



INFORME

GRUPOS FOCALES de PERSONAS EXPERTAS

ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE SALUD COMUNITARIA DE ANDALUCÍA

Grupos focales con profesionales

Octubre 2024

Informe de resultados



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Consumo
Escuela Andaluza de Salud Pública

Índice

Introducción	3
Metodología.....	4
Resultados	5
Anexos	10
Anexo 1: Participantes.....	10
Anexo 2: Guión de entrevista	12

Introducción

Desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS, con la finalidad de reforzar la orientación comunitaria en la atención primaria, se ha planteado la formulación de la Estrategia de Salud Comunitaria de Andalucía.

Para el diseño de la Estrategia de Salud Comunitaria de Andalucía (ESCA) se está empleando un enfoque sistemático y participativo que permite la integración de múltiples perspectivas y conocimientos.

Para ello, desde el año 2022 se está realizando un proceso de análisis y formulación de la estrategia de forma participada por los profesionales del SSPA.

En este marco, se han realizado las siguientes actuaciones de análisis de situación:

- Valoración de los y las profesionales de AP a través de un cuestionario 2022 y 2 grupos focales en octubre del 2024.
- Valoración del personal directivo 2022 y 2024
- Jornada de participación de profesionales: Jornada presencial 5 noviembre 2024.

En este documento se recogen los resultados de los grupos focales realizados los días 28 y 29 de octubre de 2024

Objetivo:

Conocer la percepción de profesionales con experiencia en salud comunitaria sobre la situación actual de salud comunitaria en atención primaria de salud

Perfil destinatario:

Profesionales con experiencia en salud comunitaria con diversa procedencia geográfica y de perfiles (medicina, enfermería, trabajo social y técnicos de promoción de salud)

Metodología

Los grupos se desarrollaron en formato virtual, a través de la plataforma zoom, para facilitar la participación de profesionales de toda Andalucía.

La elección de profesionales fue intencionada, buscando la representatividad territorial y diversidad de perfiles profesionales.

Se realizaron 2 grupos, siguiendo el mismo esquema de desarrollo, y fueron conducidos por 2 personas de la Oficina Técnica de la ESCA, con experiencia en metodología cualitativa y manejo de grupos.

Bienvenida

- Bienvenida y agradecimiento por presencia y su disposición para participar en este grupo focal sobre la percepción de la salud comunitaria en Andalucía.
- Presentación de las personas conductoras de los grupos.
- Ronda de presentación de los y las participantes.
- Participantes (anexo 1)

Explicación del Propósito

- Exposición del objetivo: El objetivo del grupo focal es recoger percepciones y opiniones sobre la situación actual de la salud comunitaria en el marco de la estrategia de salud comunitaria, concretamente en el análisis de situación.

Instrucciones

- Exposición de metodología y normas de funcionamiento del grupo.

Desarrollo del grupo

- Se siguió un guión de entrevista previamente diseñado por las personas entrevistadoras. (anexo 2)

Despedida y agradecimiento.

La duración de los grupos osciló entre 65 y 75 minutos.

Resultados

El presente análisis de resultados destaca las principales opiniones, valoraciones y necesidades expresadas en los grupos focales. Cabe destacar que los grupos se desarrollaron en un ambiente distendido y con un buen clima. Todas las personas participaron de forma similar en tiempo y duración.

Para ambos grupos se convocó a 8 personas, recibiendo 7 respuestas para cada grupo y finalmente participando 6 personas en cada uno de ellos.

1. Valoración global de la situación actual de la salud comunitaria en las zonas representadas en sus tres niveles: individual, grupal y comunitario.

A nivel global, las valoraciones realizadas en torno a la situación de la salud comunitaria se agrupan en las siguientes dimensiones:

- 1) Falta de datos sobre Salud Comunitaria o del entorno social y comunitario:** Se identificó una carencia significativa de información relacionada con la salud comunitaria, lo que dificulta el conocimiento de la realidad social y comunitaria del entorno, por lo tanto, la toma de decisiones informadas.
- 2) Intervenciones parceladas:** Las intervenciones en salud con la comunidad se perciben como fragmentadas, no se percibe que haya intervenciones a nivel de equipos de trabajo desde los centros de salud, lo que, según las personas de los grupos limita su efectividad y alcance.
- 3) Hermetismo de los programas que se ofertan desde los centros de salud:** Los programas existentes son considerados poco accesibles y no fomentan la participación activa de la comunidad.
- 4) Infrautilización de profesionales en Atención Primaria:** A pesar de contar con un equipo de profesionales capacitados, no se están aprovechando todas las habilidades disponibles en atención primaria. Esto no está directamente relacionado con la falta de personal.
- 5) Percepción de la Salud Comunitaria:** Hay una percepción de que la salud comunitaria se encuentra en un estado de "congelación". No obstante, esta valoración general varía según los niveles, mientras que se percibe que el Nivel 1 es visto como algo ajeno, el Nivel 2 se percibe como el que más se ha promovido. Por último, se percibe que el Nivel 3 no es considerado prioritario por la organización, lo que se traduce en una escasa actividad comunitaria fuera de los centros de salud. Aunque esta opinión no era consensuada por todas las personas de los dos grupos, sí fue una consideración muy compartida.
- 6) Unido a esto último, se percibe una pérdida de dimensión comunitaria de los centros y equipos de trabajo,** a la vez que una consecuente pérdida de la conexión con la población.

- 7) **Precariedad Laboral:** La inestabilidad y rotación de los profesionales se percibe como una preocupación entre los profesionales de la salud entrevistados. Esto se considera un importante indicador para la continuidad asistencial y por tanto para la calidad del servicio.
- 8) **Limitaciones de Diraya:** La plataforma Diraya no recoge adecuadamente la información relacionada con la salud comunitaria, enfocándose principalmente en NUSHA. No hay espacio para recoger la información social de interés de la comunidad y de las personas en relación a su dimensión social.
- 9) **Impacto del COVID-19:** Se considera que la pandemia provocó una paralización de las actividades comunitarias, llevando a un enfoque más asistencial en la atención de la salud.
- 10) **Desconocimiento sobre Salud Comunitaria:** En general se percibe una falta de familiaridad de muchos profesionales con el concepto de salud comunitaria, lo que genera una falta de proactividad y motivación para proponer o involucrarse en las actividades comunitarias.

1.1. Valoración global de la situación actual de la salud comunitaria en las zonas representadas en el nivel individual.

En general, los y las participantes señalan que la actividad individual en la consulta está muy centrada en el enfoque asistencial, que es muy predominante. Este énfasis en la atención biomédica reduce la mirada comunitaria. La pandemia agravó este problema al aislar los servicios y fomentar una cultura de trabajo más centrada en la asistencia individual.

Entre las características que se nombraron de esta falta de enfoque comunitario se nombró una falta de comprensión y formación en activos de salud comunitaria y una falta de consideración a los determinantes sociales de la salud

1.2. Valoración global de la situación actual de la salud comunitaria en las zonas representadas en el nivel grupal.

En general, las personas participantes conocían programas y actividades, como los grupos de intervención, pero no tanto su alcance. Se percibe que la incorporación e implantación de estos programas es heterogéneo y depende del interés de los profesionales.

Se percibe que el trabajo grupal carece de integración plena dentro de la atención primaria, debido a limitaciones en la estructura y falta de recursos estables.

En general, se reconoce que existen esfuerzos, pero que éstos están fragmentados, y muchas veces los grupos funcionan más por el compromiso personal de algunos y algunas profesionales, más que por una estructura planificada.

1.3. Valoración global de la situación actual de la salud comunitaria en las zonas representadas en el nivel comunitario.

Se considera que la integración del trabajo comunitario en la atención primaria ha perdido espacio y visibilidad.

En ambos grupos se nombraron y se recordó que hace un tiempo (época pre-pandemia) se desarrollaban estructuras de participación ciudadana y redes locales de apoyo, pero muchas de ellas se han debilitado, en gran parte debido a la pandemia y a la falta de directrices claras.

Según algunos participantes los centros de salud se han “cerrado o aislado” a o de la comunidad y no están adaptados para vincularse plenamente con su entorno comunitario. Por lo tanto, según algunos participantes en los dos grupos, se observa un distanciamiento de la comunidad y la necesidad de recuperar y fortalecer estas redes. También se comentó que en algunos lugares siguen existiendo todavía las comisiones de participación.

Como aspecto positivo se nombró algún ejemplo concreto como el efecto contagio de actividades como las semanas de la salud sobre otros centros de salud y otros profesionales

2. Valoración sobre el funcionamiento y mejora en la actualidad respecto a los tres niveles de salud comunitaria

En general, las personas que participaban en los grupos reconocen que, en ciertos lugares, todavía hay iniciativas y programas activos que funcionan bien, pero carecen de apoyo, visibilidad y recursos continuos. La falta de objetivos claros en los planes de gestión es una barrera importante, al igual que la falta de tiempo y de formación específica para implementar proyectos comunitarios a mayor escala

3. Valoración del apoyo recibido para hacer salud comunitaria desde AP

Prácticamente se consideró que hay falta de compromiso a nivel institucional, y no se perciben apoyos ni objetivos por parte de la organización.

Unido a la cuestión que se planteó sobre el papel de directivos y cargos intermedios, se habló de la necesidad de que los cargos intermedios estén impregnados con este tema. Se comentó que, en general hay una falta de cultura y creencia en el trabajo en salud comunitaria

4. Expectativas sobre de la aportación de la estrategia de salud comunitaria en elaboración

Al preguntarles qué esperaban de la Estrategia de Salud Comunitaria que se está diseñando para Andalucía, en general los y las participantes explicitaron que esperan que la estrategia permita articular un enfoque integral y coordinado que recupere la importancia de la salud comunitaria. Se destacaron elementos clave como el apoyo económico, la formación, y una gestión que permita liberar tiempo en la agenda de los profesionales para que puedan participar en actividades comunitarias.

Además, se espera que se estrategia debería fomentar una colaboración efectiva entre profesionales, visibilizar el trabajo realizado y asegurar un enfoque de equidad que favorezca la participación de toda la comunidad.

Se recogen elementos concretos a incluir:

Incorporación de una agenda para la actividad comunitaria desarrollada por las personas de los equipos de AP.

- Liberación de tiempo a los profesionales para desarrollar actividades comunitarias
- Incorporación de las actividades en Contrato programa y Acuerdos de Gestión Clínica. Tal y como existían para las Comisiones de Participación
- Modelo adecuado de gobernanza con responsabilidad multinivel, implicando directivos y cargos intermedios. Que sea cuestión estratégica para la organización
- Inclusión de un apartado de salud comunitaria en las memorias de los cargos intermedios-
- Comenzar con un diagnóstico participado con la comunidad y partir de lo que hay y lo que funcione. Elaboración de planes a partir de estos diagnósticos.
- Dar visibilidad y comunicar la ESCA en las redes sociales
- Creación de una web corporativa de salud comunitaria
- Creación de un banco de buenas prácticas e intercambio de BBPP.
- Mayor estabilidad de las plantillas
- Fomentar la Formación/sensibilización en Salud Comunitaria
- Hacer encuentros /jornadas de salud comunitaria
- Reforzar la coordinación y trabajo en equipo, espacios formales para los equipos. Que sea multidisciplinar contando con todos los perfiles.
- Aprovechar RELAS y las conexiones con los ámbitos municipales,
- Aprovechar estructuras comunitarias que ya vienen funcionando e identificar colectivos que trabajan en salud comunitaria
- Necesidad enfoque intersectorial, trabajar en red con educación, servicios sociales, etc.
- Contar con herramientas que faciliten la intervención comunitaria: guías, protocolos
- Considerar el enfoque de equidad: que reduzca desigualdades, que se llegue a quien más lo necesita

- Trabajar por una visión no cortoplacista de la salud comunitaria
- Evaluar y medir resultados en salud
- Reforzar la investigación en este campo
- Reforzar el trabajo con otras estrategias (por ejemplo, con la Estrategia de vida saludable) y se trabaje en coordinación y coherencia con ellas

5. Qué aportan los distintos perfiles profesionales en salud comunitaria

Según las personas que participaron en los grupos, en general, se considera que la participación de diversos perfiles profesionales, como enfermeros/as, trabajadores/as sociales y médicos/as de familia, es esencial para garantizar un enfoque integral.

Sin embargo, también se habló de que existe una tendencia a especializar y segregar funciones, lo que dificulta un trabajo conjunto. Para ello, se comentó que la formación y el reconocimiento del rol de cada perfil, además de la colaboración activa, son aspectos críticos para hacer efectiva la atención comunitaria

Algunas cuestiones más específicas que se comentaron por algunas personas participantes trataban sobre que existe una intervención comunitaria “dispensarizada” por perfiles profesionales. En relación a esto se comentaba la falta una coordinación integral de todos los miembros del equipo, por circunstancias como por ejemplo que algunas enfermeras solo se coordinan por enfermeras, etc. Esto repercute negativamente en la visión global y trabajo en equipo.

Según otra persona, a la medicina de familia se le ha despojado de la parte comunitaria y a algunos trabajadores sociales también. Ligado a ello, se habló de que la incorporación de nuevos perfiles específicos de comunitaria correría el riesgo que se les delegue en estos perfiles, lo que se considera un error. Aunque no todas las personas lo consideraban de la misma manera, otras personas consideran esta incorporación como una oportunidad.

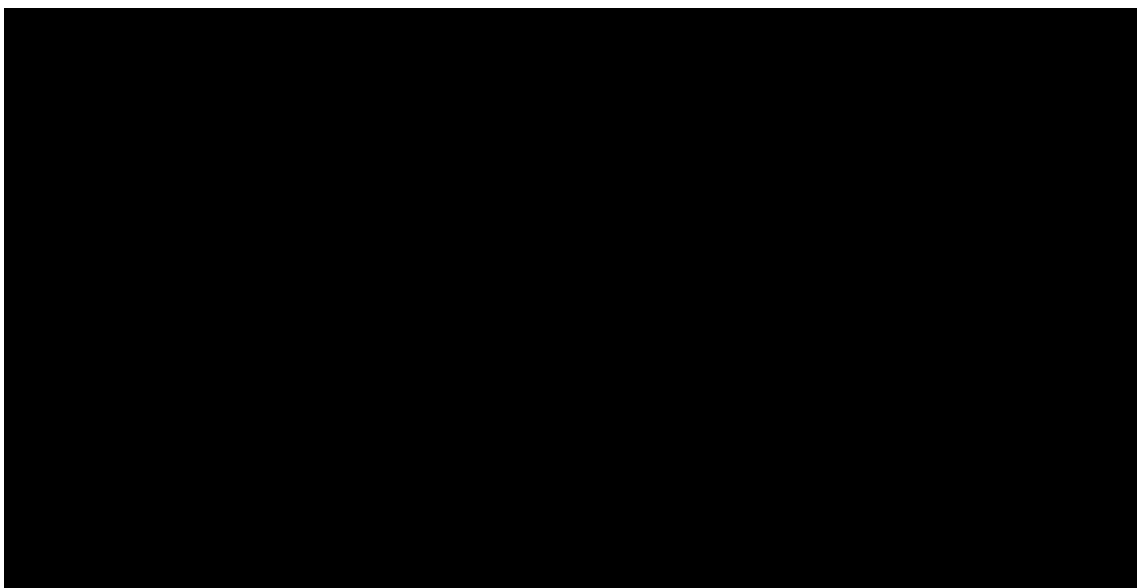
Finalmente, emergió la idea de que todos los profesionales suman, la importancia del trabajo en equipo y que lo comunitario debe ser de todos y todas las profesionales.

Anexos

Anexo 1: Participantes

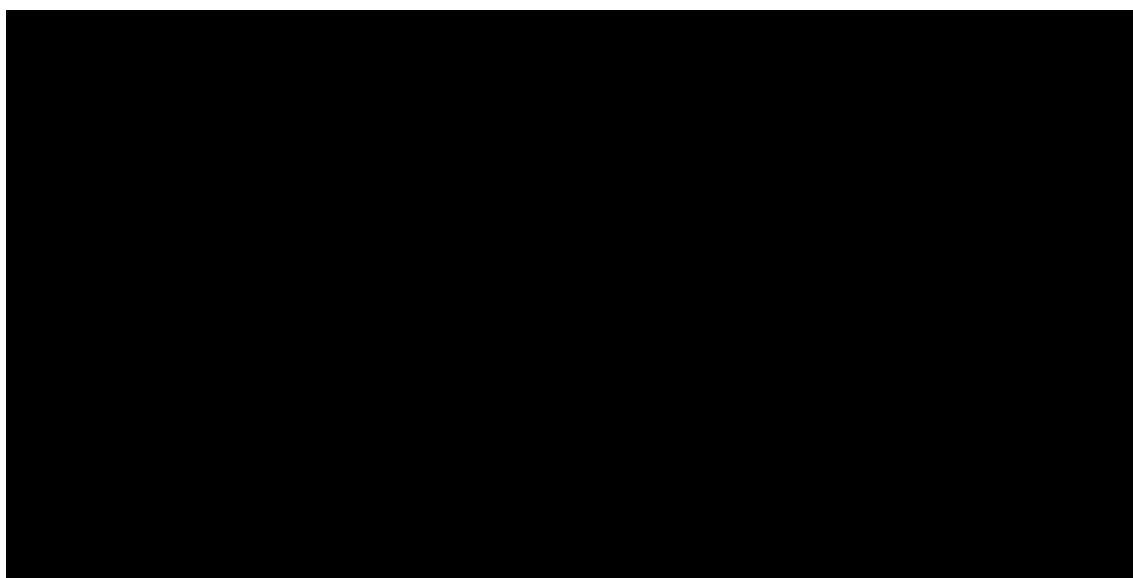
GF 1

Granada (DS Granada)	Trabajador social	Ildefonso Godoy
Granada (AGS Sur de Granada)	jefe de la Unidad de Gestión Clínica de Órgiva	Adrián Cardo
Málaga (AGS Norte de Málaga)	Médica de Familia	Marcos Castillo Jimena
Málaga (AGS Axarquía)	Técnico de educación para la salud Axarquía	Agustín Gómez Jiménez
Jaén (AGS norte de Jaén)	Enfermero Puede lunes	Raúl Dueñas
Jaén (AGS norte de Jaén)	Trabajador Social. Da formación activos Puede martes	Leopoldo Casa Mata
Almería (DS Almería)	Enfermero	Luciano Calatrava



GF 2

Córdoba	Médica de Familia	Victoria López Ruiz
Córdoba (DS Córdoba)	Técnica educación para la salud	Sonia González
Cádiz (AGS Norte de Cádiz	Trabajadora Social	Ana Rosa Listán
Cádiz (AGS Norte de Cádiz)	Enfermera Puede lunes	Patricia Gutiérrez Mellado
Sevilla (AGS Osuna)	Técnica educación para la salud	Remedios Aguilar
Sevilla (AGS Osuna)	Trabajadora social	Inmaculada Izquierdo Gallardo
Huelva (DS Huelva Costa)	Coordinadora de Cuidados. UGC Lepe	Nieves Moreno Miranda



Anexo 2: Guión de entrevista

Pregunta 1: ¿Cómo valoras la situación actual de la salud comunitaria en tu zona en sus tres niveles: individual, grupal y comunitario?

1. Empezamos por el nivel 1
2. Nivel 2
3. Nivel 3

En concreto, ¿Qué pensáis que funciona y qué puede mejorar en la actualidad respecto a los tres niveles de salud comunitaria?

Pregunta 2. En general, ¿pensáis que hay apoyo para hacer salud comunitaria desde AP?

1. Empezamos por el nivel 1
2. Nivel 2
3. Nivel 3

Pregunta 3: ¿Qué crees que puede aportar la estrategia de salud comunitaria que actualmente se está diseñando?

POR SI NO SALE:

¿Qué aportan los distintos perfiles profesionales en salud comunitaria?

¿Qué pueden aportar los directivos y cargos intermedios?