

Programas de salud comunitaria alrededor del mundo

Ante los nuevos retos al actual sistema de salud, la salud comunitaria surge como una propuesta que está de nuevo en auge, tanto en España como en otros países desarrollados. El envejecimiento de la población con más enfermedades crónicas, la aparición de población inmigrante con determinadas diferencias culturales y los nuevos hábitos de vida poco saludables en poblaciones jóvenes son algunos de los cambios ante los cuales el sistema actual no da abasto. Los médicos de familia y comunitaria somos conscientes de que los motivos de consulta de los pacientes son cada vez más de origen psicológico y social. Por otra parte, la literatura epidemiológica nos muestra que desde la consulta nuestro impacto en la salud de la gente es relativamente pequeño comparado con otros factores, como las condiciones socioeconómicas y políticas, el medio ambiente, el apoyo social o la planificación urbana. En este contexto, la salud comunitaria se presenta como una posible vía para abordar los problemas de hoy en día de los pacientes que atendemos. En este artículo, por salud comunitaria entendemos los proyectos dirigidos a la promoción de salud desde los centros de salud, como parte de proyectos a largo plazo que cuentan con la colaboración de otros servicios, así como de la participación activa de personas del barrio.

Desde Alma Ata en 1978, la OMS ha hecho en numerosas ocasiones un llamamiento hacia la orientación comunitaria desde la atención primaria, como en la Carta de Ottawa en 1986, la Declaración de Jarkarta de 1997 y la Declaración de Bangkok en 2005. En 2004 el Healthy People Curriculum Task Force de Estados Unidos estableció un currículum en prevención clínica y salud poblacional (que incluye un componente importante de salud comunitaria) para todos los profesionales sanitarios del país, desde dentistas hasta fisioterapeutas o médicos¹. Es evidente que la formación en salud comunitaria tendría poca relevancia si no estuviera reflejada en la práctica diaria de los profesionales.

Aunque existen ejemplos de modelos interesantes en muchos países, hasta la fecha no se han implantado programas de salud comunitaria nacionales en ninguno de ellos. En Inglaterra se ha intentado relegar la responsabilidad de la salud de las poblaciones a los denominados «Primary Care Trusts», que son entidades gestionadas por médicos generales, quienes asumen la responsabilidad —y el riesgo— de la salud de una población determinada, tanto en aspectos de prevención, protección y promoción como asistenciales. Dado que la remuneración se basa en un sistema

capitativo, este sistema ha facilitado la orientación hacia la prevención y promoción de salud local². En Francia y Bélgica, así como en muchos otros países europeos, existen sistemas de salud donde los médicos suelen visitar «por libre», condiciones que favorecen una orientación curativa y asistencial. Sin embargo, en Bélgica existen las llamadas *maisons médicales*; se trata de centros comunitarios (unos 43 en todo el país) ubicados en barrios marginales con mucha inmigración, donde se ofrecen servicios sanitarios, sociales, mentales y de salud pública bajo el mismo techo, gestionados de forma participativa con ciudadanos del barrio. En Francia hay más de 1.400 centros de salud que brindan actividades preventivas y de promoción de salud para las personas que viven en su entorno³.

En los países nórdicos la fuerte tendencia a la descentralización política ha ido acompañada de una orientación participativa de los ciudadanos en la gestión de los servicios sanitarios. En Finlandia, muchos municipios han fusionado la gestión de los servicios sociales con la de los sanitarios. En Dinamarca existen consejos con representación de la comunidad, que son responsables de los servicios sociosanitarios, incluida la salud pública. Recientemente se han creado «consejos para las personas mayores» compuestos por representantes de la ciudadanía, elegidos cada 4 años³. Estados Unidos tiene una tradición en centros de salud comunitaria desde los años sesenta. Estos centros normalmente se ubican en barrios marginales y brindan atención primaria y servicios sociales a personas con bajos recursos económicos. Por normativa son dirigidos por un consejo comunitario, compuesto por representantes de las entidades y servicios del barrio; a menudo, los proveedores realizan actividades fuera del centro, como consultas en la escuela, charlas en el local del anciano, actividades en la calle, y en algunos casos hacen proyectos más elaborados con metodología APOC (atención primaria orientada en la comunidad)⁴.

En América Latina se ha experimentado con diversos modelos de salud comunitaria. Brasil creó el «sistema único de salud» en 1988 en el que se fusionó la gestión de los servicios médicos con la de la salud pública, y se implantaron consejos de salud municipales, provinciales y nacionales con poder de decisión, y compuestos en un 50% por ciudadanos. Se crearon equipos de salud familiar en cada barrio que cuenta con educadores sociales y agentes comunitarios, además de médicos y enfermeras⁵. En Córdoba, Argentina, se está desarrollando programas con Equipos Interdiscipli-

narios de Salud Familiar. Utilizando técnicas de investigación participativa con la población, se analiza un área local: se priorizan los problemas, se programan intervenciones en el ámbito comunitario y se lleva adelante una evaluación continua. Con esta técnica, llamada Programación Local Participativa (PLP), se ha logrado controlar la desnutrición y disminuir las cifras de mortalidad infantil en su territorio, en 3 años⁶. En Cuba se forma a los médicos para hacer el análisis de la salud de la comunidad, y se incluye esta información en los planes de actuación de su barrio, con amplia participación comunitaria⁷.

En África, la pareja Kark y su equipo trasladaron su experiencia en Sudáfrica a una población desfavorecida de Jerusalén. En ella, montaron un programa de APOC que, a lo largo de sus 30 años de desarrollo, consiguió disminuir el bajo peso de niños al nacer, la concentración de plomo en sangre, así como importantes cambios en los hábitos de vida, particularmente los relacionados con enfermedades cardiovasculares⁸.

En muchas partes del mundo se dispone de trabajadores comunitarios, o promotores de salud, que son personas no profesionales que reciben una formación de corta duración en temas de promoción de salud y prevención de enfermedades. Esta figura es imprescindible en áreas con importantes necesidades donde no hay suficientes profesionales sanitarios. Un ejemplo de ello son los «médicos descalzos» en China o los trabajadores comunitarios de Uganda, que imparten educación sobre el uso de condones y las prácticas de sexo seguro para evitar la transmisión del sida. Estos promotores de salud pueden ser útiles también en países desarrollados, especialmente en comunidades de «recién llegados» o marginales. En Nuevo México, Estados Unidos, existe la experiencia de un programa de «doulas», acompañantes de mujeres de la comunidad vietnamita en Albuquerque durante el embarazo y el parto.

En España la semFYC ha desarrollado el Programa de Actividades Comunitarias en la Atención Primaria (PACAP) desde 1995. Actualmente cuenta con 342 actividades comunitarias relacionadas con los centros de salud en todo el territorio español. Estos proyectos utilizan una gran diversidad de metodologías, pero entre las más reconocidas destacan las que han desarrollado fuertes relaciones con la comunidad donde están ubicadas, y las que realizan actividades conjuntas con otros sectores, especialmente con las escuelas y los servicios sociales.

El sistema sanitario español tiene unas características especialmente favorecedoras para el desarrollo de proyectos en salud comunitaria. Entre ellas podemos destacar el hecho de que el acceso a los servicios de atención primaria de salud (APS) es universal y gratuito. Además, los servicios de APS están organizados en equipos multidisciplinarios que tienen una población asignada con base territorial y, por ley, dichos equipos comparten con los municipios la responsabilidad de hacer promoción de salud entre su población. Sin embargo, la generalización de las actividades comunitarias

en todo el país no se ha producido. En relación con la administración, ha faltado apoyo en forma de incentivos, reconocimiento profesional y horas laborales para realizar las tareas. Los ciudadanos han contado con pocos canales de participación en el sector sanitario, y cuando los ha habido, aquéllos, carentes de una previa sensibilización, se han limitado a centrar sus esfuerzos en el aumento de los servicios asistenciales. En el ámbito profesional ha faltado formación, experiencia y apoyo técnico⁹. Además, muchos profesionales, sobre todo médicos, no están suficientemente convencidos del valor y la efectividad de la salud comunitaria, a pesar de que existe una creciente evidencia de la efectividad de muchas intervenciones comunitarias¹⁰. No obstante, también es cierto que muchos de los resultados del trabajo en la salud comunitaria son difíciles de medir con métodos tipo control-ensayo. Existe una clara necesidad de desarrollar otras metodologías cualitativas, participativas, incluso cuantitativas que permitan ver los impactos de las intervenciones comunitarias al nivel de fomentar las redes sociales, crear nuevos espacios de trabajo para los profesionales y aumentar la capacidad comunitaria.

Actualmente, en varias regiones autonómicas, como Extremadura o Cataluña, han surgido iniciativas para que la salud comunitaria forme parte de la cartera de servicios. Para que éstas tengan éxito sería importante que cuenten con el suficiente apoyo, recursos y voluntad política para no representar una carga extra en los profesionales, ya sobrecargados, de atención primaria. Con estos elementos a favor, España podría ser un país pionero en el desarrollo de un modelo de salud comunitaria que permita afrontar los retos principales de salud del siglo XXI.

Frederick Miller

Secretario científico del Programa de Actividades Comunitarias en la Atención Primaria (PACAP) de la semFYC.

Bibliografía

1. Allan J, Barwick TA, Cashman S, Cawley JF, Day C, Douglass CW, Evans CH, et al. Clinical prevention and population health: curriculum framework for health professions. *Am J Prev Med*. 2004;27:471-6.
2. Fotaki M. Can directors of public health implement the new public health agenda in primary care? A case study of Primary Care Trusts in the North West of England. *Policy & Politics*. 2007;35:311-35.
3. Casado V. De paseo por los países desarrollados con la salud comunitaria. Comunidad. Publicación periódica del PACAP. N.º 2. semFYC; 1999.
4. Geiger HJ. Community-oriented primary care: a path to community development. *Am J Public Health*. 2002;92:1713-6.
5. Mehry E. Salud Colectiva. Universidad de São Paulo [comunicación personal]. Julio, 2007.
6. Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L, Javier Olivero F. Docencia e investigación en atención primaria orientada a la comunidad: la experiencia de dos residentes españoles en Argentina. *Aten Primaria*. 2006;37:514-6.

7. Gonzalez Escalente AL. Análisis de la situación de salud de la comunidad, su importancia como actividad docente en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Educ Med Super.* 2006;20(2).
8. Epstein L, Gofin J, Gofin R, Neumark Y. The Jerusalem experience: three decades of service, research and training in community oriented primary care. *Am J Public Health.* 2002;92: 1717-20.
9. López Santiago A. Una oportunidad para mejorar la Atención Primaria. Comunidad. Publicación periódica del PACAP. N.º 7. semFYC; 2004.
10. Cofiño Fernández, R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria.* 2005;35:478-83.