

# ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA LA POBLACIÓN SAHARAUI

De acuerdo con el Artículo 36 de la Constitución de la RASD, los ciudadanos y ciudadanas saharauis tiene derecho a la protección y a los cuidados de la salud.

La situación actual en los campamentos se viene condicionada por unos recursos sanitarios propios que inicialmente se basaban en la cooperación organizada entre sanitarios y mujeres de cada daira y que cubrían, desde el punto de vista de la prevención, las necesidades más básicas de la salud pública. La ayuda internacional a permitido cubrir algunas necesidades desde el punto de vista de la asistencia médica y de la creación de infraestructuras aceptables para la práctica sanitaria con una dotación de material e instrumental médico, así como de medicamentos, que puede considerarse como suficiente. La situación actual podría definirse de esta manera:

1. El mantenimiento indefinido de una situación que se consideraba como provisional ha dado lugar a una relajación en las actividades de prevención que tanto arraigo tenían en la población.
2. Por otra parte, la llegada al campamento de comisiones sanitarias de diferentes lugares de procedencia y sin coordinación eficaz ha dado lugar a que algunos sanitarios mejoren sus capacidades de atención pero en otros casos ha producido un efecto de desorientación y, a veces, abandono de sus funciones.
3. Cada vez es mayor la cantidad de saharauis titulados en medicina. Los que trabajan en el campamento lo hacen básicamente en los hospitales y sin una orientación clara ni una coordinación adecuada para el trabajo que desarrollan. Su trabajo en las dairas no se está haciendo de forma regular.

Existen por tanto unas condiciones en que sería conveniente hacer una reestructuración de la Atención Primaria, creando un trabajo básico en la daira, cercano a la población, mejorando el aspecto asistencial y recuperando el preventivo, potenciando la función de la mujer como agente de salud

Es el momento de plantearse la organización de un Sistema de Salud Saharaui basado en dos niveles: Atención Especializada  
Atención Primaria

Respecto a la Atención Especializada no parecen darse en la actualidad las condiciones necesarias como para plantearse la creación de un Servicio de Atención Especializada Saharaui autónoma. Hay algunos saharauis con especialidades médicas pero la creación de un Servicio de atención especializada precisará más tiempo y recursos

Pero la Atención Primaria si se encuentra en tal fase de maduración que, con la cooperación internacional, puede llegar a desarrollarse como un **Servicio de Salud Saharaui autónomo**.

La OMS en la conferencia de Alma-Ata definió la Atención Primaria como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”

La Atención Primaria representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema de Salud y lleva lo más cerca posible la atención integral de la salud al lugar donde residen.

Estamos acostumbrados a hablar de “Salud”, es un término que utilizamos con frecuencia; pero ante la necesidad de matizar o especificar su contenido surgen criterios dispares. La OMS definió la Salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste sólo en la ausencia de enfermedad”.

Así pues, la “salud positiva” podría decirse que es un sentido pleno de vigor físico y bienestar mental, para el que se mantiene una relación constructiva y completa con los demás en un ambiente agradable que promueve la longevidad y la felicidad.

También puede interpretarse el término “salud positiva”, al referirse a la persona, como un ajuste de equilibrio con el medio que la rodea y una adaptabilidad a diversas circunstancias externas que pueden influir en lo anterior.

Simplificando se podría decir que “la Salud es la perfecta y constante adaptación de una persona a su medio”

Basándose en lo anterior, la Atención Primaria se va a definir por los siguientes conceptos:

- **“integral”**: considera al ser humano desde las perspectivas física, psíquica y social
- **“integrada”**: interrelaciona la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y su tratamiento, rehabilitación y la reinserción social si se precisa
- **“continuada”**: en todas las etapas de la vida de las personas y en sus diferentes ámbitos (jaima, escuela,...)
- **“activa”**: el personal sanitario no van a ser simples receptores de la demanda por enfermedad sino que van a actuar activamente sobre toda la población sana.
- **“accesible”**: cada saharauí no tendrá dificultad para acceder a los servicios prestados ya que la mayoría se centrarán en la daira y siempre dentro de la wilaya.
- **“basada en el trabajo en equipo”**: se constituirán “equipos de salud” en cada wilaya, integrados por profesionales sanitarios o no sanitarios.
- **“comunitaria”**: proporciona atención a los problemas de salud colectivos y no sólo a los individuales
- **“participativa”** la comunidad participa activamente en la planificación, programación, puesta en marcha de las actividades y en su evaluación.
- **“programada”**: todas las actuaciones se basan en programas creados según las necesidades detectadas
- **“docente”** desarrolla actividades docentes de formación continuada para el personal sanitario y para la población
- **“evaluable”**: se establecen mecanismos de control y evaluación sobre todo el proceso (objetivos, metas, actividades, recursos).

## ATENCIÓN PRIMARIA SAHARAUI

La Atención Primaria Saharaui dispondrá de una Unidad Básica de Salud en cada daira y un Equipo de Atención Primaria en cada Wilaya

“UNIDAD BÁSICA DE SALUD DE LA DAIRA” (UBS), constituida por:

- un médico responsable de la daira (será el responsable de Atención ) y será el coordinador y máximo responsable de la UBS
- un sanitario responsable de la daira (será el responsable de Prevención)
- auxiliares de daira (cada una encargada de un programa de salud)
- responsables de los barrios que componen la daira
- matrona tradicional y de nueva formación
- agente promotor de salud especializado en Educación para la Salud
- agente de salud escolar
- representante de la Unión de Mujeres Saharaui (encargada de protección social de la daira)
- una persona encargada de trabajo administrativo (archivos, estadísticas...)
- otros profesionales si se precisa

### Funciones de la Unidad Básica de Salud (UBS)

La UBS está constituida por un grupo de personas, sanitarios o no, que tienen bajo su responsabilidad, de forma estable, la atención primaria de salud a la población de dicha daira. Es la que va a estar en contacto directo con la población, día a día.

Va a continuar realizando una función curativa, vigilando la resolución, lo más satisfactoria posible, de las enfermedades o problemas de salud con los que acuda la población demandando ayuda (**“actividad a demanda”**).

Pero, a su vez, se va a encargar de llevar a cabo los programas de salud que se planifiquen para los diferentes grupos de población, con las actividades correspondientes (**“actividad programada”**).

Periódicamente, de forma programada, el personal que compone la UBS realizará **“actividad sobre el terreno”** que consistirá en visitas a las jaimas de la población a su cargo (en principio de la población incluida en programas, pero también el resto de población) para conocer el medio en que viven, con las particularidades de cada cual y aconsejar, si es preciso, cambios higiénicos o de otro tipo.

Habrá trabajo epidemiológico (participando en el análisis de la situación de salud, registrando morbilidad de diferentes enfermedades, ...), habrá trabajo preventivo buscando en la población sana problemas que pueden detectarse antes de que se dé cuenta (o les dé importancia) la persona que lo padece, de forma que pueda evitarse la evolución de dicho problema o la producción de limitaciones permanentes (buscará personas con hipertensión arterial o diabetes antes de que sufran complicaciones, intentarán detectar algunos tipos de cáncer en fases precoces que permiten un tratamiento eficaz...), trabajará educando en salud a la población respecto a higiene de la salud ante diferentes situaciones (alimentación- nutrición, higiene alimentaria,...), para ello será lógico incorporar a las UBS las personas que componen la estructura saharauí, creada por Cruz Roja para Educación para la Salud, ya que hay una persona responsable de ello en cada daira; también buscará la mejora en la calidad de vida para las personas que han padecido algún problema de salud y que tiene posibilidades de mejora con un trabajo de rehabilitación.

Se intenta recuperar el papel de la mujer saharauí como agente de salud activo, como dinamizadora de las actividades de promoción de la salud que se lleven a cabo en el campamento, dándole una responsabilidad en el organigrama sanitario y un reconocimiento a su labor social. Será la puerta de entrada al Sistema sanitario siendo la responsable de la captación de personas sanas o enfermas para las diferentes actividades programadas. Parece conveniente que esta función la desarrollen las jefas de barrio.

Por otra parte se intenta que el médico actúe con más implicación en la daira sin menospreciar la función del sanitario que históricamente está avalado por su trabajo y por el reconocimiento social, en la mayoría de los casos

Esto supone otro tipo de organización en la daira. El trabajo de la UBS se realizará la mayor parte del tiempo en el consultorio de la daira; por tanto deberá existir, al menos: una consulta para el médico y otra para el sanitario; Médico y Sanitario deben trabajar de forma coordinada, pero respetando su individualidad, repartiendo el trabajo de la forma lógica.

Esto debe trabajarse en las etapas iniciales de constitución de los equipos y acordarlo por consenso desde el inicio y cada vez que surjan nuevos trabajos o actividades. No tiene porqué ser idéntico el reparto en todas las dairas, ya que las personas y las circunstancias son diferentes. En todo caso el médico será responsable de la formación técnica del equipo que constituye la UBS

Se incluye en las UBS a los agentes de salud escolares que son las personas que resuelven problemas de atención leves en la jornada escolar (heridas...) y que actuarán como nexo de unión entre la escuela y la UBS para actividades programadas.

Los consultorios de daira deberán tener luz, agua corriente y una dotación de material e instrumental básico, común a todos. Deberá vigilarse que la intimidad de la persona que acude sea respetada (sin presencia ni circulación de otras personas) y que la limpieza del local e instrumental sea rigurosa y diaria.

Lo anterior (respeto a la intimidad y limpieza) será responsabilidad de las auxiliares de daira. Además, las auxiliares de daira se incorporarán a los diferentes programas de salud y en ellos participarán vigilando la participación de la población en dichos programas (buscando, por ejemplo, las causas de las citas que no se cumplen), visitando enfermos en la jaima para control y valorar si precisan atención por parte de sanitario o médico...

Una dotación adecuada de los consultorios y la constancia del personal de la UBS en jornada diaria hace que no sea necesaria la existencia de un consultorio en la escuela que duplicaría las necesidades de material, instrumental y mantenimiento. Es suficiente un botiquín y un local limpio para poder realizar actividades de primeros auxilios por parte del agente de salud escolar

Los internados escolares pueden considerarse como dairas a efectos de organización y con una composición del equipo de la UBS adaptada a las condiciones

El equipo de la UBS tendrá jornada de mañana y tarde en el consultorio de la daira. La actividad se iniciará cada mañana con una reunión para determinar las actividades que

se llevarán a cabo durante la jornada. Durante la mañana se atenderá a las personas que acudan “a demanda” (por algún problema nuevo) y a las personas que acudan de “forma programada” (citados por estar incluidos en algún programa de salud). Las tardes deben reservarse para actividades de formación continuada dentro del equipo o para reuniones con el resto de la wilaya en el Hospital

La presencia de un sanitario y un médico diariamente en la daira va a reducir el número de personas que acudan al Hospital ya que las urgencias que se produzcan durante la jornada laboral se atenderán y, probablemente la mayoría, se resolverán en la daira

Cada consultorio de daira debe tener un sistema de telecomunicación con el Hospital de la Wilaya que funcione ininterrumpidamente, para urgencias u otras necesidades.

**“EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA WILAYA” (EAP)** Estará dirigido por el **Director de Salud de la Wilaya** que será asistido por un **Director de Prevención** y un **Director de Atención Médica** y estará constituido por una representación de :

- los médicos de cada daira
- los sanitarios de cada daira
- los médicos del hospital de la wilaya
- las enfermeras del hospital de la wilaya
- las auxiliares del hospital de la wilaya
- las auxiliares de daira
- las jefas de barrio
- las matronas
- veterinarios de la wilaya
- encargado de farmacia de la wilaya
- técnico de laboratorio de la wilaya
- técnico en radiología de la wilaya
- técnico en educación o pedagogía
- psicólogo o técnico en salud mental
- fisioterapeuta
- técnico en salud dental
- personas encargadas de trabajo social de la wilaya
- personal administrativo
- personas que practican tradicionalmente otros tipos de medicina
- representante de Salud Escolar de la wilaya
- representantes Unión Nacional de Mujeres
- directora de la escuela de minusválidos
- otros profesionales si se precisa

### **Funciones del EAP:**

**A) DE ATENCIÓN DIRECTA :** incluye acciones de prevención, promoción, cuidado y/o recuperación, rehabilitación y educación para la salud

1.- mediante acciones de **promoción y prevención** como:

- controles periódicos de salud a los grupos de riesgo de la población en todas las etapas de la vida (lactantes, destete, adolescencia, anciano...)
- control del embarazo, parto y puerperio
- orientación y planificación familiar

- control de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial...) o prevalentes
  - diagnóstico precoz de cáncer
  - higiene de la nutrición
  - higiene del ejercicio físico
  - utilización del ocio
  - control y vigilancia del agua de consumo, residuos...
  - control de la sanidad de los animales que pueden transmitir enfermedades
  - control e higiene de los alimentos
  - acciones contra factores de riesgo social (tabaco, alcohol, otras drogas...)
  - control y vigilancia de enfermedades transmisibles (vacunación,...)
  - desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica
- 2.- mediante acciones de **cuidado, recuperación y rehabilitación** de la salud tenderemos a recuperar la salud del individuo que enferma:
- atención médica tanto en el consultorio como en la jaima
  - atención del sanitario tanto en el consultorio como en la jaima
  - atención farmacológica, odontológica, ...
  - rehabilitación física, psíquica y social
- 3.- La **Educación para la Salud (EPS)** debe acompañar a todas las acciones en salud y no debe limitarse sólo a la adquisición de conocimientos, sino también (incluso de forma más prioritaria) a favorecer en la población el análisis de los factores que determinan la salud y sus problemas, y a facilitar a la población el desarrollo de hábitos y actitudes favorables hacia su salud individual y colectiva o al entrenamiento en habilidades capaces de modificar hábitos y actitudes negativas con respecto a la misma. La persona responsable de EPS de la wilaya coordinará el trabajo con las responsables de cada daira
- 4.- Coordinación con la Atención Secundaria prestada por el sistema público saharauí o con la que llevan a cabo tanto las comisiones internacionales que actúan en los campamentos, como los centros asistenciales a los que es derivada la población saharauí (Argelia, Europa...)

#### B) FUNCIÓN FORMATIVA:

En el EAP deben desarrollarse periódicamente actividades de formación continuada para reforzar los conocimientos de las personas que lo integran y para que éstas adquieran cada vez mayor capacidad para cumplir adecuadamente las funciones del EAP y adaptarse a los cambios que deban producirse a lo largo del tiempo

Las actividades de formación continuada pueden apoyarse en las comisiones que periódicamente intervienen en el campamento y en la dotación de material bibliográfico básico disponible en cada wilaya (suscripción revistas, libros, videos...)

Las escuelas de enfermería o de matronas deberán buscar con prioridad una formación lo más completa posible en las área de salud que trabajará el alumnado cuando se incorpore al trabajo en las dairas y el hospital (programas de salud).

#### C: FUNCIÓN INVESTIGADORA:

Es preciso que el EAP se esfuerce en organizar una actividad continuada de investigación centrada fundamentalmente en la detección y análisis de problemas de salud en el área clínico-epidemiológica

#### D: FUNCIÓN ADMINISTRATIVA:

- cumplir las normas o directrices establecidas por el Ministerio de Salud Pública, proporcionando de forma periódica, según se establezca, información sanitaria de la wilaya
- formular los Programas de Salud de la Wilaya
- colaborar técnica y administrativamente con otros EAP u otras instituciones sanitarias o sociales
- administrar y controlar adecuadamente los recursos asignados para el correcto funcionamiento del Centro de Salud
- facilitar y potenciar la participación de la población en la gestión del cuidado de su salud
- efectuar una auto-evaluación continua de la actividad y de la consecución de objetivos

El EAP se reunirá en el Centro de Salud (inicialmente los centros de salud se ubicarán en los Hospitales regionales). La periodicidad de las reuniones variará según las necesidades; probablemente convendrá hacerlo diariamente en las etapas iniciales. El trabajo en el Centro de Salud será por la tarde, para dedicar la mañana al trabajo en las dairas.

Habrán reuniones de tipo organizativo para discutir aquellos temas correspondientes al funcionamiento del equipo en la actividad de rutina o ante diferentes eventualidades. Otras reuniones serán de tipo formativo, en las que alguien del EAP o ajeno a él expondrá algún tema teórico o algún ejercicio práctico sobre aspectos relacionados con la Salud.

Es importante que exista una comunicación frecuente y fluida entre todas las personas que trabajan en la Salud de la Wilaya para que las experiencias y los conocimientos de unos sirvan a los otros y se potencie la colaboración y la discusión en temas tan complejos como los que intervienen en la salud de las poblaciones. Ésta es, sin duda, una de las principales ventajas del trabajo en atención Primaria basado en los EAP.

Dado que, sobre todo en estas fases iniciales, las reuniones de equipo en la wilaya o en la daira tienen gran importancia sería conveniente establecer unos mínimos básicos para todo tipo de reuniones (periodicidad, orden del día, registro escrito, turno de intervención, llegar a acuerdos, dejarlos por escrito....) y, si fuese posible recibir algún apoyo en dinámica de grupos, al menos para las personas que van a coordinar los equipos.

### HOSPITAL REGIONAL

Deberá tener unas u otras características según la wilaya (el de Dajla requiere más prestaciones que el de otras wilayas). El Hospital regional cumplirá las siguientes funciones:

- ingresos (ginecología, traumatología, quemados, infecciones respiratorias, deshidratación, infecciones que requieren aislamiento...)
- medios diagnósticos (Laboratorio, Radiología, Ecografía y Electrocardiograma)
- consultas externas de: odontología, oftalmología, salud mental y fisioterapia
- despacho de salud medioambiental (veterinario, técnico en aguas...)

La wilaya debe disponer de una ambulancia **de uso exclusivo** para el traslado de personas enfermas. Por otra parte debe existir un medio de transporte para los desplazamientos del personal sanitario dentro de la wilaya.

# **PLANIFICACIÓN**

Recordando las definiciones citadas anteriormente, a las que se podrían añadir otras muchas sobre “Salud” comprobamos que no son nada prácticas a la hora de planificar.

Es muy difícil medir de forma precisa los aspectos positivos de la salud, por el contrario los aspectos negativos (morbilidad, mortalidad...) son más fácilmente mensurables.

A la hora de hacer planificación en salud se deben seguir los siguientes pasos:

- identificación de problemas y necesidades de salud
- establecimiento de prioridades dentro de los problemas detectados
- elaboración de Programas de Salud
  - 1) definición clara de objetivos generales y específicos
  - 2) determinación de actividades para alcanzar dichos objetivos
  - 3) previsión de los recursos necesarios
  - 4) definición de objetivos operativos
  - 5) evaluación

En todos estos pasos deben participar plenamente los tres niveles implicados: las autoridades sanitarias, el personal que va a constituir los EAP (sanitarios, no sanitarios) y la población objeto de la Atención Primaria de Salud (autoridades civiles, grupos sociales –profesores, mujeres, ancianos...-). Con mayor o menor influencia todos los niveles deben participar en la elaboración de este plan de Salud en Atención primaria.

Es lógico que las propuestas de la población tengan más influencia en los primeros pasos (participar en la identificación de problemas, en el establecimiento de prioridades o incluso en el último, evaluación) y pesen menos a la hora de determinar actividades para alcanzar los objetivos o al definir los objetivos operativos, que son temas más técnicos.

Las autoridades sanitarias participarán en toda la planificación, pero si en las primeras fases su función será más facilitar o potenciar la participación de los otros niveles (población y EAP), en las últimas llevará la mayor parte del peso sin dejar de escuchar a los otros niveles.

Los EAP deberán trabajar en todas las etapas con el máximo esfuerzo pues una buena planificación, basada en un trabajo sólido, hará que el trabajo en Atención Primaria no sólo sea más eficiente sino que será a su vez un trabajo muy agradable y estimulante.

La Planificación de la Atención Primaria deberá organizarla el Ministerio de Salud Pública dentro de un Plan Nacional de Salud en el que deberá existir coordinación con otros ministerios ya que la Salud es dependiente de muchos factores “no sanitarios”.



## **IDENTIFICAR PROBLEMAS Y NECESIDADES EN SALUD**

Es el primer paso a dar en la planificación. Es la base del futuro Plan de Salud. Si no se hace una correcta identificación de los problemas y necesidades de salud existentes en la actualidad no se cumplirán los objetivos tan ampliamente como se desearía. Así pues, conviene extenderse un poco más en este punto.

Previamente conviene diferenciar bien los términos “problema” y “necesidad”. El problema se corresponde con un estado de salud considerado deficiente por el individuo, por el profesional sanitario o por la colectividad. La necesidad expresa la desviación o diferencia entre el estado óptimo definido de forma normativa y el estado actual o real.

Podría decirse que la necesidad representa lo que se requiere para solucionar el problema identificado; pero hay que tener en cuenta que es posible que existan necesidades en ausencia de problema: la futura madre o el recién nacido sin presentar problema en la actualidad, tienen necesidades en materia de prevención, promoción de la salud o protección del entorno (en este caso la necesidad sería lo que se precisa para mantener la salud en el estado actual).

Para el personal sanitario las necesidades en salud se derivan de la forma en que se define la salud y la enfermedad en la ciencia médica y de lo que ofrece la tecnología para el tratamiento o la prevención. Hay tendencia a formar personal sanitario más en la enfermedad que en la salud. La ciencia se preocupa más por la génesis de las diferentes enfermedades, su evolución natural, sus manifestaciones detectables y la manera de cómo se pueden prevenir, detener o invertir.

En cambio, la población receptora de los servicios de salud no tiene esa visión científica. En este caso, la Salud se ve más influenciada por creencias populares. En muchas ocasiones el mensaje científico sobre determinadas enfermedades no se comprende bien o se interpreta mal. La visión individual sobre la Salud suele estar orientada a las manifestaciones presentes, más que al futuro.

Existiendo estas discrepancias, en la mayoría de las poblaciones se suele tender a aceptar la estimación profesional como la más definitiva a la hora de planificar en salud. Esto da lugar a que en casi todas las poblaciones haya grandes reservas de necesidades latentes, **NO IDENTIFICADAS O NO RECONOCIDAS** y, por tanto, nunca satisfechas.

Cuando hablamos de las “necesidades no satisfechas” podemos referirnos a necesidades de salud o a necesidades ante algún tipo de enfermedad, o a la necesidad de crear servicios o modificar los actuales, o a la necesidad de dotación de recursos o a la necesidad de mejorar la calidad de algún tipo de prestación.

## **¿Cómo identificar problemas y necesidades?**

La identificación de problemas en salud tiene variadas técnicas, pero simplificando debemos hacerlo mediante un estudio que abarque los siguientes aspectos:

### **A) SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA:**

- información medioambiental (estado de aguas de abastecimiento, eliminación de residuos, higiene y conservación de alimentos...)
- información demográfica que es útil para conocer la estructura de la población, ya que se requieren diferentes actuaciones según edad y es necesario para previsión de las necesidades futuras

### **B) SITUACIÓN DE SALUD:**

- mortalidad (permite detectar necesidades y detectar grupos sociales con riesgo)
- esperanza de vida al nacer (hay quien prefiere “años potenciales de vida perdidos”, hallando la diferencia entre la edad de la muerte y la esperanza de vida)
- morbilidad detectada (encuestas, entrevistas, registros en centros sanitarios...)
- deficiencias y discapacidades
- indicadores positivos de salud; son menos frecuentes pero existen (estado vacunal, desarrollo pondero-estatural, cobertura de programas...)
- servicios de salud (número, funciones, condiciones de accesibilidad, utilización, calidad de la atención prestada....)

La identificación de problemas de salud debe ser una actividad permanente. No basta con un estudio en la fase inicial del Plan de Salud ya que, al cabo de un tiempo, es seguro que los problemas han cambiado de magnitud, algunos habrán sido resueltos y habrán aparecido otros nuevos.

Una vez detectados diferentes problemas es preciso iniciar una identificación de las causas de dichos problemas. Debe orientarse la búsqueda en torno al modelo de “los determinantes de la salud” (biología humana, hábitos de vida, entorno, organización de los cuidados)

De esta forma podemos acercarnos mejor al reconocimiento de las necesidades existentes referentes a los cuatro determinantes de la salud.

También es preciso identificar las consecuencias del problema lo cual nos permite valorar la magnitud de dicho problema. Dependerá del número de personas afectadas, el grupo de población afectado, el tiempo que tardan en producirse las consecuencias...

## **ESTABLECER PRIORIDAD ENTRE PROBLEMAS DETECTADOS**

Antes de decidirse a priorizar problemas debemos explorar la importancia del problema y las alternativas de intervención que tenemos respecto a ellos.

La importancia de los problemas podremos decidirla comparando entre ellos la **magnitud**, o sea, el número de personas afectadas por ese problema en la población general y la **severidad** del problema. Ésta puede medirse teniendo en cuenta la tasa de mortalidad que produce o la morbilidad o la discapacidad que ocasiona dicho problema.

Se trata de encontrar para cada problema en estudio cuáles son las soluciones eficaces y, entre éstas, cuáles son factibles.

Así en primer lugar valoraremos la **“eficacia”**. Serán eficaces aquellas intervenciones que, tras una evaluación, han demostrado ya su capacidad para solucionar el problema (en parte o en su totalidad) o para satisfacer la necesidad planteada.

También hay que tener en cuenta la **“factibilidad”** o sea: la capacidad de que esa operación resulte operativa en el contexto en que nos encontramos. Esta factibilidad debe plantearse en el aspecto legal, en el político, en el económico, en el organizacional, en el sociocultural y en el aspecto ético.

Teniendo en cuenta la importancia de los diferentes problemas o necesidades y de las capacidades de actuar eficazmente sobre ellos, se establece un orden de prioridades para la implantación de un programa. Existen diferentes métodos para determinar prioridades, uno sencillo es éste adaptado de Donabedian:

IMPORTANCIA	CAPACIDAD ACTUACIÓN	DECISIÓN
Considerable	Grande	Prioridad alta para implantación de programa
Considerable	Escasa	Prioridad alta para la investigación
Menos considerable	Grande	Prioridad menos alta para implantar programa
Menos considerable	Escasa	Prioridad menos alta para la investigación

## **PROGRAMAS DE SALUD**

Se define un programa de salud como el conjunto de actividades integradas de promoción, prevención y recuperación destinadas a grupos específicos de personas y al medio, que permiten lograr los objetivos y metas de salud previamente establecidos, en un plazo determinado

### **DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS DE UN PROGRAMA**

Una vez analizados problemas, necesidades y alternativas de actuación, tras priorizarlos decidimos a implantar un programa. Debemos definir los objetivos que se persiguen con este programa.

Habrà uno o varios **objetivos generales** expresados en mejora de salud (disminuir la mortalidad..., mejorar la calidad de vida...) Por cada objetivo general el programa se dividirá en otros tantos subprogramas. Por ejemplo en un programa de control de enfermedades cardiovasculares un objetivo puede ser controlar el tabaquismo y otro controlar la diabetes o la hipertensión arterial. Habría pues varios subprogramas dentro del programa de control de enfermedades cardiovasculares.

Dentro de cada objetivo general pueden establecerse varios **objetivos específicos**, de menor rango, que nos conducen al objetivo final. Se refieren eliminación de riesgos, adquisición de conocimientos, detección precoz...

### **DETERMINACIÓN DE ACTIVIDADES PARA LOGRAR ESOS OBJETIVOS**

En este apartado debe reflejarse con cronología detallada las diferentes actividades que se llevarán a cabo y debe plantearse como respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿qué se hará?
- ¿quién lo hará?
- ¿sobre qué población tendrá lugar la intervención?
- ¿cómo se harán las actividades?
- ¿dónde se realizarán?
- ¿con qué frecuencia se llevarán a cabo?

Entre las actividades del programa se incluirá la formación del personal que se va a responsabilizar de llevarlo a cabo.

### **PREVISIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS**

La previsión debe hacerse sobre las necesidades detectadas para llevar a cabo las acciones que propone el programa y se refieren a personal, equipamiento, espacio, tiempo,... Tanto en unos apartados como en otros a veces será preciso incorporar nuevos recursos y otras veces se solucionará con modificaciones de la estructura o de la organización ya existente.

## **DEFINICIÓN DE OBJETIVOS OPERATIVOS**

El objetivo operativo es el resultado buscado por el equipo de trabajo desde el punto de vista de la planificación. Habrá objetivos dirigidos hacia el usuario (acceso al servicio, uso del servicio, ...) otros irán dirigidos al personal sanitario (compensación adecuada, mantener eficiencia profesional...), a la colectividad ( distribución adecuada de recursos, igualdad e imparcialidad...)

La compensación adecuada a las personas que van a trabajar los programas de salud es importante para estimular su continuidad en el desarrollo de los programas ya que el inicio puede ser atractivo pero la continuación sin altibajos sería más difícil de mantenerse las condiciones actuales.

La gratificación que pueden recibir las personas que trabajen en el Plan de Salud puede considerarse una leve discriminación con respecto al resto de la población, teniendo en cuenta la enorme ganancia que va a recibir la población, en general, con la mejora en su calidad de vida.

## **EVALUACIÓN**

La evaluación de un programa de salud se hace sobre los resultados y sobre las actividades.

La **evaluación de resultados** se hace comparando los objetivos de salud planteados con los resultados obtenidos.

La **evaluación de las actividades** se hace midiendo la “cobertura” (el porcentaje de personas a las que ha alcanzado cada actividad del programa); el “cumplimiento” (proporción de participantes que permanecen en el programa y cumplen, de forma continuada, las actividades del mismo); la “idoneidad de los procedimientos” (el grado en que éstos se han desarrollado según la forma prevista);y la “satisfacción” ( estudia la naturaleza de la relación entre la población diana y el personal sanitario)

## **PROGRAMAS BÁSICOS DE SALUD**

En Atención Primaria de Salud se pueden considerar básicos los siguientes programas:

- A) Programa de Atención Materno-infantil
- B) Programa de Atención al Niño Sano de 0 a 3 años(en marcha)  
Programa de Atención al Niño Sano de 3 a 14 años
- C) Programa de Atención a Personas Adultas
  - Hipertensión Arterial
  - Diabetes
  - Hepatitis- VIH
  - Tuberculosis
  - Salud Mental
- D) Programa de Atención a personas Ancianas
- E) Programa de Atención al Medio Ambiente
- F) Uso racional de Medicamentos

Estos programas se deben ir completando poco a poco y su puesta en marcha irá definiendo los cambios convenientes. Posteriormente, una vez esté normalizado el trabajo en programas, se irán definiendo otros programas que se consideren prioritarios, según los análisis de situación que se vayan realizando desde las estructuras sanitarias.

Respecto a los REGISTROS a utilizar en atención Primaria habrá que hacer una valoración de los que se utilizan en la actualidad y crear los que se consideren necesarios para complementar una información necesaria para evaluar la situación de Salud y para evaluar el trabajo desarrollado por los equipos.

Parece conveniente que existan, al menos, los siguientes:

- Natalidad
- Morbilidad
- Mortalidad (materna, perinatal y general)
- Actividad en consulta (incluyendo demanda-programada)
- ....

También parece conveniente que cada persona disponga de una cartilla o carpeta de las siguientes:

- Cartilla de salud infantil
- Cartilla maternal
- Carpeta para personas adultas (esta podría ser una carpeta tamaño cuartilla, de plástico, en la que se puedan incluir unas hojas de registro para datos de filiación, antecedentes familiares y personales, listado de problemas de salud, hojas para registros específicos de determinados programas (controles de glucemia, controles de tensión arterial...)....
- Podía valorarse la utilización de un pequeño cuaderno familiar en el que se fuesen registrando las diversas incidencias en salud que se producen en cualquier miembro de la familia, lo que facilitaría una visión global de problemas familiares que pueden pasar inadvertidos con la utilización de registros individuales

## **COMISIONES SANITARIAS INTERNACIONALES**

Las comisiones sanitarias que cooperan con la población sahraui o las que lo harán en el futuro verán facilitado su trabajo y perderán parte del protagonismo que tienen en la actualidad, que se convertirá en ganancia de protagonismo por parte del sistema sanitario saharauí :

- **los proyectos se acoplarán a las necesidades reales** detectadas en la planificación de la salud para esta población.
- no tiene porqué darse la circunstancia de que dos comisiones cooperantes repitan el mismo trabajo. **Se sumará el trabajo, sin superponerse**
- será, con seguridad, **mayor la eficacia del trabajo** que realizan las comisiones cooperantes que, en la actualidad a veces, resulta dudosa; y podrá evaluarse
- nuestra actividad con las personas sahrauis que trabajan en la salud será más lógica, más organizada y no se sentirán en un segundo plano
- las **comisiones de especialidades** podrán recibir personas enfermas derivadas desde unos EAP, lo cual mejorará su rendimiento y accederán a ellas algunas personas que por el sistema actual no reciben esa asistencia
- .....

### **Bibliografía utilizada:**

“Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica” Avedis Donabedian

“Atención Primaria” A. Martín Zurro y J.F. Cano Pérez

“ La Planificación Sanitaria” Raynald Pineault y Carole Daveluy

“Guía de Funcionamiento del Equipo de Atención Primaria” Ministerio Sanidad 1985