

Informe SESPAS 2018

## ¿Qué hacemos y qué podríamos hacer desde el sistema sanitario en salud comunitaria? Informe SESPAS 2018

Carmen Belén Benedé Azagra<sup>a,b,c,d,\*</sup>, Rosa Magallón Botaya<sup>a,b,c,e,f</sup>, Teresa Martín Melgarejo<sup>g,h,i</sup>, Rafael del-Pino-Casado<sup>j</sup> y María Isabel Vidal Sánchez<sup>c,k</sup>

<sup>a</sup> Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España

<sup>b</sup> Instituto de Investigación Sanitaria Aragón, Zaragoza, España

<sup>c</sup> Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

<sup>d</sup> PACAP (Programa Actividades Comunitarias en Atención Primaria) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

<sup>e</sup> Red Española de Atención Primaria (REAP)

<sup>f</sup> Ayuntamiento de Utebo (Zaragoza), España

<sup>g</sup> Asociación de Usuarios de Sanidad Región de Murcia, Murcia, España

<sup>h</sup> Observatorio Exclusión Social Universidad de Murcia, Murcia, España

<sup>i</sup> Ayuntamiento de Murcia, Murcia, España

<sup>j</sup> Universidad de Jaén, Jaén, España

<sup>k</sup> Cooperativa Iniciativa Social 2.ª vía Acompañamiento Terapéutico, Zaragoza, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 31 de enero de 2018

Aceptado el 27 de julio de 2018

On-line el xxx

#### Palabras clave:

Salud comunitaria

Servicios sanitarios

Atención primaria

Participación comunitaria

Participación social

### R E S U M E N

La salud es el bienestar individual y colectivo determinado por factores que trascienden el sistema sanitario. Si este quiere abordar la dimensión colectiva de la salud es preciso cambiar su orientación. La salud comunitaria está incluida teóricamente en la legislación, la formación, la coordinación y la planificación, y cuenta con marcos estratégicos que implican la coordinación y la participación de instituciones, servicios sanitarios y ciudadanía. Se presenta un artículo de diálogo en el que cinco personas reflexionan sobre la situación, las barreras, las fortalezas y las oportunidades de acción del sistema sanitario en relación con la salud comunitaria. Se precisan cambios en las acciones del sistema sanitario en relación con la salud comunitaria y su abordaje para ser capaces de afrontar los problemas de salud de las comunidades en la situación socioeconómica actual. Desde lo esencial del derecho a la salud reorientemos la acción teniendo presente la participación, la equidad, la orientación social, la intersectorialidad, el abordaje integral, la justicia social o la salud en todas las políticas, para poder tener presente la salud comunitaria en nuestro sistema de salud.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### What are we doing and what could we do from the health system in community health? SESPAS Report 2018

#### A B S T R A C T

Health means individual and collective well-being determined by factors that transcend the health services. If the health services want to address the collective dimension of health, a change of approach is required. Community health is theoretically included in legislation, training, coordination and planning with strategic frameworks that involve the coordination and participation of institutions, health services and citizenship. We present a discussion article in which five authors reflect on the situation, barriers, strengths and opportunities for action of the health services in relation to community health. Changes are needed in the actions of the health services in relation to community health and the way they approach it to address the health problems faced by the communities in the current socioeconomic situation. Given that health is an essential right, we will make a shift in action towards participation, equity, social orientation, intersectorality, comprehensive approach, social justice, and health in all policies, so that community health is taken into account in our health system.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### Keywords:

Community health

Health services

Primary care

Community participation

Social participation

### Introducción

La salud es el bienestar individual y colectivo que viene determinado por factores que trascienden el sistema sanitario. Si este quiere abordar la dimensión colectiva de la salud, precisa una reorientación<sup>1,2</sup>. La salud comunitaria está incluida teóricamente

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [bbenede@gmail.com](mailto:bbenede@gmail.com) (C.B. Benedé Azagra).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.003>

0213-9111/© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Puntos clave**

- El individualismo en la acción del sistema sanitario es reflejo de un sistema socioeconómico que obvia los principales determinantes de la salud y los pilares básicos del proceso salud-enfermedad: atención primaria, acción intersectorial y participación comunitaria.
- El sistema sanitario cuenta con marcos estratégicos que implican coordinación y participación de instituciones, servicios sanitarios y población. Si no hay cambio en el «hacer» del sistema no seremos capaces de afrontar los problemas de salud de la gente en la situación socioeconómica actual. Usemos los marcos: reconozcámoslos, visibilicémoslos, cuidémoslos y apostemos por ellos. No hay que inventar nada: miremos y retomemos.
- Desde lo esencial del derecho a la salud reorientemos la acción: consensuemos y prioricemos conjuntamente acciones de salud comunitaria en el sistema para reorientarlo, servicios de salud con perspectiva salutogénica basados en acciones equitativas y orientadas a los determinantes sociales de salud con participación, equidad, orientación social, intersectorialidad, abordaje integral, justicia social y salud en todas las políticas. Sin todo ello no hay salud comunitaria.
- Desarrollemos alianzas, trabajando desde lo colectivo para responder a las necesidades incorporando y facilitando herramientas, tiempo, espacio, formación, investigación, reconocimiento en la cartera de servicios y contundente apoyo institucional. Importancia, visibilidad y presupuesto.

en la legislación, la formación, la coordinación y la planificación<sup>3</sup>, ¿pero cuál es la realidad? Para analizarla y valorar propuestas de cambio y acción se precisa la participación de todas las personas y sectores que nos relacionamos en el sistema (políticos, población, gestores, profesionales... ). El presente texto es una conversación sobre lo que hacemos y lo que podríamos hacer en nuestro sistema sanitario en relación con la salud comunitaria, y si es suficiente o no. Este diálogo trata de aportar una reflexión y una posible hoja de ruta ante la situación actual.

**¿Qué se hace o no en salud comunitaria?**

RM: Los profesionales hacemos poco, con voluntarismo, escaso apoyo institucional, coordinación o evaluación<sup>4-6</sup>. Olvidamos lo comunitario, esencia de pilares como la atención primaria de salud, en pos de actividades «prioritarias» para la administración sanitaria y la sociedad. Sociedad y gestión que siguen potenciando aspectos asistenciales, relegando lo comunitario, lo social o el contexto a la periferia<sup>7</sup>.

TM: La atención primaria de salud se configuró como estrategia para disminuir desigualdades sociales en salud, causa de las causas para comprender el nivel de salud de la población<sup>8</sup>. La orientación comunitaria debería ser objetivo de políticas públicas del sistema sanitario y del sistema del Estado del bienestar. Hay mucho paternalismo y poco abordaje de condiciones de vida: son importantes la participación, la equidad y el empoderamiento individual y colectivo.

RD: En atención primaria de salud predominan las actividades comunitarias y de promoción de la salud concretas, poco participativas, aisladas, minoritarias.

IV: No hay salud comunitaria sin equipos interdisciplinarios, intersectorialidad ni abordaje integral. Cada vez incorporamos más la participación, utilizamos recursos comunitarios, trabajamos en

sensibilización y prevención en distintos ámbitos, abordando lo sanitario y lo social conjuntamente, pero no es suficiente. Hay que trabajar desde la salud positiva fomentando fortalezas comunitarias con agentes y ciudadanía en todas las áreas del sistema<sup>9,10</sup>.

**¿Qué se debería hacer?**

RM: Empecemos consensuando qué es salud comunitaria: significado, objetivos, metas y actores<sup>11</sup>. Démosle prioridad.

RD: Intervenciones contrastadas, planificadas, participativas, intersectoriales con perspectiva salutogénica.

BB: Evitemos la improvisación, la yatrogenia, las acciones inadecuadas. Busquemos alianzas entre salud pública, atención primaria de salud, población<sup>11</sup>. . . Humildad: el sistema sanitario debe asumir que su influencia sobre la dimensión colectiva de la salud es parcial y menor que la de otros sectores<sup>1</sup>.

IV: Escuchemos qué dicen la ciudadanía y el mundo social sobre lo que funciona o no, sobre la importancia de construir, pensar en colectivo<sup>12</sup>.

TM: La interacción entre profesionales y comunidad produce más salud. El primer nivel debería integrar una atención no solo centrada en la persona. La ciudadanía debe asumir la responsabilidad que le toca en la gestión de su salud y el control de los sistemas sanitarios. Consejos de salud, mesas de participación: esenciales.

BB: Reconocer un marco participativo y colaborativo. Dar herramientas, apoyo. El sistema sanitario se inserta en una comunidad. ¡No debe desconectarse!

RM: Integremos procesos comunitarios efectivos en cartera, incorporándolos en la historia clínica electrónica, con recursos (tiempo, formación, investigación...) <sup>6,11,13</sup>. Que la sociedad, incluyendo la información, la comunidad científica, eviten considerar la fascinación tecnológica como valor preponderante de los sistemas sanitarios. Servicios basados en acciones equitativas coste-efectivas que disminuyan el riesgo de morbilidad y ofrezcan herramientas a la ciudadanía para un vida más satisfactoria.

BB: Desarrollar nuevas actuaciones supone dejar de hacer otras; los recursos son finitos. Es deber de las administraciones conocer, evaluar y priorizar intervenciones que puedan ser más pertinentes y apropiadas, eficientes y equitativas. ¡Voluntad política!<sup>1,14</sup>

IV: Importancia, visibilidad y presupuesto. Trabajar por comunidades sanas debería tener tanto valor como las intervenciones individuales curativas o rehabilitadoras. Y atender a procesos personales de recuperación en su contexto, aprovechando recursos comunitarios con perspectiva de trabajo social comunitario.

RD: Que lo social no esté en la periferia.

**Barreras y fortalezas para el desarrollo de la salud comunitaria**

TM: ¿Barreras? La atención primaria de salud está centrada en la atención individual. Las intervenciones comunitarias no tienen la complejidad tecnológica de otras encaminadas a un diagnóstico que quizá no aparecerían con una intervención comunitaria previa. La falta de formación de políticos que toman decisiones, incluyendo gestores sanitarios. Y la debilidad de los órganos de representación ciudadana.

BB: Las acciones de salud comunitaria han sufrido un proceso de invisibilización consciente del sistema. Su desarrollo en atención primaria presenta dificultades conceptuales, metodológicas, con heterogeneidad, voluntarismo<sup>4-6</sup>. ¿Casual?

RM: La falta de evaluación de muchas intervenciones, no contrastar resultados... La falta de interés de los gestores, interesados en una medicina curativa o en apagar fuegos, sin planificación a largo plazo de lo que deberían ser unos servicios sanitarios reorientados. La desmotivación y la falta de interés de los profesionales sobre un tema considerado secundario, sin respaldo...

RD: La forma en que se han utilizado los instrumentos de gestión: cartera de servicios preestablecida o inexistente en lo comunitario, gestión por procesos asistenciales favorecedora de la orientación hacia la enfermedad... La ausencia de formación o incentivos, la medicalización, ¿la evidencia?

BB: Hay evidencia científica en intervenciones comunitarias<sup>15</sup>. ¿Desigualdad al valorar lo científico en salud comunitaria? ¿Basta ya de ampararnos en la falta de evidencia!

IV: El poder de la industria farmacéutica y los enfoques biologicistas con lectura individual de los problemas de salud hacen que la solución esté fuera de lo que las personas pueden decidir. En la explicación sobre problemas de salud no caben determinantes sociales ni soluciones colectivas. Demasiado «protagonismo» de profesionales sanitarios en intervenciones. Los conciertos, como en salud mental comunitaria, son una muestra de su menor valoración por la administración.

RM: ¿Fortalezas? ¡Resistimos! Hay creciente interés por parte de los profesionales, los gestores, los líderes de opinión, la ciudadanía...

RD: Las redes sociales como medio de coordinación, articulación y visibilización.

RM: Las incansables personas trabajadoras sociales y el gran trabajo que desarrollan. La entrada imparable de la medicina de familia en la universidad. La especialidad de enfermería comunitaria. Las unidades docentes multiprofesionales. La concienciación de foros de usuarios, pacientes, asociaciones ciudadanas, defensa de la salud pública.

BB: Las alianzas en espacios sociales, sociedades científicas, reivindicaciones ciudadanas. . .

TM: ¡La mirada a la ciudadanía y la priorización conjunta!

RD: La integración de las funciones de atención primaria de salud y salud pública en nuestros centros a nivel de órganos de gestión, la investigación-acción-participativa para implantar, evaluar y mejorar.

IV: Trabajar en equipo incorporando interdisciplinariedad e intersectorialidad. La posibilidad de análisis complejo, holístico, contextualizado para realidades complejas que permite valorar distintas dimensiones de necesidades y oportunidades en salud<sup>6</sup>. La innovación y la motivación de las que «nos creemos» este enfoque como respuesta a la falta de liderazgo y voluntad política.

BB: ¡Y el entusiasmo!

### ¿A dónde llegan las responsabilidades en salud comunitaria?

RM: En este momento, las direcciones de salud pública en algunas comunidades mantienen la llama, además del voluntarismo de grupos de profesionales.

BB: En otras, las direcciones de asistencia sanitaria, la Administración local, los servicios sociales, la ciudadanía, las asociaciones

de usuarios, el tercer sector... Responsabilidad de todos y a todos los niveles.

TM: La salud comunitaria no puede entenderse desde un planteamiento jerárquico, sino desde la cooperación y el asesoramiento. Empoderar a las personas individualmente y colectivamente obliga a comprender que son, ellas y su comunidad, las dueñas de su salud<sup>12</sup>.

IV: La responsabilidad de la salud de una comunidad debería ser de la ciudadanía, de las personas, de los recursos y de los responsables políticos y las instituciones. Pero la responsabilidad de apoyar, valorar, visibilizar y fomentar el desarrollo es de quien decide políticamente.

### ¿Quién hace qué? ¿Quién debería?

TM: Se vislumbran cambios profesionales y sociales que nos acercan hacia una interacción de cooperadores con un mismo objetivo: la mejora de las condiciones de vida. La asimilación del profesional como asesor o acompañante en los problemas de salud de sus pacientes, ofreciendo consejos y alternativas, unida a una «sana» reivindicación de la ciudadanía sobre su corresponsabilidad, autocuidado y control de la gestión, es la vía para reducir distancias.

RD: Las políticas estatales y autonómicas deberían apostar (presupuestariamente) por elementos que favorezcan la intervención comunitaria (políticas que apoyen la salud, el peso y la reorientación de la atención primaria de salud, la coordinación intersectorial y los mecanismos de participación). Los ayuntamientos asumir su papel predominante.

RM: Las administraciones locales son protagonistas en este proceso de reconversión social, responsabilizándose de que la ciudadanía disponga de los recursos necesarios. Son los más cercanos y conocen, junto con los servicios sanitarios locales, cómo es la población que administran, y deberían trabajar por conseguir que se disponga de recursos orientados hacia el bienestar potenciando los activos en salud.

IV: Las instituciones tienen que valorar, contener en planes y presupuestos la salud comunitaria, incluyendo la formación. Los profesionales del sistema sanitario tienen que coordinarse con movimientos y agentes comunitarios y profesionales de otros sectores para facilitar la toma de conciencia, y estar dispuestos a ceder poder. La ciudadanía debe organizarse colectivamente y tomar conciencia de las necesidades y de los activos de su comunidad.

BB: Las políticas educativas son importantes con modelos de coproducción desde niveles básicos. . .

RD: . . . hasta la universidad, que ha de otorgar entidad de materia troncal a la atención familiar y comunitaria, y apostar decididamente. Si no, los nuevos profesionales salen con una visión medicalizada y «hospitalocentrista».

RM: Las responsabilidades llegan hasta donde se pueda conseguir el objetivo de mejorar la salud comunitaria.

### ¿Cómo nos coordinamos o cómo deberíamos hacerlo?

IV: Como podemos... Alargando nuestras jornadas, con voluntarismo. La coordinación debería contemplarse en la dotación y los tiempos de trabajo. La coordinación entre lo social, lo sanitario y lo educativo debería ser «obligatoria», tanto para las personas que trabajan en estos recursos en los barrios como para los responsables políticos y técnicos.

TM: Es necesario aplicar políticas globales desde la administración: ¡salud en todas las políticas! En sanidad, hay que replantear las relaciones de los actores mediante órganos de participación con mecanismos de transparencia que permitan el control de la gestión, la toma de decisiones compartidas y la dinamización social que sensibilice a la ciudadanía hacia su salud y la del sistema sanitario del que somos propietarios.

### Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2018.07.003](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.003)

### Contribuciones de autoría

Todas las personas firmantes han participado en el diseño del artículo y en su redacción y revisión.

### Agradecimientos

A todas y todos los que cada día se esfuerzan por mejorar el bienestar de las comunidades en las que viven, trabajan, sueñan o caminan.

### Financiación

Ninguna.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

- Cofiño R, Pasarín MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? *Gac Sanit.* 2012;26(supl 1):88–93.
- Sastre Paz M, Benedé Azagra CB, coordinadoras. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en atención primaria. 2018. Disponible en: <http://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria>
- Ruiz-Giménez Aguilar JL, Domínguez Bidagor J. Reflexiones sobre «lo comunitario» en nuestro sistema sanitario. *Aten Primaria.* 2006;38:421–4.
- Soler M, March S, Ramos M, et al. Situación de las actividades comunitarias en atención primaria. Informe final. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2008. (Consultado el 14/1/2018.) Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>
- March S, Jordán Martín M, Montaner Gomis I, et al. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. *Gac Sanit.* 2014;28:267–73.
- Benedé Azagra CB. Actividades comunitarias desarrolladas en la atención primaria de salud a través de los equipos de atención primaria de Aragón. Universidad de Zaragoza; 2015. Tesis doctoral. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1215222>
- Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gac Sanit.* 2006;20(Supl 1):192–202.
- Hernández-Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(supl 1):6–13.
- Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Serie Monografías EASP N.º 51. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. (Consultado el 19/1/2018.) Disponible en: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
- Cofiño R, Avino D, Benedé CB, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016;30(supl 1):93–8.
- Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, et al. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010;24(Supl 1):23–7.
- Ruiz-Giménez L. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español. Comunidad. 2005;8:62–72.
- March S, Soler M, Miller F, et al. Variabilidad en la implantación de las actividades comunitarias de promoción de la salud en España. *An Sist Sanit Navar.* 2014;37:25–33.
- Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, et al. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria.* 2005;35:478–83.
- March S, Torres E, Ramos M, et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: a systematic review. *Prev Med.* 2015;76(Suppl):S94–104.