

Una apuesta por la salud comunitaria

Indice:

1. *¿Qué es la salud comunitaria?*
2. *Trabajar asociados, ¿por qué necesitamos sistemas de atención integrada?*
3. *La participación ciudadana es la piedra angular de la salud comunitaria*
4. *La comunidad y el espectro de la acción comunitaria*
5. *La acción comunitaria sobre los determinantes sociales de la salud*
6. *El territorio, la administración local y el municipalismo*
7. *El dilema de la Atención Primaria*
8. *El deslizamiento descontextualizado y despersonalizado de la atención primaria*
9. *Pese a todo, un marco favorable para la reforma*
10. *Algunas experiencias*
11. *Recomendaciones para construir y trabajar por la salud comunitaria*
 - 11.1 *Una posible arquitectura intersectorial y territorial*
 - 11.2 *Articular la atención primaria en el marco de la salud comunitaria*
 - 11.3 *El rol de las políticas y los servicios de salud pública*
 - 11.4 *La participación de la ciudadanía*
 - 11.5 *La motivación y las reivindicaciones de los profesionales*

1. ¿Qué es la salud comunitaria?

La salud comunitaria es un término polisémico¹ porque ha sido utilizado con ideas y prácticas muy diversas². En este texto la definimos como una estrategia de mejora de la salud basada en la intersectorialidad, la territorialidad y el enfoque participativo. La salud comunitaria comparte principios con la salud pública y la promoción de la salud, pero tiene personalidad propia porque su propósito es modificar en sentido positivo los determinantes sociales de la salud a través de la acción de los servicios comunitarios y la participación social.

¹ Goodman R.A. What is “community health”? Examining the meaning of an evolving field in public health. Preventive Medicine Vo 67 Supp 1 558-S61. 2014

² Javier Segura del Pozo. “Introducción a la Salud Comunitaria”. Blog “Salud Pública y otras dudas” Agosto-Octubre de 2022

En el glosario de promoción de la salud de la OMS no figura el término de salud comunitaria, sino el de “acción comunitaria para la salud” (community health action)³ : "Los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud."

En todo caso, más allá de la terminología, La salud comunitaria se centra más en la salud que en la enfermedad, y sobre todo en la salud colectiva determinada por los vínculos de las personas y grupos sociales en un territorio y en un momento histórico concreto, con un enfoque político y social que trasciende el ámbito sanitario y se orienta hacia las condiciones de vida sociales, ambientales y económicas. Se inscribe, por tanto, en un cambio de paradigma al considerar la salud como una condición para el desarrollo personal y social⁴.

Habitualmente se describen dos modelos en la implementación de la salud comunitaria: La Atención Primaria orientada a la comunidad, generalmente a través de la promoción de activos y hábitos saludables, y el modelo más centrado en el territorio y la comunidad, orientado a la transformación social. Pero ambas propuestas son compatibles y complementarias, porque disponemos de evidencias sólidas del impacto positivo de estas estrategias en la mejora de la salud y la atención sanitaria y social, y su contribución a la equidad especialmente entre las poblaciones más desfavorecidas.

2. Trabajar asociados ¿Por qué necesitamos sistemas de atención integrada?

La fragmentación es una necesidad del mercado para generar competencia, pero también es una realidad en el sector público, aunque por motivos diferentes. La fragmentación y la descoordinación es habitual entre distintas administraciones y afecta a las políticas y a la funcionalidad de los servicios públicos, pero también ocurre dentro de una misma administración, como vemos, por ejemplo, en la relación entre la atención primaria y la atención hospitalaria, que es siempre una tarea pendiente.

La evidencia muestra que la salud no depende exclusivamente de una atención sanitaria de buena calidad, sino que requiere promover condiciones más amplias de vida de las personas (vivienda, ingresos, empleo y medio ambiente). Por tanto, todos los servicios de apoyo comunitario tienen un papel que desempeñar en la mejora de la salud de las personas.

³ OMS: Glosario de Promoción de la salud, 1998.
<http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

⁴ Charter, Ottawa. "Ottawa Charter for health promotion". First international conference on health promotion. Vol. 21. 1986.

En respuesta a esta necesidad, desde hace años, en distintos países, se están promoviendo iniciativas de integración para optimizar la eficacia de las políticas y de los recursos. Dentro de la organización sanitaria bajo la denominación genérica de OSI (organización sanitaria integrada)^{5,6} y en las estrategias intersectoriales, a través de formulas de colaboración entre diferentes servicios comunitarios, fundamentalmente buscando la confluencia de la atención sanitaria y la atención social⁷.

Reunir la atención sanitaria y social es, por consiguiente, un primer paso para, tener mejores planes de atención y recibir tratamiento en el lugar adecuado, fuera del hospital siempre que esto sea posible. De especial interés es la estrategia desarrollada en Escocia, desde 2016, de integración sanitaria y social⁸, en el marco de las las comunidades locales. Un proceso calificado como el cambio más significativo ocurrido en Escocia desde la creación del NHS en 1948.

Es, además, una experiencia de éxito: “La asociación es el hilo dorado que recorre todos los niveles (ya sea el hogar, la residencia de ancianos o la comunidad) para utilizar los recursos colectivos de forma eficaz, y que las personas de todas las edades se mantengan sanas e independientes y reciban cuidados cuando los precisan, especialmente las personas con necesidades complejas, mayores, frágiles, enfermos crónicos o problemas de salud mental, para mantener una vida plena”.

3. La participación ciudadana es la piedra angular de la salud comunitaria

Habitualmente invocada en los discursos oficiales, en la práctica no pasa de ser mera retórica. En la actualidad, apenas existe participación ciudadana en la salud y el sistema sanitario. Teóricamente se ejerce a través de los “Consejos de Salud”, pero la experiencia ha sido un fracaso constatado a lo largo de los años, porque los Consejos carecen de competencias (de utilidad), porque la mayoría de los trabajadores sanitarios los entienden (y los rechazan) como una forma de fiscalización de su trabajo por parte de los usuarios, y porque estos últimos no tienen experiencia ni habilidades en este ámbito. La consecuencia inevitable es que estamos ante un modelo fallido.

⁵ Las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), como se denominan en la literatura, son redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada.

⁶ Vázquez Navarrete MI et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev. Esp. Salud Publica vol.79 no.6 Madrid nov./dic 2005

⁷ What are integrated care systems?. <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/>

⁸ HSCS Health and Social Care Scotland. <https://www.gov.scot/policies/social-care/health-and-social-care-integration/>

A la hora de proponer alternativas, hay que empezar por separar la participación ciudadana en la organización del sistema sanitario, de la participación en la salud comunitaria. En el primer caso, dada su condición de servicio público, la participación debería ejercerse a través de consejos de administración democráticos, es decir, órganos colegiados tripartitos (administración, trabajadores sanitarios y usuarios) constituidos en todos los niveles de la organización sanitaria.

Más allá de la organización de la asistencia sanitaria, la salud comunitaria es otra oportunidad de participación ciudadana. Se trata de participar en el control de la salud propia y comunitaria, desde una conceptualización positiva de la salud, como recogen los sucesivos pronunciamientos y propuestas de la OMS a este respecto (carta de Ottawa...)

El derecho a la participación ciudadana en la salud comunitaria supone un reconocimiento de autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo a las personas y a la sociedad en su conjunto como protagonistas de su propio desarrollo. En este marco es fundamental redefinir el rol del individuo como coproductor y no como consumidor o cliente.

Existen otras formas importantes de participación comunitaria, mayoritariamente sin explorar, que profundizan en la democracia deliberativa: Consultas populares, jurados de ciudadanía, audiencias públicas, participación en comisiones de reclamaciones o de listas de espera (la única que se ha constituido recientemente en Asturias) o comités éticos o derechos y deberes de los pacientes.

4. La Comunidad y el espectro de la acción comunitaria

Entendemos por comunidad al conjunto de personas que habitan un territorio, donde desarrollan relaciones, vínculos y conductas asociadas a pautas culturales y valores socio-políticos, con determinadas condiciones de vida y sentimientos de pertenencia, con implicaciones para el bienestar y la salud. La comunidad contiene elementos sociológicos (relaciones y organización social), antropológicos (culturales, usos y costumbres), psicológicos (sentimiento de pertenencia, emociones asociadas al espacio), geográficos (el territorio), urbanísticos (las infraestructuras presentes), ecológicos (interrelaciones de los seres vivos con el medio que habitan), históricos (la historia de ese territorio y sus gentes) y políticos (relaciones de poder y distribución de la riqueza, condiciones de vida).

La comunidad no es autónoma ni cerrada, sino un subsistema de otros sistemas que lo contienen e influyen.

Si revisamos la bibliografía podemos comprobar que hay muchos programas sobre la salud comunitaria. La mayoría, y no por casualidad, se promueven en relación con “los estilos de vida” y no “las condiciones de vida”, aunque el abanico de acciones comunitarias en salud es muy amplio:

Se han desarrollado programas de promoción de la salud con orientación comunitaria en materias tales como la salud materno-infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, escolar, laboral o medioambiental, el envejecimiento activo y saludable, la alimentación saludable o el ejercicio físico. Así mismo, se promueven actividades artísticas con valor terapéutico (murales participativos, teatro o cine comunitario); grupos de auto-ayuda; prevención de la soledad no deseada y de las personas mayores para que no mueran solas en su domicilio; urbanismo social y participativo para transformar el espacio público; interacciones sociales no discriminatorias en la inmigración, la ancianidad... También iniciativas para compartir la historia y geografía emocional del barrio o para elaborar mapas de activos en salud⁹; promover huertos y comedores comunitarios; alimentación saludable y accesible; talleres grupales sobre problemas de salud o situaciones de discriminación diversidad funcional, etc.

5. La acción comunitaria sobre los determinantes sociales de la salud (DSS)

Según la Organización Mundial de la Salud, los DSS son “los factores no médicos que influyen en los resultados de salud. Son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que configuran la vida diaria, incluyendo políticas y sistemas económicos, agendas de desarrollo, normas sociales, políticas sociales y sistemas políticos”, que interactúan con los factores biológicos¹⁰.

En última instancia los DSS son la consecuencia de determinantes políticos derivados de las asimetrías del poder y la gobernanza de las políticas públicas como ha argumentado convincentemente la Comisión sobre Gobernanza Global para la Salud de *The Lancet*¹¹.

⁹ “Activo”, del inglés “asset”, refiere la capacidad o el recurso que permite promover y sostener la salud, o reducir las desigualdades en salud, por parte de personas, grupos y comunidades. Es decir, recursos salutogénicos (que promueven salud) lo contrario de patogénico (que produce enfermedad). La identificación de los activos se denomina mapas de activos de salud.

¹⁰ OMS. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Rep Comm Soc Determ Health Geneva. World Health Organization. 2008. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=633EE8DFEBB5EDB4496716E659822E8E?sequence=1

¹¹ Ottersen O.P. et al. The political origins of health inequity: prospects for change The political origins of health inequity: prospects for change. The Lancet Commissions The Lancet Commissions. Vo 383, Issue 9917 February 2014, page 630-637

La incorporación de una mirada que tenga en cuenta y trabaje con los determinantes sociales de la salud (DSS) y los factores de riesgo debería de ser una prioridad para los servicios comunitarios y, por tanto, para la atención primaria¹². Se ha propuesto un marco de tres pasos¹³ para integrar los DSS en las prácticas de atención primaria de salud: Recopilar y gestionar datos de los DSS, incluirlos en los flujos de trabajo y utilizar los datos para respaldar las acciones.

Es evidente, así mismo, que es necesario formar a los profesionales para que trabajen con los DSS. Un cambio que no está exento de dificultades debido a la tendencia fragmentaria de la administración y de los profesionales a trabajar en silos, a la ausencia de un vocabulario común, a que no es fácil encontrar datos de los DSS en los territorios, o al bajo nivel de alfabetización en este ámbito de los profesionales y la ciudadanía¹⁴...

Se han identificado 5 dominios claves de los DSS¹⁵

- Estabilidad económica
- Acceso y calidad de la educación
- Acceso y calidad de la atención médica
- Barrio y entorno construido
- Contexto social y comunitario

6. El territorio, la administración local y el municipalismo.

La administración local es una herramienta fundamental para construir salud y actuar sobre los DSS con un enfoque de equidad¹⁶. La salud y la enfermedad están vinculadas al territorio, como nos recuerda un estudio epidemiológico reciente sobre la mortalidad por cáncer en los distritos de Inglaterra¹⁷.

¹² Olivier Dumont-Samson et al: How to Better Integrate Social Determinants of Health into Primary Healthcare: Various Stakeholders' Perspectives. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19(23), 15495. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315495>

¹³ DeVoe, J.E.; Bazemore, A.W.; Cottrell, E.K.; Likumahuwa-Ackman, S.; Grandmont, J.; Spach, N.; Gold, R. Perspectives in Primary Care: A Conceptual Framework and Path for Integrating Social Determinants of Health Into Primary Care Practice. *Ann. Fam. Med.* 2016, 14, 104–108.

¹⁴ Baxter S, Barnes A et al: (2023): Increasing public participation and influence in local decision-making to address social determinants of health: a systematic review examining initiatives and theories, *Local Government Studies*, 49:5, 861-887

¹⁵ Knecht DO et al: Community Medicine, Community Health, and Global Health: Interdisciplinary Fields with a Future Lens Inclusive of Local and Global Health Equity. *AJPM* 8 November 2023, 100165

¹⁶ Informe SESPAS 2018: Salud comunitaria y administración local. <https://sespas.es/2018/11/01/informe-sespas-2018-salud-comunitaria-y-administracion-local/>

¹⁷ Rashid T et al: Mortality from leading cancers in districts of England from 2002 to 2019: a population-based, spatiotemporal study. *The Lancet oncology*, December 11, 2023

Pese a declaración de Adelaida¹⁸ de la OMS (“la salud en todas las políticas”) y su consolidación en la conferencia de Helsinki, la salud ha tenido poca proyección en el ámbito local en nuestro país. Con la llegada de la democracia muchos ayuntamientos introdujeron programas de planificación familiar, salud escolar o salud materno-infantil, pero su desarrollo ha sido pobre y desigual. Por otra parte, la ley 27/2013 ha reducido las competencias municipales en este ámbito.

Sin embargo, muchos municipios están implementando políticas de salud pública mirando hacia lo comunitario, en el marco de una nueva corriente ideológica conocida como “municipalismo”, que se caracteriza por dinámicas comunitarias basadas en la democracia participativa, con el objetivo de hacer efectivo el derecho a la ciudad y a la salud.

9 áreas de actuación clave para promover la salud urbana:

- Primera infancia
- Escuelas y alumnado saludable
- Empleo de calidad
- Transporte activo y seguro
- Vivienda accesible, segura y con suficiencia energética
- Acceso a espacios verdes, al aire libre y a servicios de ocio y cultura
- Comunidades fuertes, bienestar y resiliencia
- Normativa de la protección de la salud
- Planificación urbana

7. El dilema de la Atención Primaria

En la atención primaria se podría decir esquemáticamente que coexisten dos subsectores¹⁹, el subsector clínico y el subsector comunitario. Ambos están interrelacionados, pero que, como nos ha mostrado la evolución de la AP no son simples componentes del todo. El subsector comunitario pertenece a la salud colectiva, los determinantes sociales de la salud y el dialogo abierto con la

¹⁸ Declaración de Adelaida.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724_spa.pdf?sequence=1

¹⁹ Allie Peckham, Frances Morton-Chang, A. Paul Williams, Fiona A. Miller: Reequilibrio de los sistemas de salud hacia una atención comunitaria: el papel de la política subsectorial. Health Policy Volume 122, Issue 11, Nov 2018, Pág 1260-1265

comunidad. Este subsector, con el paso del tiempo, ha llegado a ser intrascendente. Mientras que el subsector clínico o reactivo es en la actualidad absolutamente hegemónico, pertenece a la salud individual y a la actividad asistencial, con la característica de abordar los problemas en la medida en que surgen, es decir, por ser reactivo y episódico, si bien con el importante contrapeso de la longitudinalidad, que es uno de sus principales valores.

Es habitual explicar el actual colapso de la atención primaria por la precarización laboral, la subfinanciación y las políticas de recortes y austeridad; pero esta es sólo una explicación parcial. Es más, en nuestra opinión, las políticas expansivas, que preconizan mayor gasto en médicos, tecnologías y productos farmacéuticos, sin dejar de reconocer que son demandas justas y necesarias, imprescindibles en muchos casos, no resolverán la mayoría de los problemas que están planteados, mientras se sigan ignorando los determinantes sociales de la salud.

En consecuencia, la verdadera reforma de la atención primaria es re-equilibrar el sistema²⁰ con un enfoque de salud basado en la comunidad y los condicionantes sociales de la salud poblacional²¹. Quizás la única respuesta posible ante el notable incremento de la complejidad de las necesidades de atención sanitaria y social que se generan por la progresión de la dependencia²² y del envejecimiento poblacional. Se trata en última instancia de cambiar el rumbo de los sistemas sanitarios y abandonar la senda histórica centrada en los agudos, la cama, la fascinación por la tecnología y la hiperespecialización. Las nociones que han impregnado la escala de valores de todos los agentes implicados en el sistema (“stakeholders”) y especialmente a los usuarios y pacientes.

8. El deslizamiento descontextualizado y medicalizado de la atención primaria

Las instituciones sanitarias se orientan desde hace años a la atención individual de la demanda clínica y no a la salud comunitaria, que pese a estar constantemente invocada, no forma parte de la agenda ni de las prioridades del sistema de salud. La consulta a demanda es la protagonista de la relación médico-paciente y el marco en el que se desarrolla el trabajo sanitario. Una demanda que tiene importantes limitaciones porque no es lo mismo demanda que necesidad (las personas que consultan no son siempre las que más lo necesitan) y porque muchos problemas individuales de salud están relacionados

²⁰ Sara A. Sweeney et al: Re-emerging Political Space for Linking Person and Community Through Primary Health Care. *American Journal of Preventive Medicine* 42(6) Suppl 2: S184.192, June 2012

²¹ Fortalecimiento de los sistemas de salud: Tendencias actuales y retos. OMS, 2010. Consejo Ejecutivo, 128.ª reunión, punto 4.5 del orden del día. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB128/B128_37-sp.pdf

²² En diciembre de 2021 había un total de 29.763 personas dependientes en Asturias. El incremento en el mismo periodo del año pasado fue 2.500 personas

con el contexto familiar, comunitario, laboral. Las soluciones, por tanto, no pueden ser sólo medicamentos y consejos individuales, como muestra el gradiente de salud y mortalidad entre los barrios más ricos y los más pobres.

La atención primaria se ha visto afectada por dos reduccionismos: La praxis biomédica (que prescinde de la salud psico-social) y la terciarización (que omite la prevención)²³, auspiciando entre ambas la emergencia del actual modelo medicalizado. “Medicalizar” es convertir problemas no-médicos (sociales o circunstancias de la vida) en problemas médicos, con la premisa de que todo síntoma, factor de riesgo o sufrimiento es una enfermedad. Como escribía Jules Romain en 1923: “No hay personas sanas, sino pacientes insuficientemente estudiados”²⁴.

Hay que reconocer los esfuerzos desarrollados durante años por muchos profesionales y centros de salud por trabajar desde una perspectiva integral (incorporando prácticas preventivas y de participación de la comunidad), pero la subfinanciación y la precarización ha sido una losa demasiado pesada que ha determinado que en la consulta se “olviden” los conocimientos, valores, preferencias y circunstancias familiares y sociales de los pacientes. Sin factores biográficos, relacionales, socio-económicos, culturales o ambientales, inherentes a todo proceso de salud-enfermedad, la atención sanitaria se subordina al determinismo biológico y a la medicalización²⁵. Las condiciones de vida desaparecen, valoradas como “subjetivismos” ante la supuesta objetividad de lo estrictamente biológico, de los protocolos y de una práctica que paradójicamente se vino a denominar de “excelencia”, pero que, en realidad, promueve la despersonalización de la asistencia. En abierta contradicción con lo que afirmaba Hipócrates: “es más importante saber qué tipo de persona tiene una enfermedad que saber qué tipo de enfermedad tiene”.

La medicalización y despersonalización de la atención sanitaria, no es obviamente un proceso exclusivo de la AP, sino que es un patrón común a todo el sistema sanitario, en correspondencia con el denominado paradigma “biomédico”; pero es en el ámbito de la AP donde produce sus efectos más lesivos porque el hospital se puede justificar por la concentración de la tecnología, mientras que la AP difícilmente puede entenderse sin la interacción con la comunidad

²³ McKey M. Causas de muerte en los distritos de Londres y desigualdades en salud. <https://www.theguardian.com/uk-news/2014/jan/08/top-10-causes-death-london-health-inequalities>

²⁴ Jules Romain: El doctor Knock o el triunfo de la medicina.

²⁵ Coulter A., Oldham J. (2016). Person-centred care: what is it and how do we get there? *Future Hosp J.*3(2): 114–116. doi: [10.7861/futurehosp.3-2-114](https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114)

Por otra parte, el Centro de Salud está desconectado de los servicios comunitarios y de los programas y políticas públicas que transversalmente interesan a la salud. No suele haber relación con las instituciones locales y tampoco hay interlocución con las organizaciones de la sociedad civil, con las que se debería de compartir el objetivo de la protección y mejora de la salud. Es decir, la AP permanece de espaldas a la Comunidad, concentrada exclusivamente en dar respuesta a una demanda asistencial individual, que se masifica como efecto boomerang de los problemas sociales medicalizados.

En realidad, descontextualización y despersonalización son dos cara de una misma moneda²⁶. Si bien, en todo caso, es evidente que no estamos ante un debate exclusivamente epistémico o ideológico, porque detrás del consumismo y la medicalización es fácil entrever la larga mano de las grandes corporaciones que operan en el sector . La medicina ha dejado de ser un oficio al experimentar en las últimas décadas una gran revolución industrial y tecnológica, que ha devenido en un gigantesco nicho de negocio²⁷ que gravita sobre todo el sistema sanitario.

9. Pese a todo, un marco favorable para la reforma

En España, el Sistema Nacional de Salud y la implantación de la Atención Primaria dibujaron un escenario muy propicio para la coordinación desarrollar intervenciones comunitarias. Un escenario todavía presente pese a que las políticas públicas han profundizado en dirección contraria: hospitalocentrismo, gerencialismo, clientelización o subfinanciación...

Es verdad que desde el Ministerio de Sanidad se ha facilitado la creación de órganos de participación local y el desarrollo de acciones comunitarias desde la atención primaria, pero las iniciativas han tenido poco éxito, a veces por el cambio del signo político del gobierno municipal, como ha sido el caso de “Madrid Ciudad de los Cuidados”. Se han promovido, así mismo, algunos proyectos de promoción de la salud que han favorecido el auto-cuidado, la equidad y la cohesión social, con participación comunitaria. Procesos impulsados por profesionales de salud pública y atención primaria (el mejor ejemplo es el PACAP²⁸), con apoyos desde la sociedad civil y las administraciones locales.

²⁶ Bauman A., Fardy HJ., Harris PG. (2003). Getting it right: why bother with patient-centred care? *Medical Journal of Australia*. 179, 253–256.

²⁷ Gøtzsche P. Deadly medicines and organised crime. How big pharma has corrupted healthcare. *Can Fam Physician*. 2014 Apr; 60(4): 367-368. PMID: PMC4046551

²⁸ PACAP: <https://pacap.net/>

El actual Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria²⁹ del Ministerio de Sanidad, insta a todos los gobiernos autonómicos a desarrollar estrategias de orientación comunitaria de la atención primaria. Un reto complicado porque no es una prioridad en las agendas. pese a que puede ser una de las claves para sacar al sistema sanitario de la crisis en la que se encuentra.

10. Algunas experiencias de las que aprender

En Asturias se han desarrollado diversas experiencias de salud comunitaria: A Pie de Barrio en Gijón (ApB), Grupo de Salud de Lena, Piloña Saludable, HaxaSalúTapia, Asociación de mujeres de Castrillón, Escuela Municipal de Salud de Tineo, Muros Saludable, la Mesa para la Salud del barrio de Ventanielles... Modalidades diversas de carácter comunitario que están recogidas en el Observatorio de Salud de Asturias (OBSA)³⁰ con una guía y recursos para desarrollar intervenciones con esta finalidad.

En España^{31, 32} una experiencia del máximo interés es “Saluts als Barris” en Barcelona que convoca a 23 de los 73 barrios de la ciudad. También de interés la iniciativa de barrios saludables de Madrid bajo el lema “de las batas a las botas”, en el marco del proyecto ya citado de “Madrid Ciudad de los Cuidados”..

Desde los Municipios se constituyó en 1988 la Red española de Ciudades Saludables, una experiencia positiva en su origen que ha ido languidecido con el paso de los años. Otras iniciativas municipales que se han de mencionar son la “Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPs, 1996) o la Red Local de Acción en Salud de Andalucía (RELAS) .

Por otra parte, el 2 de Mayo de 2013 se constituyó formalmente “la Alianza de Salud Comunitaria (ASC)³³, una plataforma de organizaciones e instituciones que trabajan en el ámbito de la promoción de la salud y la salud comunitaria, desde diferentes territorios³⁴.

²⁹ Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. 10 de Abril de 2019. Ministerio de Sanidad

³⁰ Observatorio Salud Asturias <https://obsaludasturias.com/obsa/guia-salud-comunitaria/>

³¹ Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018 Evidencias de compromiso comunitario en salud en España: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. Gaceta Sanitaria. Volumen 32, Supl 1, Octubre 2018, Pág 41-47

³² Montaner I, Rog A.: El Carmel: una experiencia en salud comunitaria . SemFYC. comunidad.semfyc.es

³³ <http://www.alianza-salud-comunitaria.org/>

³⁴ Gállego-Diéguez , Aliaga P, Benedé C, et al. Las redes de experiencias de salud comunitaria como sistema de información en promoción de la salud: la trayectoria en Aragón.

Entre las experiencias socio-sanitarias en el extranjero se pueden reseñar entre otras las “Casas Comunitarias” en Italia: El Municipio interviene ante la necesidad de gestionar e integrar las actividades sanitarias y sociales en una estructura operativa³⁵. O las “Duplas Sociosanitarias”, una experiencia chilena en el trabajo con emigrantes, cada dupla sanitaria se compone de una enfermera y una auxiliar, y la dupla psicosocial de una psicóloga y una trabajadora social, siendo esta última la que tiene la responsabilidad del equipo.³⁶

11. Recomendaciones para la puesta en marcha de la Salud Comunitaria

Impulsar la salud comunitaria requiere el compromiso de todas las partes implicadas: administraciones, usuarios, profesionales, entidades sociales³⁷. Y en primer término de las Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales, las Administraciones Locales y las asociaciones de la sociedad civil.

11.1. Una posible arquitectura territorial e intersectorial

- Si ya existen actividades y/o redes intersectoriales o de participación ciudadana, previas a la puesta en marcha de la iniciativa, es prioritario conocer su experiencia e incorporarlas al proyecto. El afán de homogeneizar puede ser un problema más que una ventaja, dada la diversidad de los territorios (poco tienen que ver, por ejemplo, las zonas rurales con las ciudades...) y la conveniencia de adaptarse a las características locales de cada comunidad. Las sinergias pueden variar y ser más o menos formalizadas dependiendo de las necesidades.
- La territorialidad permite delimitar el contexto geográfico e histórico en el que se desarrollan los fenómenos de salud y enfermedad y sus determinantes sociales³⁸. Es necesario el conocimiento en profundidad de la geografía, la historia y la sociología del territorio, más allá del conocimiento parcial que se obtiene con las visitas domiciliarias.
- El objetivo es construir una red integrada, intersectorial y participativa, una amplia alianza de socios que colaboran en la mejora de la salud y el bienestar local, que trabajan juntos centrándose en los cuidados, la

³⁵ Federico Gelli, Narciso Mostarda. La Casa Comunitaria 4.0. Documento de Fundación n.2, 2021, Fondazione Italia in Salute

³⁶ <https://www.paho.org/es/noticias/21-4-2023-intervenciones-duplas-sociosanitarias-chile-llegan-casi-10-mil-personas-durante>

³⁷ La salud pública y las políticas de salud: del conocimiento a la práctica. Informe SESPAS., Gaceta sanitaria 30 (S1) páginas 55-62. Noviembre, 2016

³⁸ Rashid T et al: Mortality from leading cancers in districts of England from 2002 to 2019: a population-based, spatiotemporal study. The Lancet oncology, December 11, 2023

prevención y la reducción de desigualdades en salud. Los socios locales son el sistema sanitario, los ayuntamientos, los servicios sociales, el sector voluntario y otros socios como la educación, la vivienda, el empleo, el transporte, el ocio o los servicios de policía y bomberos.

- Necesitamos un modelo de organización horizontal que trascienda los departamentos estancos y genere una estructura abierta a la coordinación con todos los sectores involucrados en la salud. En el centro del proyecto estará la **Asamblea Local**, constituida por todos los agentes que participan la estrategia de Salud Comunitaria, con capacidad para tomar decisiones sobre los servicios comunitarios, el desarrollo social y económico local, promover equidad y reducir las desigualdades y la pobreza.

- La Asamblea dispondrá de un equipo de coordinación para el trabajo cotidiano y hacer operativos sus acuerdos, el **“Consejo Comunitario de Salud y Bienestar Social”**, conformado por representantes del círculo interior del proyecto: El Centro de Salud de la AP, la Unidad de Salud Mental, la Administración Local y los servicios sociales municipales y una delegación de las organizaciones sociales activas en el territorio y que directa o indirectamente trabajan en la salud³⁹

- Un segundo círculo, o **círculo exterior**, estará constituido por aquellos servicios comunitarios, públicos o privados, con los que establecerá una relación de coordinación a través de programas concretos o intervenciones puntuales: Educación, Vivienda, Empleo, Transporte, Urbanismo, Cultura, Ocio...

- Una opción alternativa sería poner en marcha esta iniciativa a través de experiencias piloto en aquellos Concejos de Asturias que hayan sido previamente seleccionados, con formulas adaptadas a la diversidad de las distintas localidades.

11.2 Articular la atención primaria y la salud mental en el marco de la salud comunitaria

- Se ha dicho, y es un lema que expresa el necesario compromiso que debe adquirir la AP en esta estrategia que “el centro de salud no es el único centro de salud”. Expresado de otra forma: “pasar consulta mirando a la calle y a la casa”, esto es, a las condiciones de vivienda y

³⁹ Pasarín MI, Díez E: Salud comunitaria: una actuación necesaria Gaceta Sanitaria, Editorial , 27 (6) Diciembre 2013. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.10.001>

empleo, a las circunstancias familiares y sociales...⁴⁰ Avanzar hacia la medicina centrada en la persona es la mejor forma de evitar la medicalización y psicopatologización.

- La Atención Primaria, por tanto, no sólo debe ser sanitaria, sino también psico-social⁴¹. Los enfoques y las intervenciones comunitarias (sanitario-psico-sociales) son importantes para todos los pacientes, pero especialmente en las enfermedades crónicas porque requieren no sólo intervenciones médicas puntuales, sino también soporte psico-social contextualizado⁴².

- Incluir la atención comunitaria en la cartera común de servicios y adaptar la Agenda para incorporar las actividades de Salud Comunitaria con los tiempos necesarios o la compensación correspondiente si es fuera del horario. Incluir objetivos específicos, cuantificables, evaluables y anuales, pactados en los contratos de gestión de cada equipo de la AP

- Disponer de un presupuesto específico para la estrategia de salud comunitaria. Incluir en la historia digital el registro de los condicionantes sociales y del contexto familiar y comunitario, con enlaces de recomendación de activos y otros recursos comunitarios en la historia digital. Valorar y facilitar la investigación en el campo de la salud comunitaria.

11.3 El rol imprescindible de la Salud Pública.

- Sin políticas públicas de salud es muy difícil que pueda prosperar una estrategia de salud comunitaria.

- Es necesario, así mismo, el asesoramiento y la participación de los servicios de Salud Pública en la planificación de la salud comunitaria, la promoción y la prevención de la salud. En realidad, las políticas públicas de salud son determinantes a la hora de desarrollar iniciativas de salud comunitaria.

- Hay que advertir, por tanto, que la atención primaria comunitaria no se puede atribuir funciones estratégicas de prevención primaria de la

⁴⁰ ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? (PACAP-SEMFyC).

<https://obsaludasturias.com/obsa/wpcontent/uploads/recomendacionesPACAP1.pdf>

⁴¹ Directriz NICE [NG44] 04 marzo 2016:www.nice.org.uk/guidance/ng44 NICE

⁴² Recomendaciones Estrategias de Salud Comunitaria, 9 de Agosto de 2022. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023. Grupo de trabajo de Salud Comunitaria

enfermedad, como si pudiese competir o incluso sustituir a los servicios de salud pública⁴³. Es una obviedad que la prevención primaria corresponde a las políticas públicas y que la función de la atención primaria es, en este ámbito, de implementación y complementariedad⁴⁴.

11.4 La participación de la ciudadanía

- Establecer la coordinación de todos los colectivos y entidades ciudadanas del territorio (movimiento vecinal, asociaciones de pacientes, de cuidadores, el movimiento feminista, la economía social, el urbanismo social, movimiento ecologista, ONGs y otras asociaciones sociales o culturales), agrupadas en una comisión ciudadana, que se podría denominar la **Casa Comunitaria**, para consensuar y poner en común una agenda compartida de trabajo. La Comisión estará representada en el anteriormente denominado Consejo de Salud de la Comunidad y Bienestar Social. Todas las personas han de ser escuchadas, tener representación y participar en la toma de decisiones, con cauces que garanticen su capacidad de intervención en las políticas públicas.

- Integrar la experiencia de personas usuarias, cuidadoras y pacientes, incluyendo a los colectivos en situación de exclusión. Las personas pueden y deben cuidar y mejorar su propia salud y bienestar y vivir con buena salud durante más tiempo, incluidas las personas frágiles, con discapacidades o enfermedades crónicas.

- Extender los programas de auto-cuidados de personas y cuidadores/as en todas las áreas sanitarias. Las personas que brindan cuidados no remunerados deben recibir apoyo para cuidar de su propia salud y bienestar, incluso para reducir cualquier impacto negativo de su función de cuidado en su propia salud y bienestar.

- Promover el rol del ciudadano como coproductor de salud y no receptor pasivo de servicios. La medicina centrada en la persona sitúa al usuario en el centro como decisor y protagonista activo del proceso sanitario.

- Activar las “escuelas de salud”: La educación grupal para la salud sobre “las causas de las causas” y los programas de alfabetización en salud. Formar “agentes y mediadores de salud comunitaria” que, a su vez, promueven talleres y actividades de salud. Iniciativas para cuidar a las personas que cuidan. Alfabetización digital.

⁴³ Segura, A. (2010). La participación ciudadana, la sanidad y la salud. *Ges Clin Sanit*,12(2), 55-62.

⁴⁴ Artículos 23 y 24 de la Ley General de Salud Pública 33/2011, de 4 de octubre.

11.5 La motivación y las reivindicaciones de los profesionales

- En cada equipo de la AP se designará a una persona como referente con tiempo explicitado para este trabajo. Se establecerán incentivos económicos, de horario y carrera profesional vinculados al desempeño en salud comunitaria.

- Es importante la formación de los profesionales de los servicios comunitarios para que conozcan los DSS. En el caso concreto de la AP, los profesionales sanitarios tienen que adquirir habilidades y métodos que no han aprendido porque su formación que ha estado centrada en el método clínico. Esta reorientación es compatible con la práctica clínica, en la medida en que ésta tenga una mirada salubrista y comunitaria.

Asturias, febrero 2024

Plataforma por la Salud y la Sanidad Pública de Asturias (PSSPA)

Asociación para la defensa de la Sanidad Pública (ADSPA)