

Reflexiones sobre «lo comunitario» en nuestro sistema sanitario

El marco de referencia teórico en el que nos ubicamos es el establecido en la Estrategia de Promoción de la Salud (PS) de la OMS¹. Tras la Conferencia de Alma Ata (1978), en la que se definió dicha estrategia, en la 51.^a Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, celebrada en mayo de 1998, se acuerda la «Política de Salud para Todos para el siglo XXI»², en la que se establece como objetivo principal conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud. Para su consecución, se han formulado: estrategias multisectoriales frente a los determinantes de salud; programas dirigidos al desarrollo de la salud y de la atención sanitaria; atención primaria orientada a la comunidad y a la familia, todas ellas con un carácter integrado, así como con la existencia de un sistema hospitalario flexible y, por último, potenciar el desarrollo comunitario de carácter participativo que implique a los agentes relevantes en materia de salud en el hogar, los centros educativos y el trabajo, así como en los ámbitos comunitario y nacional, que promueva tanto la toma de decisiones como la aplicación y la responsabilidad conjunta. La participación comunitaria, componente esencial en dicha estrategia³, es un medio e instrumento necesario para el abordaje de los problemas de salud en una concepción biopsicosocial y ecológica del proceso salud/enfermedad. La promoción de la salud se describe como un *proceso*, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de la persona para emprender una acción, así como la capacidad de los grupos o comunidades para actuar colectivamente con el fin de *ejercer control sobre los determinantes de la salud*: conductas individuales orientadas a la salud y uso de los servicios sanitarios, condiciones sociales, económicas y del entorno, así como la prestación de servicios sanitarios.

Los elementos clave para una promoción de salud eficaz relacionados con la salud son la existencia de una *agenda política* que favorezca la existencia de entornos que faciliten en los ciudadanos la toma de decisiones saludables, así como la elaboración y desarrollo de normas legislativas que apoyen profesional y socialmente tal posibilidad y un proceso activo de *capacitación de grupos, agentes y personas de la comunidad*.

Por último, señalemos que, según la IUHPE⁴, existe evidencia científica suficiente para afirmar que esta estrategia

contribuye a la mejora de la salud y la prevención de enfermedades tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo.

¿Cuál es la situación en España? Si bien se han dado pasos indudables en la reorientación del sistema sanitario español, como la Ley de Sanidad de 1986, la reforma de la atención primaria de 1984, la creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria y los nuevos currículos del personal de enfermería, entre otros, no son sin embargo suficientes ni acordes con las líneas previamente establecidas y los compromisos adquiridos con la estrategia de la PS. Potenciar el desarrollo comunitario a través de la intervención y participación es una característica reconocida, pero debatida, controvertida y escasamente desarrollada.

Antes que nada, cabe señalar que en nuestro país hay un amplio proceso de implicación y participación ciudadana en los temas de la salud, comenzando por el ámbito más personal de cuidarse y cuidar el entorno familiar y social, como en las intervenciones más sociales y políticas que se dan en los diversos territorios y ámbitos de decisión. Este amplio campo, poco investigado, tiene escaso reconocimiento social y profesional.

Nos centraremos en lo realizado en atención primaria desde los servicios sanitarios, sin pretender abarcar la totalidad de lo que engloba la participación y el desarrollo comunitario. De forma inicial, comentamos que los instrumentos y actividades comunitarias de promoción de la salud introducidos en nuestro sistema sanitario⁵ han sido diversos y voluntariosos, y conocidos sólo en parte. A este respecto, existe en la actualidad una iniciativa investigadora para analizar la situación del enfoque comunitario en nuestro sistema sanitario, planteada por grupos de investigadores de 9 comunidades autónomas relacionados con el PACAP y la FAECAP, que nos permitirá tener una visión más rigurosa de la realidad para poder así plantearnos líneas de actuación. A modo de resumen, en la tabla 1 se tipifican algunos de los instrumentos y actividades.

De forma más cercana, para identificar claramente la situación de «lo comunitario», debemos preguntarnos, aplicando un análisis DAFO: ¿cuáles son las amenazas y oportunidades del entorno y cuáles las fortalezas y debilidades internas de nuestra organización más importantes que encontramos para desarrollar tal enfoque? (tablas 2 y 3). Veamos.

TABLA 1 Instrumentos de promoción de salud y actividades comunitarias desarrolladas en nuestro Sistema Sanitario

1. Educación para la salud
Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria, que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales y sociales que conduzcan a la mejora de la salud
Se realizan mediante consejo y asesoramiento, la EPS individual y la grupal y/o colectiva
La EPS con grupos es una de las actividades comunitarias más introducidas en el conjunto del sistema sanitario. Se trabajan comportamientos y estilos de vida, crisis psicosociales en etapas vulnerables, el cuidado en las enfermedades crónicas y el desarrollo comunitario en salud
2. Medios de comunicación social e información
Elaboración y utilización de información (folletos, carteles, murales, cómics, grabaciones, calendarios, etc.)
Participación en los medios de comunicación (prensa, radio, TV, internet), especialmente de carácter local
3. Acción social en salud
Proceso por el cual los grupos, los agentes y las personas implicados en la promoción de la salud trabajan en la identificación y mejora de aquellos aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política relacionados
Propician el contexto comunitario y promueven el desarrollo comunitario, la modificación de normas sociales y el trabajo cooperativo en redes, alianzas y plataformas con asociaciones y grupos de distintos tipos
Tiene su propia dinámica y el protagonismo es de la comunidad. Los servicios sanitarios contactan con ellos, colaboran, apoyan, solicitan colaboración y asesoran
Hay diversas actividades, como contactos con diversos tipos de asociaciones, organizaciones y redes sociales, líderes y agentes comunitarios en salud, relaciones con otros sectores sociales y apoyo a los grupos de ayuda mutua
4. Procesos y planes comunitarios
Su finalidad es promocionar el desarrollo comunitario integral de la comunidad con la participación necesaria de los 3 protagonistas clave: la población, los profesionales y técnicos de los servicios comunitarios y las administraciones
5. Reorientación de los servicios sanitarios
Programas integrales de salud con enfoque promotor. Atención al niño, la mujer y los ancianos. Inclusión en la cartera de servicios
Acciones intersectoriales con procesos de coordinación
Programas de mejora de calidad de los servicios con participación comunitaria
Comisiones de participación
Formación profesional en PS, EPS, intervención comunitaria
Órganos de participación comunitaria, como consejos de dirección de servicio regional y área, consejos de salud de zona, etc.

EPS: educación para la salud; PS: promoción de la salud.

En primer lugar, se debe señalar que las oportunidades que nos ofrece el «entorno» son importantes y, en especial, destacamos el marco legal vigente del Estado y las comunidades autónomas; los compromisos adquiridos con la estrategia de PS de la OMS; el reconocimiento progresivo del

modelo biopsicosocial en la formación de los profesionales y, en la práctica, de los servicios sanitarios; la mayor conciencia social, y las consecuencias que las transiciones sanitarias, tanto demográficas como epidemiológicas, educativas y tecnologías, tienen en el modelo de atención a la salud.

Pero también las «amenazas» son importantes: por un lado, en el ámbito político, las políticas neoliberales, con el deterioro de lo público, la hegemonía del mercado y el valor dado al consumismo; por otro, las limitaciones para la participación comunitaria en el modelo de nuestra democracia, el poder y los intereses de sus partícipes y el escaso peso real dado a la PS.

En el ámbito institucional, cabe señalar la multiplicidad de administraciones y servicios, la prepotencia y el protagonismo hegemónico de las instituciones y la escasa cultura de la intersectorialidad y coordinación. En el sector sanitario, las limitaciones y problemas actuales del modelo de atención primaria implantado, ampliamente descrito por sectores profesionales y ciudadanos, que le han ido apartando del papel central que debiera tener en el Sistema Nacional de Salud. Un indicador significativo es la mínima dotación presupuestaria dedicada a estos temas y el escaso contenido en prestaciones, actividades y/o servicios en la Cartera de Servicios con un enfoque promotor de la salud como es la educación para la salud individual, grupal y comunitaria.

Por último, en el ámbito social, la dificultad de delimitación de la «comunidad» y su complejidad, la amplia fragmentación y disparidad de organizaciones y el proceso de desmovilización social, así como la deficiente capacitación y empoderamiento.

En lo que respecta al ámbito más «interno» de la organización, las fortalezas las situamos principalmente en lo que supone de enriquecimiento, mayor competencia y satisfacción profesional obtenidos al aplicar este enfoque en la dinámica de equipo multidisciplinario y en la incorporación de actividades de PS y actividad comunitaria y su formación, en los programas de actuación del equipo de atención primaria. Pero también lo es el proceso de *inserción* en la «comunidad», con el conocimiento de sus necesidades, el fichero de recursos sociales y comunitarios y el sistema de relaciones.

En contraposición, las debilidades más importantes son, en el ámbito profesional, la hegemonía del modelo biomédico en los centros de salud, la deficiente capacitación en dinámicas grupales, educación para la salud, promoción, participación comunitaria y coordinación, así como los miedos y resistencias relacionadas con la revisión del rol profesional y la pérdida de poder y protagonismo, así como las pocas experiencias de investigación y publicaciones científicas.

En el ámbito organizativo, encontramos la sobrecarga de trabajo y masificación de los servicios, la rigidez en la gestión de tiempos, realización y distribución de tareas y en las dinámicas de los equipos. Y también el desconocimiento de las necesidades y recursos de la comunidad, la falta de articulación de mecanismos de escucha y las deficiencias

del sistema de registro de actividades comunitarias y programas de salud con enfoque promotor.

Para concluir, creemos que estamos en un momento crucial para avanzar en este enfoque comunitario en el que los protagonistas deben asumir sus responsabilidades y tareas:

1. Las distintas administraciones y poderes públicos deben reforzar su agenda política sobre esta temática, con un mayor compromiso explícito que incluya el desarrollo legislativo, normativo y presupuestario; la ampliación de las acciones intersectoriales; la incorporación en la lista de prestaciones y de la cartera de servicios realizados por el Sistema Nacional de Salud, y el apoyo institucional explícito al desarrollo comunitario y la capacitación de todos los agentes.

2. Los profesionales y técnicos de los servicios implicados deben fortalecer su conciencia y compromiso con la PS y la intervención comunitaria. Para ello se cuenta con los programas establecidos por diversas sociedades científicas que apoyan este enfoque. En especial, queremos referirnos al Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP) de la semFYC⁶ y a la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria en Atención Primaria (FAE-CAP). Mención especial merecen las recomendaciones sobre cómo iniciar una intervención comunitaria⁷, propuesta por el PACAP.

Para que el equipo de atención primaria desarrolle la participación comunitaria, es clave mantenerse informado y

buscar la implicación y compromiso. Es necesario crear espacios para mantener informada a la Administración;

TABLA 2
Entorno: amenazas y oportunidades

Amenazas	Oportunidades
Ámbito político - Neoliberalismo - Hegemonía del mercado - Consumismo como valor - Democracia delegada - Distribución del poder en los agentes intervinientes - Poco compromiso con la Estrategia de Promoción de la Salud - Escasa asignación presupuestaria al sector y su distribución Ámbito institucional - Multiplicidad de administraciones y servicios - Prepotencia y protagonismo hegemónico de las instituciones - Jerarquización excesiva - Modelo gerencialista de gestión de los servicios - Información limitada y falta de transparencia - Escasa cultura y metodología de coordinación intersectorial Ámbito social - Fragmentación social - Desmovilización social - imitada capacitación en habilidades comunitarias (empoderamiento) Diversidad y complejidad de la «comunidad»	Marco legal vigente - Constitución Española de 1978 - Ley General de Sanidad de 1986 - Leyes de los Servicios Regionales de las comunidades autónomas - Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 2003 - Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente Estrategia de PS de la OMS para el siglo XXI - La reorientación de los servicios sanitarios hacia modelos más integrados y, en especial, la reforma de atención primaria y el modelo de equipo de atención primaria Actualización en la formación de los profesionales de las ciencias de la salud. Nuevos currículos de medicina y enfermería. Especialidades vía MIR. - Planes de formación continuada Conciencia política y social sobre la participación y el apoyo a los sistemas sanitarios públicos - Necesidad de reformas democráticas hacia modelos más participativos Las transiciones sanitarias que obligan a cambios en el modelo de atención - Demográfica - Epidemiológica - Educativa - Tecnológica - Económica - Política y de derechos

TABLA 3
Fortalezas y debilidades «internas» a la organización

Fortalezas	Debilidades
En el ámbito profesional - Mayor competencia profesional - Satisfacción y enriquecimiento - Integralidad - Redes de actividad comunitaria - Programas sociedades científicas En el ámbito organizativo - Estructura de los centros - Equipos de atención primaria multidisciplinares - Incorporación al PAS del centro - Autoformación continuada - Capacidad de autogestión - Proceso interno Apoyo institucional - Incentivación - Cartera servicios - Formación con recursos - Asesoramiento metodológico - Inserción en la «comunidad» - Accesibilidad - Conocimiento - Fichero recursos - Sistema de relaciones - Acciones conjuntas	- Hegemonía del modelo biomédico - Deficiente formación y escaso desarrollo de investigación y publicaciones - Desmotivación - Miedos y resistencias - Revisión rol profesional - Pérdida de poder - Cuestionamiento capacidad - Inseguridad - Falta de recursos - Invasión de la comunidad - Organización del centro de salud - Rigideces en la gestión y distribución de tareas - Limitaciones al trabajo multidisciplinario - Masificación de los servicios - Prioridades - Excesiva mirada interna - Deficiencia en el sistema de registro - Ausencias de espacios de reflexión y encuentro - Lejanía respecto a la comunidad - Ausencia de diagnóstico - Falta de instrumentos de encuentro y escucha - Falta de fichero y de relaciones externas - Deficiencias metodológicas

asimismo se debe proporcionar formación y/o asesoramiento en los enfoques y planteamientos metodológicos más adecuados para favorecer procesos de participación comunitaria, elaborar un fichero de recursos y de líderes formales e informales de la comunidad, conocer los servicios y profesionales de las distintas instituciones presentes en la zona básica de salud, dedicar recursos materiales y personales para estas tareas y plantear programas de intervención conjuntos (intersectoriales) aprovechando los diferentes recursos. En relación con los ciudadanos, se deben incorporar sus opiniones, integrarlos en los diferentes ámbitos de decisión —planificación, ejecución, seguimiento/mantenimiento—, prever el coste de la necesaria relación, ordenar la organización del tiempo profesional, proveerse y actualizarse en las nuevas tecnologías, desarrollar y potenciar el marketing social y, en consecuencia, dejar de *estar* en la comunidad, para pasar a *ser* comunidad.

3. Para finalizar, la población debe asumir mayor conciencia social sobre su responsabilidad individual y colectiva en la salud, en el control de los servicios sanitarios, aumentar su capacitación y desarrollo de habilidades personales y sociales para incidir en los cambios de los determinantes, exigir el cumplimiento legislativo y la creación de instrumen-

tos de participación comunitaria con capacidad en la toma de decisiones y potenciar su autonomía y organización.

Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar^a
y Julia Domínguez Bidagor^b

^aCentro de Salud Vicente Soldevilla. Área 1. Atención Primaria. Madrid. España. ^bUnidad de Calidad. Área 11. Atención Primaria. Madrid. España. Co-responsables del Grupo PACAP de Madrid de la SMMFYC.

Bibliografía

1. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra: OMS; 1981.
2. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra: OMS; 1986
3. Conferencia de Yakarta sobre promoción de la salud, conceptos y principios. Ginebra: OMS; 1991.
4. IUHPE. La evidencia de la eficacia de la promoción de salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo; 2000.
5. Pérez Jarauta MJ, Echauri M. Instrumentos de promoción de salud. *Dimensión Humana*. 1998;5:35-44.
6. Programa de Actividades Comunitaria en Atención Primaria (PACAP). semFYC; 2006. Disponible en: www.pacap.net
7. Primeras recomendaciones del PACAP: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? 2.ª ed. Madrid: Ed. semFYC e Instituto de Salud Pública de Madrid; 2004.