
Orientación comunitaria: **HACER** y **NO HACER** en Atención Primaria

.....

Autoras y autores

Sastre Paz, Marta y Benedé Azagra, Carmen Belén (coordinadoras y autoras)

Azpeitia Serón, M.^a Eugenia

Bajo Viña, Rosa

Benedicto Subirá, Clara

Blanquer Gregori, Javier

Botello Díaz, Blanca

Calvo Martínez, M.^a Jesús

Cassetti, Viola

Cortés Velarde, Ana

De Juan Roldán, José Ignacio

Domínguez Bidagor, Julia

Dosio Revenga, Ana María

Escartún Lasierra, Patricia

España Cruaños, Lluís

Janer Llobera, Juana María

March Llull, Sebastià

Martínez Lindo, Patricia

Navarro Tausiet, Paz

Pérez Alonso, Edith

Peyman-Fard Shafi-Tabatabaei, Nima

Sepúlveda Muñoz, Jesús

Valverde Román, M.^a Elena

Revisoras y revisores

Aguiló Pastrana, Elena

Astray Coloma, Luis

Grupo PACAP SoMaMFyC (Madrid)

López Fernández, Luis Andrés

Martín Melgarejo, Teresa

Montaner Gomis, Isabel

Ruiz-Giménez Aguilar, Juan Luis

Soler Torroja, Mario

© 2018, **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**

Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfyc.es

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Coordinación y dirección editorial:



Carrer del Pi, 11, 2.^a planta, of. 13
08002 Barcelona
ediciones@semfyc.es

Diseño: Falcó

ISBN: 978-84-15037-67-5
Depósito legal: B-9839-2017

Printed in Spain

Agradecimientos

«De eso se trata, de coincidir con gente que te haga ver cosas que tú no ves.
Que te enseñen a mirar con otros ojos.»

MARIO BENEDETTI

Gracias a todas las personas que habéis hecho posible este texto, en especial a quienes lo habéis inspirado (grupo PACAP SoMa-MFYC), redactado y revisado, así como a la Junta Directiva de semFYC, semFYC ediciones, Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia, y a todas las «gentes del PACAP» por el cuidado, la paciencia, el apoyo, la confianza y el esfuerzo.

Ofrecemos este documento a profesionales de Atención Primaria y del sistema público de salud, nuestras compañeras y compañeros, que cada día se esfuerzan por contribuir y mejorar la salud de sus comunidades, con las que trabajan con tanto entusiasmo y profesionalidad.

Así mismo, está dedicado a todas las personas que comparten, en la calle y en otros ámbitos, preocupaciones, dificultades, sonrisas, y sueños, para lograr que nos miremos, nos reconozcamos y nos organicemos conjuntamente para defender y luchar por nuestro derecho a la salud y al disfrute individual y colectivo del río de la vida, nos pase lo que nos pase.

Marta Sastre Paz y C. Belén Benedé Azagra

Coordinadoras

«La Atención Primaria continúa siendo potencial de cambio y más que nunca tenemos necesidad de respuestas efectivas y eficientes ante las nuevas necesidades sociosanitarias. Tenemos necesidad de vínculos potentes entre los actuales recursos sanitarios de Atención Primaria y los sociales, porque el envejecimiento de la población, la movilidad, las nuevas tecnologías y las nuevas formas de enfermar precisan servicios de salud integrados con los sociales. Para la participación más activa y más informada de los usuarios es necesaria una orientación comunitaria de los servicios de Atención Primaria. Atención Primaria reguladora de las prestaciones de salud que reciben los usuarios, una respuesta fundamentada hacia el envejecimiento de la población futura. Necesitamos diseñar estrategias asociativas, promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciar la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas y necesidades. Es por ello que hoy, más que nunca necesitamos desarrollarnos en las actividades comunitarias.»

I Recomendaciones PACAP

Cómo iniciar un proceso de participación comunitaria desde el centro de salud

«Orientar comunitariamente la práctica profesional significa intervenir organizadamente en la realidad social con otros actores —técnicos profesionales e instituciones afincados en el mismo territorio y que atienden a una misma población— para que, conociendo las realidades locales, con un diagnóstico participativo, pudieran establecer estrategias comunes, coordinadas y cooperativas para la resolución de los problemas, demandas y necesidades de esa comunidad humana, contando con su participación y protagonismo.»

Elena Aguiló Pastrana

Contexto actual de la Atención Primaria: Dificultades y oportunidades para las actividades comunitarias

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción | 7 |
| Orientación comunitaria: hacer en Atención Primaria | 9 |
| 1. Comprometernos por la salud. Acción de abogacía por la salud | 9 |
| 2. Abordar de forma integral los problemas en nuestra atención | 11 |
| 3. Promover el empoderamiento y la participación de las personas en nuestra práctica profesional | 14 |
| 4. Abrirnos a la comunidad | 18 |
| 5. Incorporar la recomendación de recursos comunitarios y activos para la salud | 21 |
| 6. Investigar sobre las intervenciones comunitarias | 24 |
| Orientación comunitaria: no hacer en Atención Primaria | 27 |
| 1. No medicalizar los malestares de la vida diaria | 27 |
| 2. No culpabilizar a las personas de su estado de salud ni de su estilo de vida | 30 |
| 3. No creernos protagonistas de los procesos comunitarios | 32 |
| 4. No respetar la autonomía de las personas | 35 |
| 5. No dejar la orientación comunitaria al voluntarismo profesional | 37 |
| 6. No obsesionarse con la evidencia de la eficacia de las intervenciones comunitarias | 39 |

Introducción

«Lo comunitario no requiere ser inventado, solo retomado, porque no habrá salud sin la comunidad.»

PILAR REGATO, JULIA DOMÍNGUEZ, MAITE SANCHO³

La orientación comunitaria de los servicios sanitarios plantea la corresponsabilidad por la salud de la comunidad con la que trabajan, en contraposición con la orientación que solo da respuesta a la demanda, el tratamiento de los síntomas y las enfermedades¹. La incorporación de esta orientación supone un cambio de paradigma centrado en la salud y no en la enfermedad, ampliando el concepto de salud bajo el que se realizan los abordajes, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la misma, y la perspectiva más allá del sistema sanitario hacia una necesaria participación comunitaria en salud².

Para incluir esta dimensión es preciso hacer una serie de acciones en todos los niveles del sistema, y en especial en Atención Primaria de Salud (APS), dejando de considerar los servicios sanitarios como una empresa de provisión sin relación con la acción comunitaria. Solo así, estos asumirán su responsabilidad social, utilizando sus marcos estratégicos de coordinación y participación, y podrán enfrentar las necesidades individuales y colectivas, y los problemas de salud.

Los sistemas sanitarios públicos son de personas y comunidades, trabajan con ellas, se sitúan en contextos concretos y no pueden obviarse en su acción. Tampoco pueden eludir los principales determinantes de la salud, la perspectiva de equidad ni los pilares básicos del proceso salud-enfermedad (APS, acción intersectorial y participación comunitaria).

La atención comunitaria^{b,c} forma parte intrínseca de la APS existiendo una variabilidad importante en su desarrollo con dificultades de tipo conceptual y metodológico y siendo invisibilizada por el sistema, a pesar de la evidencia existente³. Para desarrollarla, es imprescindible incorporar la orientación comunitaria en todos los escenarios o ámbitos de actuación de la Atención Primaria⁴. El sistema ha de incorporar la participación y la orientación comunitaria, facilitando el intercambio, la formación, la investigación, el reconocimiento en cartera, la financiación y la evaluación^{2,4}. Para ello, se precisa una verdadera voluntad política en alianza con la población^{2,4}.

a Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónoma. Dres. Vicenç Navarro y Armando Martín-Zurro (coordinadores). IDIAPJordi Gol. Universitat Pompeu Fabra. 2009 semFYC Ediciones

b Atención Comunitaria: conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. Textos Legales 2009 <https://goo.gl/b5t9ZC>

c Cofino R. Monográfico sobre atención comunitaria. Blog Salud Comunitaria <https://goo.gl/1Z8Rfd>

d Cofino R. Orientación Comunitaria en Atención Primaria. Blog Salud Comunitaria <https://goo.gl/AauvRN>

Desde 1995, el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria –PACAP– de semFYC ha promovido las actividades comunitarias en el ámbito de la APS, avanzando en el conocimiento de los instrumentos y la metodología del trabajo comunitario. Este documento colaborativo es un paso más en la trayectoria del PACAP, continuando la labor de las Primeras Recomendaciones PACAP, guía imprescindible para el desarrollo de las actividades comunitarias^e en Atención Primaria⁵.

Con la convicción de que la orientación comunitaria es esencialmente participativa, interdisciplinar y colaborativa, hemos preparado el presente documento. Un texto valiente, que parte de un trabajo inicial del grupo PACAP SoMaMFyC, al que se suma la red del PACAP. Un documento con un marco conceptual común, elaborado por pares de profesionales de las áreas y grupos autónomos, que recoge las singularidades de sus participantes. Una riqueza que mitiga las dificultades ante el reto de lograr un texto plenamente homogéneo.

Orientación Comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria es una reflexión colectiva, no exenta de debate en su construcción, que pretende ser un Documento semFYC vivo que fomente el diálogo y el desarrollo de la atención comunitaria a través de las recomendaciones que recoge.

Marta Sastre Paz y C. Belén Benedé Azagra

Coordinadoras

Bibliografía

1. Gofín J, Gofín R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 21(2/3), 2007
2. Cofiño R, Pasarín MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(Supl.1):88– 93
3. March S, Jordán Martín M, Montaner Gomis I, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, Ramos M; grupo del Proyecto frAC. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. *Gac Sanit.* 2014;28(4):267–273
4. March S, Ripoll J, Jordán Martín M, Zabaleta del Olmo E, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, et al. Factors related to the development of health-promoting community activities in Spanish primary healthcare: two case-control studies *BMJ Open* 2017;7:e015934.
5. Astray L, Aguiló E, Bellver A, López M, Lozano M, Montaner I, et al. I Recomendaciones PACAP: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? [Internet]. PACAP, editor. semFYC; Disponible en: <http://www.pacap.net/es/recomendaciones/recomendaciones.pdf>

e Actividades Comunitarias: todas aquellas de intervención y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades. PACAP.

Orientación comunitaria: hacer en Atención Primaria

1

Comprometernos por la salud. Acción de abogacía por la salud

Tener presente y defender la salud como derecho fundamental de las personas

La recomendación internacional consiste en lograr la cobertura universal y de calidad de la Atención Primaria de Salud. En la 51.^a Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud de 1998 se acordó la «Política de Salud para Todos para el siglo XXI», en la que se definieron los valores éticos para Salud21: la salud como derecho fundamental, la equidad en materia de salud, la solidaridad de acción, y la participación y responsabilidad de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades en el desarrollo continuo de la salud¹. De esta forma, entendemos la salud como un derecho universal, un recurso esencial para la vida diaria, un objetivo social compartido, y debe ser una prioridad política para cualquier país. La **Promoción de la Salud** es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. La Carta de Ottawa identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud:

- realizar **abogacía por la salud**;
- **facilitar** que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y
- **mediar** a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad².

Hacer **abogacía por la salud** es llevar a cabo una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir:

- compromisos políticos,
- apoyo para las políticas de salud,
- aceptación social,
- apoyo de los sistemas,

con el fin de crear las condiciones de vida que conduzcan a la salud y a la adquisición de estilos de vida saludables³.

Esta estrategia debe ser adoptada por los tres perfiles de personas integrantes de la comunidad^f:

- **Decisoras/Políticas:** las y los profesionales de la salud tenemos capacidad y autoridad para hacer llegar a quienes tienen capacidad de decidir a nivel local, la información de salud de la población o las prioridades de salud, pudiendo identificar, denunciar y proponer acciones para mejorarla.
- **Técnicas o Profesionales:** debemos tratar de transmitir a las compañeras y compañeros el enfoque de salud integral (biopsicosocial) y de los determinantes sociales de la salud, ya que sabemos que el abordaje comunitario y contextualizado mejora la salud y el bienestar de la comunidad.
- **Población:** las personas tienen que ser tenidas en cuenta. En torno a sus necesidades y fortalezas se centra la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que estos sean eficaces. Es necesario facilitar su capacidad de actuar desde el empoderamiento para la defensa de su derecho a la salud, desde la corresponsabilidad de la gestión de los recursos y la participación en las decisiones de asignación de los mismos para el cuidado cotidiano y la ganancia en salud de toda la comunidad.

El derecho a la salud es una opción política y ética, y debemos tratar de contrarrestar todo aquello que vaya en contra.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud: Página web: www.who.org OMS: Salud 21 Salud para todos en el siglo XXI. Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid 1998
2. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1986. Declaración de Shanghái sobre la Promoción de la Salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Shanghái, 2016.
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259-267.

f Comunidad: la comunidad, de manera operativa, se define como un territorio habitado por una población, que cuenta –o no– con determinados recursos y que expresa –o no– determinadas demandas (Marchioni, 2013). Por tanto, de cara a realizar una intervención comunitaria deben tenerse en cuenta estos cuatro elementos y las interrelaciones entre los mismos:

- El territorio.
- La población/ciudadanía.
- Los recursos:
 - Técnicos (profesionales técnicos que intervienen en el territorio, públicos y privados).
 - Propiamente comunitarios (grupos formales –asociaciones– e informales de la población. A veces un grupo informal es más activo y real que uno formal).
- Las demandas/necesidades/potencialidades existentes.

Glosario Alianza Salud Comunitaria. <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/glosario>

2

Abordar de forma integral los problemas en nuestra atención

Incorporar los contextos y el abordaje integral en la atención

En Atención Primaria observamos que muchas de las consultas no versan sobre enfermedades. Los factores biológicos, psicológicos y sociales desempeñan un papel significativo en todos los estadios del proceso salud-enfermedad, por lo que consideramos necesario que el abordaje se realice teniendo en cuenta el contexto de las personas, las familias y las comunidades (problemas de salud, estado anímico, expectativas, capacidades, habilidades, redes, características sociales, entorno y activos...).¹ El contexto engloba la patología, la enfermedad, la persona y el medio ambiente.

La contextualización en la clínica busca individualizar en cada persona la generalización del proceso diagnóstico y las pautas de intervención basadas en la evidencia. No contextualizar puede conducir a errores en la toma de decisiones clínicas.

Nuestra atención, en el ámbito individual, familiar y comunitario, debe incluir algunas estrategias de interpretación e intervención orientadas hacia el contexto², tales como:

- el diagnóstico e intervención biopsicosocial
- el abordaje e intervención familiar y de la red de apoyo
- el enfoque de género
- la implicación en la búsqueda de la equidad (detección y atención de la vulnerabilidad social)
- la relación clínica de ayuda centrada en la resolución de problemas con decisiones compartidas.

Para ello, proponemos una serie de recursos que podríamos incorporar para utilizar en nuestro día a día³:

- **Sistematizar preguntas del ámbito psicosocial:** sugerimos sistematizar preguntas en la atención individual del ámbito psicosocial para identificar y registrar en la historia clínica aspectos como el nivel educativo, la situación laboral, la estructura familiar, las condiciones habitacionales o las redes de apoyo, valorando fortalezas y dificultades en cualquiera de estos aspectos. Cabe también la posibilidad de realizar un cribado de inequidades en la anamnesis para valorar el riesgo clínico relacionado con la situación de pobreza y diseñar una intervención si fuera preciso. Para ello, podríamos interrogar sobre: «¿alguna vez tiene dificultades para llegar a final de mes?», como pregunta propuesta con este fin por el Ontario College of Family Physicians⁴.
- **Registrar los Códigos Z:** grupo de códigos diagnósticos de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) para referirnos a «factores que influyen en el estado de salud» que podemos utilizar cuando una persona (enferma o no) contacte con los servicios sanitarios para tratar cualquier problema. En dicho grupo, se incluyen aspectos relacionados con la estructura familiar, el nivel de renta, las condiciones habitacionales... que repercuten sobre el estado de salud de las personas. La utilización de estos códigos permite valorar los determinantes sociales de salud y las desigualdades sociales en la salud en Atención Primaria, apoyando el abordaje integral de las personas dando valor a la orientación comunitaria.
- **Orientar los problemas individuales como colectivos:** es necesario detectar las causas sociales y buscar intervenciones comunitarias que respondan a problemas prevalentes (y no a intereses profesionales). La escucha, la formación, la orientación profesional y la realización de un estudio previo a cualquier intervención comunitaria es fundamental para su posterior desarrollo y evaluación.
- **Dar confianza y acordar el seguimiento:** formando parte como profesionales del contexto, del entorno de las personas con las que nos relacionamos.

Los nuevos conocimientos sobre el enfermar deben dar paso a nuevos métodos de trabajo. El paradigma biopsicosocial y el modelo salutogénico se ajustan mejor a la realidad que el biomédico, y resultan más eficientes para el abordaje integral en nuestra atención. Para ello, es preciso introducir cambios organizacionales en la consulta, en el centro de salud y en las relaciones con la población que atendemos, con la que trabajamos, como integrantes de la comunidad.

En consecuencia, en la orientación comunitaria se precisa tener en cuenta los contextos en todos nuestros ámbitos de actuación, lo que significa atender de una forma integral con un enfoque biopsicosocial, dando importancia a su entorno⁵ y a las capacidades individuales, familiares y comunitarias que este nos ofrece.

Bibliografía

1. Turabián JL, Pérez Franco B. Atención médica individual con orientación comunitaria - atención contextualizada: la figura es el fondo. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria 2003. [Consultado 14 enero 2018]. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=08>
2. Montaner I, Foz I, Pasarín MI. La salud: ¿un asunto individual...?. AMF 2012;8(7):374-382.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015. [Consultado 14 enero 2018]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politiclas_Reducir_Desigualdades.pdf
4. Ontario College of Family Physicians. Poverty. A clinical tool for primary care in Ontario. Ontario: Ontario College of Family Physicians, University of Toronto; 2013.
5. Ruiz-Giménez JL, Peñalva D, Hernández-Gil, A. ¿Cómo convertir mi trabajo en promotor de salud? AMF 2013;9(3):134-142.

3

Promover el empoderamiento y la participación de las personas en nuestra práctica profesional

Trabajar y colaborar en comunidad

El **empoderamiento** facilita que las personas fortalezcan sus capacidades, su confianza, su visión y su protagonismo, impulsando cambios positivos en las situaciones que viven. La **participación ciudadana** no es algo que se concede, sino un derecho. Un proceso en el que diferentes agentes de la comunidad son activos en el análisis, diseño, puesta en marcha y evaluación de las acciones de salud que responden a sus necesidades, estableciendo objetivos compartidos y actuando cooperativamente con un Equipo de Atención Primaria abierto a la comunidad.

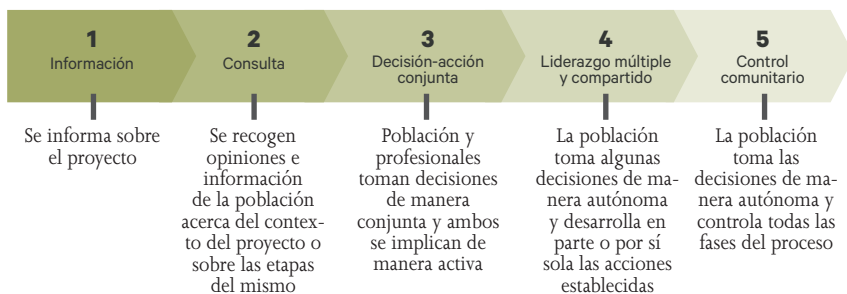
Al considerar el empoderamiento y la participación individual y colectiva, en los diferentes entornos, de acuerdo con las distintas condiciones sociales y personales, se produce una apuesta por la coproducción, la delegación y el control comunitario que enriquece a todas las personas. Estas han de crecer de una manera crítica y reflexiva para capacitarse en la toma de decisiones sobre la gestión de su salud¹.

Quienes ejercen un rol profesional han de pasar de tener un papel predominante o exclusivo en la toma de decisiones, a tener un mayor papel en la asesoría, la facilitación y la colaboración en las decisiones, potenciando el empoderamiento y la participación de las personas y las comunidades.

Además, han de existir espacios facilitadores y de capacitación para que se produzcan procesos de empoderamiento y participación, que se construyan tanto en los encuentros dentro de las consultas, como en las propias relaciones en y con la comunidad. Para ello, las acciones irán dirigidas a:

- Favorecer la información, transparencia:
 - Potenciando capacidades cognitivas y sociales, la motivación y la habilidad de las personas para acceder y usar la información de forma autónoma.
- Reconocer la capacitación de todas las personas, sus saberes en lo personal, familiar y colectivo.
- Reforzar la participación con la población con el desarrollo de sus derechos:
 - Creación y coordinación de grupos de opinión-participación-decisión con personas destacadas de la comunidad; revisando las inequidades en la estructura de los barrios; el acceso a recursos; la atención sociosanitaria y la presencia del enfoque de género; así como la colaboración con redes sociales del territorio.
 - Fomentando la participación real, que es aquella que se da a partir del nivel de «decisión conjunta» (figura 1).

Figura 1: Niveles de participación comunitaria y definición utilizada en el proyecto AdaptA GPS.



Cassetti V, Paredes J, López Ruiz V, García AM, Salamanca Bautista P. Evidencia sobre participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. GacSanit. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.008>

- Participar en la toma de decisiones compartidas, a través del fortalecimiento de la relación de ayuda y apoyo². Por ejemplo:
 - Ayudar a identificar problemas y activos mediante el trabajo con la gente del territorio, así como las situaciones de riesgo y las posibilidades de mejora; y racionalizar los recursos de los que se dispone.
 - Reconocer que las personas, informadas y formadas, quieren participar, tener el control sobre sus decisiones, cuidados y acciones, y no solo realizar lo que «manda» el Equipo de Atención Primaria.
 - Facilitar la reciprocidad en el aprendizaje, reforzando las relaciones personales.
 - Aceptar que sus acciones en promoción de salud tienen gran impacto en los determinantes de salud, por la influencia en las intervenciones que afectan a la modificación de las condiciones sociales, ambientales y económicas.

Por último, indicar qué herramientas hay que utilizar para desarrollar y provocar que suceda lo anterior³:

- Consejo breve motivador.
- Educación capacitadora para la salud individual y grupal⁴.
- Formación continuada e integral de agentes de salud.
- Programa docente de residentes y estudiantes de medicina, enfermería, trabajo social, psicología.
- Programas de seguridad del paciente del centro de AP.
- Estructuras de Coordinación y Participación sociosanitaria: mesas de salud, comisiones de participación ciudadana, consejos de salud, etc.
- Espacios de diálogo y encuentros colectivos, con asociaciones, fiestas de la salud, jornadas de puertas abiertas, etc.
- Compartir el uso y la creación de medios de información y comunicación participativos (periódicos, redes sociales, etc.).
- Asesoría y apoyo en los procesos clínicos y en la elaboración de últimas voluntades, respetando la toma de decisiones y el papel protagonista de las personas.

Bibliografía

1. Álvarez M, Bajo R. Dejar de hacer para poder hacer en Prevención y Promoción de la Salud. Plis Plas del Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria. Jornadas PAPPS PACAP de Madrid, 11 de febrero de 2016. <https://www.somamfyc.com/jornadas/jornadas-PAPPS-PACAP-2016>
<https://www.somamfyc.com/DesktopModules/Bring2mind/DMX/Download.aspx?PortalId=0&EntryId=1060> (consultado: 14/12/2017)
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid, 2015. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_implementacion_local.pdf (consultado: 14/12/2017)
3. Ruiz-Giménez JL, Peñalva D, Hernández A. ¿Cómo convertir mi trabajo en promotor de salud? AMF. 2013,9(3):134-142 http://amf-semfyc.com/web/revistas_ver.php?id=97
4. Manual de Educación para la Salud de la Sección Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de Navarra; 2006. (Consultado 10/11/2012). Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Indices/Buscador/?q=Manual+de+educacion+para+la+salud (consultado: 25/3/2018)

Una adecuada orientación comunitaria requiere trabajar junto con otros sectores que desarrollan políticas y actividades con impacto en salud, más allá del sector sanitario

La intersectorialidad es una de las claves de la salud comunitaria. Es una intervención coordinada de instituciones y personas representativas de más de un sector en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida¹. Se trata de un marco de trabajo que trasciende el mero intercambio de información.

El enfoque intersectorial no supone que un sector comience a realizar las acciones de los otros, sino que se dirige a trabajar conjuntamente o de manera coordinada hacia metas y resultados comunes, integrando una visión de salud en su quehacer^{1,2}.

La salud de las personas está determinada por factores socioeconómicos, la calidad ambiental y las conductas de salud o estilos de vida más que por la calidad de la asistencia sanitaria, por lo que debemos encontrar entre todos y todas un espacio de encuentro para trabajar conjuntamente.

Esta línea de «salud en todas las políticas» considera las implicaciones en la salud de las poblaciones de las decisiones políticas en servicios sociales, educativos, movilidad, urbanismo, medioambiente, etc., desde la cooperación y con perspectiva de equidad, intentando evitar los impactos negativos en salud.

Trabajar en red es una forma de cooperación en la que la organización hacia un objetivo común se basa en crear sinergias, evitar duplicidades y mantener el máximo respeto a la autonomía de las partes³. Esta construcción de relaciones, confianza, compromiso, liderazgo y capacidad de trabajo común necesita:

- tiempo,
- implicación,
- una práctica compartida con tareas,
- compromisos en la acción,
- trabajo desde la horizontalidad y el respeto mutuo.

Es fundamental la apertura a la comunidad y las comunicaciones entre sus nudos, por donde fluye información, propuestas o análisis.

Cada persona a nivel individual o junto con el resto de la comunidad puede desempeñar un papel de «agente activo de salud», para fomentar la autonomía de la comunidad y mejorar las condiciones de vida, con participación real dentro de un proceso democrático^{2,3}.

Cualquier intervención comunitaria^g en salud supone:

- reconocer y valorar lo que ya se está realizando en nuestras zonas básicas de salud
- apoyarlo,
- facilitar su coordinación con otras entidades y sectores y
- clarificar el rol comunitario de los Equipos de Atención Primaria, como un agente colaborador más.

Es imprescindible propiciar la creación de espacios a nivel de barrio, municipio, comarca... en los que diferentes actores involucrados participen y cooperen responsablemente en la toma de decisiones. *Consejos de salud de zona, Mesas de agentes, Consejos municipales de participación, Mesas intersectoriales, Mesas de salud*, de funcionamiento similar a través de reuniones periódicas y acciones conjuntas en favor de la salud de la comunidad, son ejemplos ya existentes, activos y reproducibles^{4,5}.

g Intervención Comunitaria en Salud: «Toda aquella actividad de intervención y participación que se realiza con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y que está dirigida a promover la salud e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus problemas, demandas o necesidades».

Intervención realizada con y desde la comunidad mediante un proceso de participación. Estas intervenciones pueden ser sectoriales cuando afectan a un solo ámbito de actuación (medio ambiente, seguridad, urbanismo...) o intersectoriales cuando están representados diversos sectores que comparten objetivos comunes aunque intervengan en diferentes ámbitos.

Glosario Alianza Salud Comunitaria. <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/glosario/#I>

Otras formas de trabajo intersectorial aplicables en nuestros territorios:

- apoyar y promover la participación sostenible de la comunidad alentando a las comunidades locales —en toda su diversidad— a involucrarse en todas las etapas (del diseño a la evaluación final) de las iniciativas de salud y bienestar,
- implicar a la administración local a través de sus áreas de acción y con su personal técnico,
- retroalimentar los resultados del compromiso de las comunidades locales involucradas y otros socios.

Debemos ser conscientes de que no estamos solas en el universo comunitario y que resulta irrenunciable trabajar junto con todas las personas y los sectores implicados en el mantenimiento y la mejora de la salud, el bienestar, y la calidad de vida de toda la comunidad.

Bibliografía

1. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_implementation_local
2. Quiroga R. La red social «A pie de Barrio». Una experiencia innovadora que actúa en claves distintas a las imperantes. Revista Comunidad n.º 10 (abril 2008). semFYC ediciones.
3. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. NICE guideline [NG44]. Marzo 2016. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>
4. Escartín P, Gimeno L, Cofiño R. Medicina Comunitaria en nuestro día a día. Gestión de lo cotidiano (2.ª edición). Barcelona: semFYC. 2016.
5. Aguilar MJ. Participación comunitaria en salud: balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en Atención Primaria. Comunidad. 2006;9:66-81.

Incorporar la recomendación de recursos comunitarios y activos para la salud

En nuestras comunidades existen recursos y activos para la salud que suponen una fuente de riqueza y bienestar

Los *determinantes sociales* de salud evidencian que las circunstancias en las que las personas viven, trabajan y se relacionan influyen fuertemente en los resultados en salud, además de generar desigualdades¹.

La *recomendación de activos* o «prescripción social»^h es una herramienta fundamental en nuestro maletín de orientación comunitaria, que tiene como objetivo mejorar la salud y reducir las desigualdades sociales en salud. Nos permite recomendar, en el marco de una relación terapéutica, recursos no clínicos ya existentes en la comunidad, y nos posibilita elaborar diagnósticos comunitarios o poner en marcha iniciativas compartidas de promoción de la salud.

Un activo para la salud se define como «cualquier factor o recurso que potencia la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar»². Así, los activos pueden ser³:

- personas
- grupos
- asociaciones
- instituciones
- servicios
- expresiones culturales
- espacios o lugares físicos
- elementos de la economía local

h Término adaptado del concepto inglés *Social prescribing*. Hace referencia a la recomendación de activos para la salud y actividades comunitarias vinculadas a la salud y bienestar de la comunidad de forma individual dentro del proceso de atención en consulta sanitaria y normalmente ejercido por parte de un profesional sanitario: medicina familiar y comunitaria, enfermería familiar y comunitaria y trabajo social sanitario

Glosario Alianza Salud Comunitaria. <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/glosario/#P>

El *abordaje biopsicosocial* nos permite conocer los contextos de las personas e identificar sus necesidades. La *recomendación de activos* complementa la atención biológica propiamente dicha, orientando a las personas hacia el recurso comunitario más apropiado. Una acción multidisciplinar que puede ser realizada por todo el Equipo de Atención Primaria, fomentando un enfoque compartido.

Para realizar una adecuada recomendación es esencial tener identificados los activos para la salud de la comunidad donde trabajamos, utilizando una metodología, como puede ser el «mapeo de activos para la salud»³ que contemple:

- La dinamización conjunta del proceso por estructuras sanitarias y no sanitarias: organizaciones voluntarias, asociaciones formales o informales...
- La necesaria incorporación para su visualización a una base de datos dinámica y accesible para la comunidad, una vez identificados los activos, difundiendo con criterios de equidad,
- La conexión entre diferentes activos, descubriendo necesidades e iniciando procesos que facilitan la priorización conjunta para la mejora de la salud de la comunidad.

Hay estudios sobre «prescripción social» que han observado beneficios en términos de mejora de calidad de vida, bienestar, autopercepción de salud o disminución de la ansiedad. Existe evidencia especialmente en personas con criterios de cronicidad, con problemas menores de salud mental, o que demandan asistencia sanitaria por motivos psicosociales⁴.

Se trata de una herramienta de bajo coste económico que favorece la orientación comunitaria y la creación de redes, fomenta la participación ciudadana, los espacios de reflexión y reduce el aislamiento social.

La recomendación de activos refuerza el enfoque de determinantes sociales de la salud en la práctica diaria, con una perspectiva de equidad y contribuye a la disminución de las desigualdades sociales en salud⁵.

Bibliografía

1. Wilkinson R, Marmot M. Determinantes sociales de salud. Los hechos probados. 2003. (Consultado 15-12-2017) Disponible en <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
2. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ.* 2007;Suppl 2:17-22.
3. Cofiño, R, Aviñó, D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016;30(Supl. 1):93-98.
4. Capella J, Braddick F, Schwartz H, Segura L, Colom J. Los retos de la prescripción social en la Atención Primaria de Catalunya: la percepción de los profesionales. *Comunidad.* Septiembre 2016;18(2):7.
5. López S, Suárez O, Cofiño R (coordinación técnica). Guía ampliada para la recomendación de activos (“prescripción social”) en el sistema sanitario. Principado de Asturias. Disponible en https://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/guia_ampliada_af.pdf

Reflexionar sobre las intervenciones comunitarias nos permitirá hacerlas más efectivas y duraderas

La investigación en promoción de la salud es un campo propio de la Atención Primaria. Aunque existe evidencia de su efectividad, todavía queda mucho por investigar, y hay margen para aportar¹. En este sentido, permite valorizar lo que hacemos y darlo a conocer a nuestro equipo, a otros equipos y a la comunidad; siendo una manera de dar voz y conocer más la comunidad.

Las intervenciones comunitarias son una estrategia de abordaje de las desigualdades en salud y es importante aportar evidencia de aquellas que funcionen en ese campo². La evidencia nos servirá para mejorar nuestras prácticas, reflexionar y diseñar intervenciones más efectivas y duraderas³. Es necesario el conocimiento adaptado a nuestras comunidades ya que la mayoría de las publicaciones científicas proceden de contextos distintos a los nuestros y no siempre son transferibles.

¿Qué investigar?

- Necesidades y expectativas de los y las participantes sobre la intervención.
- Efectividad de las intervenciones de las que no hay suficiente evidencia o que tienen un componente novedoso no evaluado.
- Evaluación de los diferentes aspectos de la intervención (no solo eficacia), como implementación (¿Cuál es la mejor manera de ponerla en marcha?), equidad (¿Quién se queda fuera?), difusión (¿A quién y cómo llegamos?), participación (¿Cómo participa la comunidad?) o sostenibilidad (¿Qué hace que una intervención se mantenga en el tiempo?).
- Posibles resultados no deseados de las intervenciones de promoción de la salud y maneras de prevenirlos, reflexionando sobre ellos.

- Quién, cómo y dónde (y hasta por qué) se realizan intervenciones comunitarias, revisando la evidencia disponible¹ y señalando buenas prácticas.

¿Cómo investigar?

- Incorporar la perspectiva de investigación y evaluación al iniciar el diseño o implementación de la intervención. Esto dará más margen para recabar información, optar por diseños que aporten más evidencia e integrar la evaluación en la misma intervención.
- Llegar hasta donde podamos llegar, sin que la investigación comprometa la factibilidad y aceptación de la intervención. No agotar la paciencia de profesionales y pacientes en pasar extensos cuestionarios por el afán de acumular datos. Centrarnos en que lo que hagamos esté muy bien hecho (por ejemplo, información bien recogida y analizada).
- Describir nuestra intervención con suficiente detalle para que otras personas puedan reproducirla e investigarla⁴.
- Buscar alianzas en la comunidad y fuera de esta. Recabar apoyos metodológicos cuando sean necesarios en universidades, unidades docentes o de investigación, salud pública u organizaciones no gubernamentales (ONG). Para eso, abrirse a las aportaciones de disciplinas no sanitarias (sociología, antropología...).
- Incorporar a la comunidad en los procesos de evaluación hasta donde sea posible. Pensar las evaluaciones como maneras de recoger la voz de quienes participan en la intervención.
- Priorizar temas de interés de la comunidad sobre los meramente profesionales.
- Incorporar formas y metodologías de investigación para obtener resultados fiables y útiles para mejorar situaciones colectivas, basando la investigación en la participación de los colectivos, a través de la investigación-acción participativa.
- Abrirnos más allá de las limitadas opciones de diseño que ofrece la pirámide clásica de la evidencia³ en términos de metodología, y utilizar cuando sea preciso metodología cualitativa, evaluaciones participativas, ensayos comunitarios, diseños ecológicos, cuasi experimentales, etc. Aunque la metodología cualitativa no sirve para estudiar la eficacia de las intervenciones, sí servirá para estudiar la aplicabilidad o transferibilidad, para definir o

modificar la intervención, para descubrir aspectos a medir, y para recoger las voces (expectativas/barreras/valoraciones) de todos los actores implicados. Es recomendable complementar las evaluaciones cuantitativas con esta mirada.

Bibliografía

1. March S, Torres E, Ramos M, Ripoll J, García A, Bullete O, et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: A systematic review. *Prev Med.* 2015;76:S94–104.
2. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades en salud en España. *Gac Sanit.* 2012;26:182–189.
3. Cofiño R, Álvarez B, Fernández S, Hernández R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria.* 2005;35(9):478–483.
4. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ.* 2014;348:g1687.

Orientación comunitaria: no hacer en Atención Primaria

1

No medicalizar los malestares de la vida diaria

Medicalizar la vida nos expropia la salud

Nuestra sociedad, a pesar de tener un mejor nivel de salud, paradójicamente presenta un aumento de las enfermedades y de las personas enfermas, o con diagnósticos de enfermedad. Se han desplazado al campo médico problemas de la realidad subjetiva y social de las personas considerándolas entidades médicas o problemas biomédicos que necesitan ser abordados por profesionales de la salud, y para cuya solución se precisa de un fármaco¹. Este fenómeno se llama medicalización. Al medicalizar aspectos de la vida cotidiana, estos pueden percibirse como problemas médicos sin serlo, etiquetando reacciones normales ante situaciones vitales como no saludables^{1,2}. Medicalizar la vida nos expropia la salud y nos incapacita como personas.

La medicalización ha contribuido al aumento de:

- frecuentación,
- utilización de servicios,
- gasto sanitario,
- insatisfacción,
- frustración,
- desgaste en los profesionales y en la ciudadanía^{1,2,4}.

Asistimos a la generación de una dependencia de la medicina, de su resolución tecnológica y farmacológica, que incapacita a las personas para reafirmarse y cuidarse individual y colectivamente. Existe cierta obsesión por una salud y una felicidad perfectas consi-

derando que el sufrimiento, la muerte, la frustración o el miedo no han de estar presentes en la vida de las personas saludables.

En el proceso de medicalización de la vida participan, en mayor o menor medida, todos los agentes implicados en la mejora de la salud: profesionales, pacientes, instituciones, industria farmacéutica y medios de comunicación, fomentando la cultura sanitaria del «todo, aquí y ahora» que se ampara en la fascinación por la tecnología y la inmediatez¹⁻⁵.

No tener en cuenta en nuestra práctica los determinantes sociales de la salud, la equidad y el contexto de las personas que atendemos hace que medicalicemos cuestiones que tendrían que tener otro abordaje.

La desmedicalización debería estar en la base de las acciones de los sistemas de salud en el ejercicio del derecho fundamental de protección de la salud, y ser un objetivo de las intervenciones de promoción de la salud y salud comunitaria. Dejar de medicalizar la vida es luchar por la sostenibilidad del sistema y actuar con principios de la bioética centrándonos en la búsqueda de soluciones positivas individuales y colectivas para afrontar lo que ocurre en el proceso salud-enfermedad.

NO medicalizar los malestares de la vida diaria implica:

- No expropiar el derecho al proceso vital de salud-enfermedad. «Desenfermar». Desarrollar estrategias capacitadoras y de coproducción, desde lo individual hacia lo colectivo.
- No crear personas enfermas donde no las hay, no culpabilizar ni focalizar en soluciones individuales sin tener en cuenta el contexto y las condiciones de vida.
- No dejarnos llevar por la cultura del «todo, aquí y ahora».
- No poner etiquetas de enfermedad a acontecimientos vitales ni a falsas enfermedades. Plantearnos que los diagnósticos pueden ser algo provisional, en su ámbito, en su contexto.
- No hacer «para poder hacer», favoreciendo espacios de atención adecuada con tiempo y recursos suficientes facilitando el abordaje intersectorial.

- No abordar únicamente la consulta individual desde el modelo biomédico, sino de manera integral, con estructuración desmedicalizadora², y con perspectiva biopsicosocial contextualizada y salutogénica, basándonos en las capacidades de los individuos, las familias y las comunidades.
- No olvidar la búsqueda de activos para la salud, individuales y colectivos, y su recomendación.
- No medicalizar la promoción de la salud.
- No medicalizar lo social, ni socializar lo médico.

Bibliografía

1. Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E, Fagundo Becerra EM^a, Alejandro Lázaro G, Carmona de la Morena J, et al. Medicalización de la vida (I). Rev Clin Med Fam. [Internet]. 2011 Jun;4(2):150-161. Disponible en: <https://goo.gl/518EEJ>
2. Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E, Fagundo Becerra EM^a, Alejandro Lázaro G, Carmona de la Morena J, et al. Medicalización de la vida (II). Rev Clin Med Fam. [Internet]. 2011 Oct; 4(3):211-218. Disponible en: <https://goo.gl/f57AZh>, <https://goo.gl/MZY4q9>
3. Aguiló E. Los grupos en atención primaria y los malestares de la vida cotidiana. AMF. 2010;6(7):372-381.
4. Aguiló E. Contexto actual de la Atención Primaria: Dificultades y oportunidades para las actividades comunitarias. Revista clínica electrónica en Atención Primaria. Set 2008;16:1-6. Disponible en:<https://ddd.uab.cat/record/98658>
5. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria. 2003;5(2):47-53.

No culpabilizar a las personas de su estado de salud ni de su estilo de vida

El contexto social en el que vivimos determina nuestra salud

La salud es el resultado de la interacción de sus determinantes (educación, vivienda, empleo, servicios sanitarios, etc.) sobre los que influyen numerosos sectores con sus políticas públicas, pero también la propia población, con sus organizaciones formales e informales. En suma, la salud pasa de ser un concepto médico o epidemiológico a un concepto social. El contexto en el que vivimos determina nuestra salud, no solo el espacio, sino también la época¹.

Se puede culpabilizar a la persona e ignorar aspectos de responsabilidad social relacionados con los estilos de vida, si²:

- Se responsabiliza únicamente a las personas de su estado de salud, sin tener en cuenta la situación social y ambiental en la que viven.
- Ignoramos cómo la adopción de estilos de vida está determinada por el entorno, las condiciones de vida y la adquisición de habilidades para la misma.

El trato profesional en la consulta que culpabiliza por el estado de salud y el estilo de vida no consigue modificarlos, ni motiva a ello. La utilización de modelos culpabilizadores frente a los reflexivos en las acciones grupales o comunitarias, de educación para la salud o promoción de la salud con escasa participación de las personas a las que se dirigen, generan menos posibilidad de cambio, transformación o empoderamiento.

Se ha estudiado que las personas con diabetes que fueron atendidas con mayor empatía mejoraron su control metabólico y sus niveles de colesterol. Esto se explica, en parte, por un aumento en la adherencia al tratamiento farmacológico y por actitudes más activas

y responsables de las personas con diabetes, pero además, por el poder terapéutico que conlleva la relación profesional-paciente en sí misma³.

Todos los días tomamos decisiones personales y responsables que promueven (o no) la salud. Nuestras condiciones de vida, nuestro entorno, hacen que, unas veces, lo tengamos más fácil y, otras, menos.

Como sociedad, debemos asegurarnos de que las personas saben cuáles son las opciones más saludables y proporcionar entornos y políticas que apoyen que las elecciones más saludables sean las más fáciles, en vez de culpabilizar (y a veces criminalizar) a las personas que no adoptan la elección más saludable.

Bibliografía

1. Wilkinson R Marmot M. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. Traducción de la segunda edición de la OMS [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 33 p. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
2. Sarriá Santamera A, Villar Álvarez F (coords.). Promoción de la salud en la comunidad [Internet]. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED); 2014. Disponible en: http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,23375984,93_23375985&_dad=portal&_schema=PORTAL&_piref93_23376059_93_23375984_23375984.next_page=/htdocs/ficha.jsp?IdArticulo=0103008CT01A01
3. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med.* 2011 Mar;86(3):359–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21248604>

No creernos protagonistas de los procesos comunitarios

El protagonismo ha de ser compartido

Los servicios de salud no son los protagonistas, sino uno más de los recursos técnicos que forman el entramado comunitario: administración, recursos-profesionales y población. Desde ellos, nuestro papel es apoyar, dinamizar y exponer saberes técnicos que contribuyan al trabajo común, con protagonismo compartido por quienes conformamos la comunidad^{1,2}. Esta debe ser la premisa del Equipo de Atención Primaria cuando se suma a procesos comunitarios ya existentes, o impulse nuevos: liderazgo compartido, fomentando la participación de todas las personas. La población no debe considerarse como mera receptora de actividades diseñadas y llevadas a cabo por otros agentes (habitualmente desde recursos, como profesionales o personal técnico).

Desde una perspectiva de equidad, no debemos olvidarnos de las dificultades de participación que tienen algunas personas, que habitualmente se quedan al margen de los procesos, evitando tomar decisiones por ellas y fomentando que puedan participar de pleno derecho, contribuyendo con sus saberes y experiencias¹.

Otorgarnos el protagonismo en los procesos comunitarios contribuye a la yatrogenia y a generar conflictos con otros servicios, sectores y ciudadanía. Además, genera frustración al no cumplirse las expectativas construidas sobre una base de protagonismo irreal y omnipotencia.

Los servicios de Atención Primaria nos creemos los protagonistas al:

- No respetar el derecho de la población y de otros recursos a implicarse en la medida de su voluntad, intereses y posibilidades. La participación es un proceso en el que las personas

aprendemos a participar, teniendo en cuenta ritmos propios que debemos respetar^{1,3}.

- No reconocer ni valorar los conocimientos, habilidades y experiencias de todas las personas.
- No asumir que nuestras prioridades, objetivos y enfoque pueden ser distintos de los de otros agentes de la comunidad y no tienen un valor superior³.
- No garantizar el derecho a la participación en salud de los procesos comunitarios implica:
 - No incorporar desde las instituciones procesos de trabajo que favorezcan el protagonismo de la ciudadanía y su participación activa³.
 - No promover el funcionamiento adecuado de los órganos de participación ciudadana en salud, como los consejos de salud.
 - No aportar recursos disponibles (personas, espacios, apoyo técnico...) a los procesos participativos comunitarios³.
 - No favorecer la presencia de la población en grupos de discusión y decisión, con participación real e influencia en la toma de decisiones^{3,4}.
 - No facilitar que las personas se puedan implicar, al no tener en cuenta ni realizar³:
 - Identificación y eliminación de barreras para la participación.
 - Usos de tipos de comunicación que fomenten más el interés y la inclusión en el proceso.
 - Ajustes de horarios que encajen con las necesidades de la población.
 - Adaptaciones según las necesidades de las personas con diversidad funcional en la elección de locales.
 - Ofertas de servicios de conciliación a las personas cuidadoras.
 - Traducciones de los documentos considerando la diversidad cultural.
- No implementar actividades comunitarias desde los servicios de salud contemplando a la población como agente que participa en todas las etapas del proceso (análisis, priorización y

- selección, planificación, diseño, desarrollo y evaluación), sino tratando a la población como mera receptora¹⁻⁴. Esto supone:
- No apoyar el desarrollo de alianzas basadas en las necesidades y prioridades locales, utilizando el enfoque basado en activos y las actuaciones centradas en el territorio.
 - No facilitar las estrategias de coproducción entre ciudadanía, tejido social y grupos comunitarios.
 - No construir sobre las actividades actuales o anteriores y las experiencias de la gente local, utilizando las redes existentes en la comunidad y las infraestructuras.
- No adoptar un rol facilitador que favorezca el diálogo y el trabajo conjunto. Este rol directivo y autoritario lo adoptamos cuando:
- No consideramos que existen acciones comunitarias sin la presencia de un asesoramiento técnico, metodología que las guíe.
 - No fomentamos actividades que potencian la capacidad de personas y grupos para abordar sus problemas, demandas y necesidades.
 - No favorecemos el desarrollo de intervenciones entre iguales.

Bibliografía

1. Marchioni M. Planificación social y organización de la comunidad. Editorial Popular. Madrid 1989.
2. Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una estrategia comunitaria. Osakidetza. Gobierno Vasco. Bilbao 2016.
3. National Institute for Health and Care Excellence [sede Web]. NICE guideline [NG44]; United Kingdom; March 2016. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. [Consultado: enero de 2018.] Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>
4. Escartún Lasierra P, López Ruiz V, Ruiz-Giménez Aguilar JL. La participación comunitaria en salud. Comunidad. Noviembre 2015;17(2):16 Disponible en: <http://comunidadsemfyc.es/la-participacion-comunitaria-en-salud/>

No respetar la autonomía de las personas

Nuestro rol profesional no debe ser paternalista ni autoritario, sino de colaboración y apoyo a favor de la autonomía de las personas

La base de la función profesional es contribuir, mediante la relación interpersonal, a la salud de las personas, las familias y las comunidades. En esta relación interpersonal, los principios de justicia y no maleficencia definen la ética de mínimos y los de beneficencia y autonomía, la de máximos. De ahí nace la reivindicación del derecho de las personas a apropiarse de su vida y decidir por sí mismas, como seres autónomos, qué, cómo, cuándo y por quién desean ser cuidadas a lo largo de ella, en sus procesos de salud-enfermedad¹.

La obligación de las y los profesionales es respetar las decisiones autónomas de las personas y grupos y ayudarles a realizar, en lo posible, su proyecto vital. Para ello, precisamos un cambio en el modelo de relación: del paternalista y autoritario –modelo biomédico actual– a uno democrático, deliberativo y participativo.

Es necesario permitir que las personas, la población, incidan en la toma de decisiones, así como cuáles son los temas de interés comunitario. Esto supone reconocerlas y considerarlas válidas para la interlocución en la priorización de sus problemas, necesidades o acciones en salud. Para ello, es esencial utilizar modelos liberadores y capacitadores en la acción comunitaria y en orientación comunitaria en Atención Primaria.

Como profesionales, no respetamos la autonomía de las personas o de los grupos al colocarnos en un rol en el que:

- No buscamos una interacción que cuente con su participación en los procesos de toma de decisiones clínicas, ni en la determi-

nación de políticas sanitarias para mejorar la calidad global de la atención sanitaria recibida.

- No nos interesamos por las creencias y los valores de preferencia de las personas y colectivos sociales, para adaptar la relación de manera conveniente.
- No colaboramos con las personas en descubrir y decidir qué es lo que les parece más beneficioso para ellas, sino que damos por hecho lo que, a nuestro juicio, estas quieren y deben hacer. El único límite inicial a la decisión personal vendría dado por aquello que la sociedad, en conjunto, haya definido como dañino o maleficente (lo sanitariamente contraindicado) o injusto (lo económicamente no equitativo).
- No favorecemos el empoderamiento de las personas, ni les proporcionamos conocimientos y habilidades que les capaciten para ser más dueñas de su salud².
- No tenemos en cuenta su papel activo en relación con su salud al: no informar o no dialogar, no favorecer que expresen sus necesidades³, no tenerlas en cuenta o no escuchar las decisiones que las personas autónomamente toman.
- No practicamos una relación profesional centrada en las personas con: capacidad de escucha, cordialidad, calidez, respeto, empatía, comprensión, concreción, seguridad, información clara, uso de lenguaje asequible para ofrecer alternativas, evitando juicios, y con competencia clínica⁴.

Bibliografía

1. Altisent Trota R, Delgado Marroquín MT, Jolín Garijo L, Martín Espíldora MN, Ruiz Moral R, Simón Lorda P, Vázquez Díaz JR; Grupo de trabajo de la semFYC. Sobre bioética y medicina de familia (II), (III), (IV) (y V). Atención Primaria 2000; vol. 25.
2. Turabián JL, Pérez-Franco B. ¿Cuál es el sentido de la educación para la salud y las actividades «comunitarias» en atención primaria? Aten Primaria. 1998;22:662–6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cual-es-el-sentido-educacion-14992>
3. Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Aten Primaria. 2006;38(4):234-7.
4. Borrel F, Bosch JM. Entrevista clínica y relación asistencial. La atención centrada en la persona. Cap. 4 del libro Atención Primaria. 7.ª Ed. Martín Zurro, et al. 2014 Elsevier.

No dejar la orientación comunitaria al voluntarismo profesional

La orientación comunitaria de la Atención Primaria no puede depender exclusivamente del voluntarismo profesional. El apoyo institucional es esencial

Una responsabilidad clave de la Atención Primaria de Salud es el desarrollo de actividades comunitarias, aunque no todos los equipos las llevan a cabo¹. A pesar de estar incluido el abordaje comunitario de la salud y el enfoque promotor de salud, en los marcos legislativos y en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, no se ha desarrollado ni apoyado lo suficiente, y se han delegado la mayoría de las acciones comunitarias al voluntarismo y a la iniciativa personal de las y los profesionales². Esto dificulta la posibilidad de alcanzar los resultados en salud esperados y la sostenibilidad de los procesos comunitarios.

Las características personales de los profesionales, como la sensibilidad social, la profesión, sentir el apoyo del equipo o la motivación, tienen influencia en la realización de actividades comunitarias¹. Las y los profesionales reconocen como obstáculos para realizar estas actividades la falta de apoyo institucional y la necesidad de llevar a cabo esas actividades fuera de su horario laboral^{3,4}. Un sistema de salud no puede permitir que quienes realizan estas actividades, y que en ocasiones desarrollan su práctica en contextos de mayor vulnerabilidad social, sean profesionales con fuerte compromiso con la salud de la población, con mirada comunitaria incorporada en su rol profesional pero sin apoyo institucional ni reconocimiento³.

Que las actividades de salud comunitaria presenten un alto grado de voluntarismo conlleva el riesgo de desilusionar y «quemar» a los profesionales⁴. No se valora el coste, en salud, económico y profesional, que esta dependencia puede producir, limitando la sostenibilidad de procesos comunitarios que requieren de compromiso a largo plazo. Sin el apoyo institucional y el reconocimiento

de las actividades comunitarias como parte del abordaje integral de la salud no se crean las condiciones para que las y los profesionales dediquen tiempo laboral a esas actividades⁵.

En definitiva, la perspectiva social y de la comunidad debe incluirse en la asistencia sanitaria¹. Las actividades comunitarias no solo han de formar parte de la cartera de servicios, del contrato programa o de otras herramientas de gestión de las instituciones sanitarias y de salud pública, sino que deberían contar con los medios necesarios para su desarrollo, implementación y evaluación^{2,4}.

Además, las instituciones deben proveer formación específica y asesoramiento a los Equipos de Atención Primaria al respecto, incluyendo apoyos técnicos y presupuestarios^{1,2,4}. Se deben definir mejor las tareas comunitarias esperadas de cada profesional de la salud en este campo, así como proporcionar estabilidad laboral¹. No deben quedarse en declaraciones institucionales, que no lleguen a la práctica habitual de los y las profesionales sanitarios. Se necesitan marcos teóricos, metodologías y herramientas apropiadas para las iniciativas comunitarias en Atención Primaria^{1,3}.

Bibliografía

1. March S, Ripoll J, Jordan Martin M, Zabaleta E, Benedé Azagra CB, Elizalde L et al. Factors related to the development of health-promoting community activities in Spanish primary healthcare: two case-control studies. *BMJ Open* 2017;7:e015934.
2. March S, Jordán M, Montaner I, Benedé CB, Elizalde L, Ramos M; el grupo del Proyecto frAC. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. *Gac Sanit.* 2014;28(4):267-273.
3. Aguiló E. Los profesionales sanitarios y la comunidad. ¿Necesidad o utopía? Conferencia de Apertura del VI Encuentro PACAP 2004
4. 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). Premio Isabel Fernández semFYC 2008. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1215222>
5. Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, De Peray JL, Gofin J. Salud comunitaria: Una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010;24(Supl. 1):23-27.

No obsesionarse con la evidencia de la eficacia de las intervenciones comunitarias

No hay que dejar de probar intervenciones porque no haya suficiente investigación, ni sobreinvestigar lo que ya está investigado

Existe la idea de que las intervenciones comunitarias no son efectivas, y esta puede ser a veces una razón para no llevarlas a cabo¹.

Esto proviene de una interpretación sesgada de los principios de la medicina y enfermería basadas en la evidencia², que se centran en el uso de las intervenciones que han demostrado efectividad según unos determinados procedimientos de investigación. Estos procedimientos no están pensados para investigar con y para las comunidades, sino para el abordaje individual.

Por tanto, **que no haya evidencia no quiere decir que no funcione una intervención**, sino que no ha habido investigación suficiente que concluya su efectividad (o la falta de ella), o que no ha habido investigación de determinado tipo.

Es más difícil aportar evidencia sobre las intervenciones comunitarias de promoción de la salud que sobre otras intervenciones sanitarias³, porque:

- Se esperan resultados a medio largo plazo, y no siempre son fáciles de medir.
- Se trata de intervenciones de difícil mantenimiento, aleatorización y seguimiento.
- El sujeto es poblacional.
- Existen dificultades para encontrar controles.
- Son intervenciones complejas e intersectoriales.
- Dificultad para atribuir causalidad clara.
- Su efectividad está relacionada con el contexto.
- Cuando se realizan evaluaciones comunitarias, se publican menos.

Por otra parte, tampoco es necesario sobreinvestigar lo que ya está investigado, porque en realidad sí existe suficiente evidencia de la efectividad de determinadas intervenciones⁴. Los resultados indican:

- Que algunas intervenciones tienen suficiente evidencia para ser implementadas. Por ejemplo, las intervenciones de educación para la salud para promover el autocuidado en personas con enfermedades crónicas o las que movilizan recursos de la comunidad para mejorar los factores de riesgo cardiovascular.
- Que falta investigación en determinados campos, como por ejemplo sobre el efecto de las intervenciones comunitarias en la salud mental.

Por lo tanto, cuando falte evidencia (investigación con enfoques orientados a la causalidad), valoraremos realizar evaluaciones/ investigaciones que puedan aportarla. También se puede (y se debe) realizar evaluación/investigación con enfoques diferentes a los propuestos por la evidencia (participativos, cualitativos, cuasi experimentales, de implementación), para mejorar las intervenciones y darlas a conocer⁵. Mientras tanto, se recomienda:

- No realizar investigaciones o evaluaciones con diseños complejos, cuando estos comprometan la factibilidad o la participación de las intervenciones.
- No recoger excesiva y reiterada información sin saber exactamente para qué y cómo se utilizará.
- No hacer evaluaciones solo al final, obviando las evaluaciones intermedias y la descripción de los procesos.
- No investigar para tratar de aportar evidencia local sobre intervenciones que ya se han demostrado efectivas. En todo caso, realizar estudios de implementación puede ayudar a que la intervención se difunda con más facilidad en otros contextos.

Lo que no hay que hacer es malinterpretar y obsesionarse con la evidencia para dejar de hacer medicina comunitaria o para comprometer su práctica.

Bibliografía

1. Rubio-Valera M, Pons-Vigues M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One*. 2014;9(2):e89554.
2. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992;268(17): 2420–5.
3. Jackson SF. ¿Qué es lo «mejor» en promoción de la salud? [original en francés] *Glob Health Promot*. 2012;19(1):65-67.
4. March S, Torres E, Ramos M, Ripoll J, García A, Bullete O. Adult community health-promoting interventions in primary health care: A systematic review. *Prev Med*. 2015;76 Suppl:S94–104.
5. Rabin BA, Brownson RC, Haire-Joshu D, Kreuter MW, Weaver NL. A glossary for dissemination and implementation research in health. *J Public Health Manag Pract*. 2008;14(2):117–23.