contando con una figura para el trabajo directo con la familia en su entorno inmediato.

Este plan debe incidir en los aspectos más deficitarios (higiene, alimentación, lactancia, seguimiento escolar, cuidados, seguridad en el hogar, etc.) y contemplar un trabajo directo en el domicilio con la mujer cuidadora principal de la familia, de forma directa, y de forma indirecta con el resto de miembros de la familia, que la capacite para dirigir el proceso de cambio necesario y le proporcione elementos para incrementar su autonomía, a través de los recursos y servicios disponibles en la zona (para dar cobertura a las necesidades de formación y hábitos).

El contenido mínimo del plan es el siguiente:

- Objetivos, generales y específicos, a conseguir.
- A quién se dirige la intervención.
- Areas específicas de intervención, definidas por sectores y sujetos de la intervención.
- Metodología, de carácter activo y participativo, contando con figuras que actuarán como facilitadoras sociales en un primer momento, para pasar de forma progresiva a la mediación social, especificando las funciones de la intervención y responsables.
- Recursos necesarios, disponibles y reparto de responsabilidades.
- Temporalización. Elemento muy importante para la evaluación de la intervención.
- Evaluación.

En el [ANEXO 7](#) se presenta un guión para el desarrollo de un programa de intervención familiar en situación de desventaja social.

En este programa hay dos figuras relevantes:

Educadora de familia: mujer perteneciente a la zona, con formación específica sobre el proceso de intervención y el trabajo en población marginal, y con conocimiento sobre la cartera de servicios y el funcionamiento de los sistemas sanitario y social.

Su papel está basado en la confianza que las mujeres de la zona pueden depositar sobre ella por ser vecina y conocer bien la situación. Sus funciones serán normalizadoras y socializadoras así como de promoción de recursos propios o externos a la familia.

Coordinadora del programa: trabajadora social, con capacidad de organización, asesoramiento y supervisión del trabajo de las educadoras.

Sus funciones básicas serán la elaboración del plan de intervención con el resto de profesionales y su seguimiento. Habrá de establecer las pautas de intervención familiar en el trabajo diario de las educadoras, impartir la formación necesaria, coordinar todos los recursos para el desarrollo del programa y evaluar el proceso de cada familia.

7. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN. 2004

El proceso de evaluación de las estrategias de intervención en las ZNTS se enmarca dentro del seguimiento establecido para el resto de objetivos comprometidos por el SAS en contrato programa, tanto con la Consejería de Salud como con los centros (hospitales y distritos). A continuación se señalan los objetivos que estarán sujetos a seguimiento.

Además, en el [ANEXO 8](#) se detalla una propuesta de indicadores para monitorizar los resultados de la implantación de esta estrategia en Andalucía.

7.1. Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el SAS.

Contempla el siguiente objetivo a monitorizar en relación a las ZNTS:

B.II.1. A lo largo de 2004, y en el marco del III Plan Andaluz de Salud, el Servicio Andaluz de Salud llevará a cabo las acciones propuestas en su objetivo 21, dirigidas a la atención preferente de las personas en situación de especial riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad.

7.2. Contrato Programa entre el SAS y Distritos/Hospitales.

A su vez, los Distritos de Atención Primaria y Hospitales del SAS han incorporado los siguientes objetivos para el 2004, a través del contrato-programa:

Accesibilidad

“Los distritos de atención primaria establecerán mecanismos para la detección de situaciones de riesgo social que pudieran resultar en desigualdades en el acceso a los servicios, implantando medidas de carácter informativo, formativo, organizativo o de intervención social para acortar en lo posible estas desigualdades”

“...En el caso de los pacientes severamente discapacitados, el punto de acceso a asegurar debe ser el propio domicilio”

Zonas con Necesidades de Transformación Social

Todos los Distritos de Atención Primaria en cuyo ámbito de actuación se ubique alguna zona con necesidades de transformación social (ZNTS), deberán enviar a los SS. CC., antes del mes de junio, un plan específico de intervención en salud dirigido a cada una de estas zonas cuyo contenido abarcará, al menos, los siguientes aspectos:

- *Análisis de la situación de salud*
- *Objetivos a alcanzar*
- *Adecuación de la atención sanitaria a las necesidades detectadas (Cartera de servicios, Organización de los centros, Coordinación con otros sectores)*

- *Estrategias de intervención básicas propuestas*
- *Participación en los órganos de decisión a nivel local*
- *Propuesta de seguimiento e indicadores de evaluación*

La **evaluación** de estos objetivos se realizará en función de los planes presentados por los centros, a lo largo del mes de septiembre.

Acuerdos de Gestión con las Unidades Clínicas

Las Unidades Clínicas que atienden zonas en transformación social podrán ser eximidas del cumplimiento de determinados requisitos, siempre que se justifique la imposibilidad o inconveniencia de su cumplimiento por las propias características de la zona.

En este caso, la Dirección General de Asistencia Sanitaria valorará los planes de intervención puestos en marcha o propuestos por la Unidad Clínica dirigidos a resolver estos problemas.

La Unidad deberá presentar un plan específico de intervención en salud, integrado en el que proponga el Distrito, dirigido a la detección de situaciones en riesgo social que pudieran resultar en desigualdades en salud o acceso a los servicios y propuesta de medidas de carácter informativo, formativo, organizativo o de intervención social para acortar en lo posible estas desigualdades.

Este plan abarcará, como mínimo, los siguientes contenidos:

- Análisis de la situación de salud
- Objetivos a alcanzar
- Adecuación de la atención sanitaria a las necesidades detectadas
- Estrategias de intervención
- Participación en los órganos de decisión local

La evaluación de estos objetivos se realizará en función de los planes presentados por los centros, a lo largo del mes de septiembre.

Objetivos

En las Unidades Clínicas que atienden zonas en transformación social el 50% de los objetivos específicos podrán sustituirse por variables relacionadas con el apoyo de la Unidad a la transformación social de la zona.

La evaluación de estos objetivos se realizará con la información presentada por los centros, a lo largo del mes de septiembre.

Formación

Las Unidades Clínicas que atienden zonas en transformación social dispondrán de la formación específica.

La evaluación de este apartado contemplará las actividades de formación descentralizada, organizadas por el centro a lo largo del año 2004.

Continuidad asistencial

A su vez, el Acuerdo de Gestión entre Atención Primaria y Especializada recoge objetivos relacionados con la continuidad de la atención en situaciones con necesidades especiales, incluidas las situaciones de riesgo social, con énfasis en los protocolos de actuación de las urgencias que requieran atención en los dos niveles asistenciales.

La evaluación de los compromisos de continuidad asistencial tendrá una doble vertiente: verificación de la firma de protocolos conjuntos de actuación y seguimiento del éxito en el funcionamiento de esos protocolos.

8. PLANES DE INTERVENCIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA.

El trabajo propuesto debe enmarcarse en los planes actualmente en vigor en nuestra comunidad autónoma. Destacamos, por su especial relevancia, el III Plan Andaluz de Salud y el Plan de Inclusión Social.

El III Plan Andaluz de Salud incorpora, además de las líneas estratégicas, un objetivo explícito dirigido a reducir las desigualdades en salud mediante el trabajo y la cooperación intersectorial con otras entidades e instituciones ⁴⁵ ([ANEXO 9](#)).

Por otro lado, el Plan Andaluz para la Inclusión Social, vincula de forma directa a la Consejería de Salud en sus objetivos e introduce la necesidad de que los servicios sanitarios incorporen en su trabajo mecanismos de coordinación y acción intersectorial⁴⁶ ([ANEXO 10](#)).

La propuesta que recoge el Plan Andaluz para la Inclusión Social es la elaboración de Planes locales de inclusión social, en los que participen todas las personas e instituciones que tengan algo que decir en el entorno.

Para ello establece la creación de AGRUPACIONES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL, formadas por las Corporaciones locales, Entidades Públicas o privadas y otros agentes sociales, que estén dispuestos a colaborar en el desarrollo de proyectos a ejecutar en estas zonas.

Este nuevo enfoque aprovecha las sinergias para incrementar la capacidad de todos los participantes para transformar la realidad social de la zona.

De este modo, la participación del sector salud en la transformación social de estas zonas no debe limitarse solo a los aspectos enunciados en el apartado anterior. En el momento actual debe contemplar la colaboración o incorporación, según quede establecido en el Decreto de desarrollo, a estas agrupaciones.