

Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria

La salud comunitaria

El objeto principal de los sistemas sanitarios es, en teoría, la salud de la comunidad. Sin embargo, todavía es más bien un deseo que una prioridad estratégica real. Muchos han sido los intentos para trasladar a la práctica cotidiana una orientación comunitaria de las políticas sanitarias, entre los que cabe destacar la iniciativa de la OMS «Actuando Unidos Para la Salud (AUPA)»¹ —Towards Unity for Health (TUFH), en la versión original—, que en la actualidad se ha integrado en el seno de la red de instituciones cívicas y educativas Network/Tufh². Precisamente, la salud comunitaria es uno de los ejes estratégicos del Plan de Innovación de la Atención Primaria y la Salud Comunitaria que se está impulsando desde la Consejería de Salud de la Generalitat de Catalunya³.

El término «salud comunitaria» implica que la salud del grupo es, en primer lugar, algo más que la salud de las personas que lo componen y, además, que la comunidad puede ser generadora de salud y enfermedad. O, para decirlo mejor, que hay factores de carácter comunitario que son benéficos o perjudiciales para la salud.

Haciendo un paralelismo con la concepción de salud de René Dubos, la salud comunitaria sería la capacidad de adaptación positiva a los cambios del entorno en el ámbito colectivo. Las redes formales e informales que existen en la comunidad, sus normas y aspectos culturales, sus instituciones, las políticas que se le aplican, sus creencias, etc., todos ellos son elementos determinantes del grado de salud de la comunidad.

Comunidad implica la existencia de un conjunto de personas con intereses compartidos. En nuestro sistema sanitario, prácticamente universal y organizado sobre la base territorial, la población residente en una zona básica de salud suele ser considerada como la «comunidad» a la que el sistema sanitario debe contribuir a procurar un buen estado de salud. Ésta es una simplificación operativa puesto que en una misma zona básica pueden coexistir distintas comunidades, incluso con intereses distintos.

Por otro lado, el extraordinario desarrollo de los sistemas sanitarios en los países ricos, como es el caso de la España actual, supone que se requieren grandes esfuerzos asistenciales para conseguir pequeñas mejoras de la salud, de donde parece más adecuada una estrategia específicamente dirigida a mejorar los determinantes positivos de la salud.

En la figura 1 se presentan los factores incluidos en el modelo propuesto por Dahlgren y Whitehead sobre los determinantes de la salud, modificado según se presenta en el informe anual de la salud de Barcelona⁴. La salud depende de factores individuales no modificables, como la edad y el sexo, y factores constitucionales, pero también de otros determinantes, algunos individuales y otros de entorno, todos ellos modificables. La intervención para la mejora de la salud comunitaria pasará, pues, por una modificación favorable de los determinantes negativos de enfermedad y por la potenciación de los determinantes positivos de buena salud.

¿Qué se puede hacer desde el sistema sanitario?

Si nos fijamos en cualquiera de los modelos teóricos de determinantes de salud, la capacidad de acción del sistema sanitario sólo es limitada. Importante, sí, pero limitada. Necesaria, sí, pero no suficiente. La Carta de Ottawa, en 1986, ya nos decía que el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones necesarias para la salud. La promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de

1. Condiciones políticas, socioeconómicas, culturales, medioambientales
2. Agricultura, producción de alimentos
Educación
Medio laboral
Condiciones de vida y trabajo
Desempleo
Agua e higiene
Servicios sanitarios
Vivienda
3. Redes sociales y comunitarias
4. Estilos de vida individuales
5. Edad, sexo, factores constitucionales

FIGURA 1

Factores incorporados al modelo de los determinantes de la salud (de *La salud en Barcelona*, 2005; modificado de Dahlgren y Whitehead)⁴.

comunicación. Las gentes de todos los medios sociales deben estar involucradas como individuos, familias y comunidades⁵.

Desde el propio sistema sanitario son los profesionales de la salud pública y los profesionales de la atención primaria de salud quienes, debido a su situación y sus responsabilidades y funciones, más pueden hacer para la mejora de la salud de la comunidad. Pero sin olvidar que este objetivo no se podrá alcanzar sin contar con intervenciones, políticas y acciones, en ámbitos ajenos al sistema sanitario pero de gran impacto en la salud (p. ej., políticas de empleo, vivienda, intervenciones que faciliten la creación de red social, intervenciones para la mejora de la calidad de vida, etc.).

Además, los campos de acción de la salud pública y de la atención primaria no son excluyentes y, tal como afirman Gervas et al⁶, sus fronteras son, en muchas ocasiones, artificiales. Precisamente en el ámbito de la salud comunitaria confluyen ambos. La salud comunitaria, no obstante, es algo más que la confluencia de la salud pública y la atención primaria de salud (APS), si bien la colaboración de ambos niveles sanitarios en este campo supone un buen inicio.

La función de la APS en el desarrollo de la salud comunitaria

La declaración de Alma Ata de 1978⁷ reflejó el papel de la APS dirigida a la comunidad, hacia sus principales problemas de salud y proporcionando servicios preventivos, curativos y de rehabilitación. Ciertamente es que Alma Ata ha suscitado muchas críticas, particularmente en los países ricos, debido a un planteamiento claramente dirigido al control de la pobreza como determinante sanitario. Sin embargo, su propuesta de integración de los distintos componentes del sistema sanitario de forma que conformen una única institución para los ciudadanos y pacientes, así como la promoción de una coordinación efectiva entre el conjunto de las políticas que comparten la finalidad de mejorar la salud de la población, sigue vigente.

La APS es el componente del sistema sanitario que por su proximidad a la población puede desarrollar una función clave. Desde el abordaje del proceso de enfermar, teniendo en cuenta que es expresión de una vivencia biopsicosocial y, por lo tanto, el entorno en el que se desarrolla el individuo enfermo (todo esto propio del campo clínico de atención individual), hasta las acciones destinadas a potenciar que las poblaciones y comunidades de referencia sean capaces de escoger, exigir o demandar, según corresponda, el desarrollo de los determinantes positivos de la salud.

El equipo de atención primaria (EAP) se puede situar como un agente social más en la población en la que trabaja, junto con los demás servicios (sociales, educativos, etc.) y comunidades, y favorecer o motivar cambios en los determinantes de salud, seguramente podrá intervenir más en los que quedan más cercanos a la esfera individual (p. ej., consejo médico antitabáquico a personas fumadoras), pero sin olvidar que puede trabajar conjuntamente con otros ser-

vicios, como los de salud pública, para tratar de modificar también los determinantes colectivos (p. ej., defender el respeto de la legislación sobre el tabaco y conseguir que la población se convierta en un agente activo). La cercanía a la población y la confianza que suelen merecer los profesionales de la APS a las personas, y, por lo tanto, la credibilidad que aportan a actividades de salud comunitaria, permitirían, a su vez, potenciar los esfuerzos colectivos de la salud pública.

¿Y la salud pública? ¿Qué puede aportar?

Los profesionales de salud pública son diversos, con perfiles profesionales más cercanos o lejanos de la salud comunitaria, pero en general, gran parte de ellos están habituados a valorar las acciones en términos de poblaciones. Beneficios y perjuicios se evalúan en función de las ganancias o pérdidas en salud, no desde la perspectiva del individuo enfermo, sino desde la perspectiva de población.

Estos profesionales, por su formación, disponen de herramientas para analizar la salud de grupos y poblaciones, escoger, según la efectividad (y no sólo la eficacia), las intervenciones más convenientes y desarrollar estrategias de monitorización y evaluación de la salud y de la intervención. Todas estas capacidades pueden ser de gran utilidad, en coordinación con los profesionales de la APS de un territorio (barrio, comunidad específica, etc.), para potenciar el desarrollo de intervenciones en beneficio de la mejora de la salud de la comunidad, es decir, en el ejercicio de la salud comunitaria. Así, por ejemplo, contribuir a la mejora de la equidad en la utilización de los recursos sanitarios por parte de la población, mediante la dinamización social, el fomento del trabajo intersectorial o la coordinación con otros sectores implicados en la salud de la comunidad. Todas ellas son competencias clave para iniciar, potenciar o apoyar técnicamente proyectos comunitarios en una zona básica de salud.

Capacidades de intervención desde el sistema sanitario

A pesar de que ni en los casos en que se cuente con un equipo de atención primaria con clara orientación comunitaria y con profesionales de salud pública de apoyo hay una garantía absoluta de que la salud comunitaria se podrá desarrollar, existen experiencias de que la combinación de la APS y la salud pública proporciona efectos beneficiosos para la salud de la comunidad. Así, por ejemplo, en diferentes comunidades el modelo de atención primaria orientada a la comunidad (APOC) ha dado resultados positivos, siempre que había participación de la comunidad en el desarrollo de los proyectos⁸⁻¹⁰. Tanto los profesionales de la APS como los de salud pública han recibido en nuestro país una formación excesivamente biomédica, centrada en el proceso de enfermar desde una perspectiva biológica e individual. El desarrollo de la salud comunitaria requiere otros conocimientos y habilidades más del campo de las ciencias sociales, formación específica o bien la colabora-

ción de otros profesionales de las ciencias sociales, de personas que conozcan el desarrollo de metodologías cualitativas, de dinamización de procesos sociales, etc. En este sentido, conviene remarcar experiencias en las que equipos de atención primaria y profesionales de salud pública se han sumado a estrategias comunitarias globales y muy participativas, que se dan en los barrios en que se ha puesto en marcha un plan de desarrollo comunitario. En este tipo de estrategias los profesionales sanitarios facilitan que las intervenciones engloben objetivos de mejora de salud. Algunos ejemplos son los del barrio de Roquetes y Trinitat Nova de Barcelona, y otros que pueden consultarse en la red AUPA (red de quipos de atención primaria con intereses de intervención comunitaria en Catalunya) o en la Red de Actividades Comunitarias del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)^{11,12}.

Un planteamiento que se ha propuesto también en otros lugares es, por ejemplo, el del Reino Unido tras la eliminación de las autoridades sanitarias locales y su integración en los grupos de atención primaria. Una experiencia que no parece haber sido muy positiva, pero que podría reconducirse mediante el establecimiento de proyectos conjuntos entre la salud pública y la atención primaria como, por ejemplo, la vigilancia, monitorización y análisis de las poblaciones atendidas; la investigación y el control conjunto de brotes y enfermedades transmisibles; el diseño de programas comunitarios de promoción de la salud y de prevención de enfermedades; intervenciones en las comunidades locales para reducir inequidades, y, en general, las actividades de mejora del funcionamiento de los servicios sanitarios en su conjunto¹³.

Conclusiones

No hay duda de que atención primaria y salud pública pueden trabajar conjuntamente para el desarrollo de la salud comunitaria, y si lo hacen teniendo en cuenta los demás servicios de la comunidad, pueden favorecer la capacitación y la emancipación de la comunidad para que consiga controlar ella misma su salud y los factores que la determinan. El desarrollo de las estrategias de salud comunitaria es, además, un línea de acción en la lucha contra las desigualdades sociales en salud existentes en nuestro entorno y frente a las que cabe posicionarse de la forma más clara, con intervenciones que permitan su reducción. Para ello se necesita además una política que establezca prioridades y formule objetivos comunes; una actuación decidida que mejore las

competencias de los profesionales de ambos niveles del sistema sanitario en la salud comunitaria, mediante programas de formación conjuntos que faciliten el conocimiento mutuo y las posibilidades de colaboración. Actividades que pueden abarcar todo el ciclo formativo, pero que resultan particularmente oportunas en los programas de posgrado y de especialización.

M. Isabel Pasarín Rua^{a,b}, Rick Miller^{b,c}
y Andreu Segura Benedicto^d

^aServicio de Salud Comunitaria. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Barcelona. España. ^bGrupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Barcelona. España. ^cPrograma de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Barcelona. España. ^dInstitut d'Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya. Àrea de Salut Pública. Proyecto AUPA. Barcelona. España.

Bibliografía

1. OMS. Actuando Unidos Para la Salud. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut; 2000.
2. Network-Tufh. Disponible en: <http://www.the-networktufh.org>
3. Servei Català de la Salut [citado 2 Dic 2007]. Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/rsb/historic/pla_innovacio_ap.htm
4. Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2005. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2006.
5. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud; 1986 [citado 6 Dic 2007]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
6. Gervás J, Segura Benedicto A y Seminario Innovación en Atención Primaria 2006. Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario. Aten Primaria. 2007;39:319-22.
7. Declaración de Alma-Ata de 1978 [citado 28 Nov 2007]. Disponible en: <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2006/12/alma-ata.pdf>
8. Geiger HJ. Community-oriented primary care: a path to community development. Am J Public Health. 2002;92:1713-6.
9. Epstein L, Gofin J, Gofin R, Neumark Y. The Jerusalem experience: three decades of services, research, and training in community-oriented primary care. Am J Public Health. 2002;92:1717-21.
10. Guillam S, Schamroth A. The community-oriented primary care experience in United Kingdom. Am J Public Health. 2002;92:1721-5.
11. AUPA [citado 7 Dic 2007]. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/ies-aupa/Du29/html/ca/dir1551/doc10970.html>
12. PACAP. Disponible en: www.pacap.net
13. Griffiths S, Haslam D. Putting Public Health practice into Primary Health Practice. Practical implications of implementing the changes in shifting the balance of power in England. J Public Health Med. 2002;24:243-5.