



Consideraciones sobre el informe de la situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria

Para contactar:
Sebastià March Llull
smarch@ibsalut.caib.es

Autores:
Sebastià March Llull. Sociólogo. Unidad de investigación GAP Mallorca, Servei de Salut de les Illes Balears
Mària de Lluç Bauzá Amengual. Enfermera. Profesora de Promoción de la Salud, Universitat de les Illes Balears
Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar. Médico de familia. CS Vicente Soldevila, Servicio Madrileño de Salud
Mario Soler Torroja. Médico de familia. CS Profesor Jesús Marín, Molina de Segura, Murcia
María Ramos Montserrat. Técnica de salud. Conselleria de Salut i Consum, Govern de les Illes Balears

El Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) realizó en 2008 un informe sobre la situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria (AP) de salud en España. Este informe fue el resultado de un proyecto de investigación encargado y financiado por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad y Consumo. El presente artículo sintetiza y valora los principales resultados del informe¹.

El proyecto de investigación constaba de tres fases: una revisión documental de experiencias de actividades comunitarias (AC) de promoción de la salud, un cuestionario contestado por informantes claves en cada una de las comunidades autónomas, y un panel de expertos para realizar propuestas de mejora. A continuación se explican, para cada una de estas fases, los métodos utilizados, los principales resultados y algunos comentarios.

Fase I: revisión documental de experiencias de actividades comunitarias en Atención Primaria²

Se realizó una revisión documental de artículos publicados en revistas científicas, actividades registradas en redes de actividades comunitarias o de promoción de salud, proyectos premiados por el PACAP y comunicaciones presentadas en encuentros anuales del PACAP.

Los resultados más relevantes obtenidos en esta parte del estudio fueron los siguientes:

Se identificaron 586 actividades de las que se excluyeron 114 (19%) por no cumplir los criterios preestablecidos de definición de AC. En las 472 AC que cumplían los criterios, participaron 300 centros de salud. Esta participación fue muy desigual por comunidades autónomas: se identificaron más en Madrid, Cataluña y Andalucía, y ninguna en Navarra, Ceuta y Melilla. El 71,8% se localizaron mediante redes, principalmente en la Red de Actividades Comunitarias (RAC) del PACAP (62%). El 19,3% eran artículos, y el resto,

AC premiadas y comunicaciones. Las poblaciones diana más frecuentes fueron población general (22,2%), jóvenes (18,2%), y madres y padres (10,2%). El 58,2% tenía alguno de los siguientes objetivos: capacitar a la comunidad para optar por comportamientos más saludables, transmitir información sanitaria a la población o fomentar el autocuidado. En el 66,7% no participó ningún agente (servicios sociales, educación, etc.) además de AP. Del resto, participaron sectores no sanitarios (53,8%), entidades cívicas (26,9%) y administraciones (24,2%).

Comentarios sobre la fase I

Este estudio constituye una primera aproximación a las experiencias de AC realizadas en AP en España desde el inicio de la reforma. Uno de los principales resultados es que hay al menos 300 centros de salud con experiencia en AC, lo que representa aproximadamente el 10% de los centros de España³.

Los autores destacan algunos puntos fuertes y débiles sobre el diseño y la metodología utilizados en el estudio. El principal punto débil es el sesgo de publicación, ya que no todas las experiencias que se han realizado han hecho un esfuerzo de difusión más allá de su ámbito más próximo. Muchas experiencias no se han publicado ni adscrito a ninguna red, y sólo en algunos casos se han presentado en forma de comunicaciones o pósters a congresos científicos nacionales o de comunidades autónomas, no disponiendo de fuentes para obtener esta información. El punto fuerte que aporta el estudio es una definición de las AC consensuada por el grupo heterogéneo que componía el equipo de investigación y que puede ser utilizada para otros estudios similares.

Otro resultado destacable es que sólo el 41% de las AC identificadas mencionaban la perspectiva teórica o metodológica que utilizaban. De éstas, el 75% decían que utilizaban la educación para la salud. El bajo porcentaje de AC que menciona una perspectiva puede estar relacionado con el desconocimiento que los profesionales tienen sobre este tema. Esto, a su vez, tiene que ver con el poco debate que existe respecto a los paradig-

EL PUNTO FUERTE QUE APORTA EL ESTUDIO ES UNA DEFINICIÓN DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS CONSENSUADA POR EL GRUPO HETEROGÉNEO QUE COMPONÍA EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN Y QUE PUEDE SER UTILIZADA PARA OTROS ESTUDIOS SIMILARES

mas científicos que configuran la educación para la salud que ha habido entre los profesionales de la salud en España. Según Sánchez Moreno y colaboradores⁴, se pueden apreciar tres generaciones en el desarrollo de la educación para la salud, que se resumen en la tabla 1. Estas van en paralelo con los cambios sociopolíticos, la evolución de la nosología y los factores de riesgo. En España, no se ha producido un debate paradigmático entre los profesionales, los gerentes, los políticos y la ciudadanía respecto a las diferentes perspectivas presentes en estas generaciones. Esta falta de debate puede dificultar el desarrollo de la educación para la salud, que podría generar un cambio hacia las actividades comunitarias.

Fase II: cuestionario a informantes clave de las comunidades autónomas⁶

Con el objetivo de conocer el grado de implantación de las AC en AP por comunidades autónomas, se envió una carta a todos los presidentes de las sociedades autonómicas de la semFYC y a los responsables autonómicos del PACAP para solicitarles su colaboración en la identificación de uno o más informantes claves de su comunidad autónoma. El equipo de investigación elaboró un cuestionario que se envió por correo postal y electrónico a los informantes claves de cada comunidad. En algunas comunidades autónomas se seleccionó a más de un informante clave, a decisión de los representantes de cada comunidad.

Se identificaron 29 informantes claves en 17 comunidades autonómicas y se obtuvo un mapa de la participación de cada comunidad en AC (figura 1). Destacan Castilla-La Mancha y Navarra (más del 80% de los Equipos de Atención Primaria [EAP] realizan AC). En casi toda España, parte de las AC se hacen fuera de horario laboral. Enfermería y trabajo social son los colectivos más implicados en las AC.

Todas las comunidades autónomas reciben algún apoyo para realizar AC: sobre todo de gerencias de AP, servicios autonómicos de salud, ayuntamientos, servicios de salud pública y sociedades científicas. El apoyo más extendido es la formación a profesionales, la inclusión de las AC en la cartera de servicios y la oferta de materiales, locales y de apoyo técnico para realizarlas. El grado de implicación de las asociaciones ciudadanas y de la AP en las AC fue valorado como medio, mientras que el del resto de las instituciones se valoró como bajo.

Más de la mitad de las comunidades autónomas tienen consejos de salud activos, que van de uno

Tabla 1 ESTRUCTURAS DE RACIONALIDAD EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD⁵

	Primera generación	Segunda generación	Tercera generación
Paradigma	▶ Tecnológico	▶ Hermenéutico	▶ Participativo
Objeto de conocimiento	▶ Objetivo	▶ Subjetivo	▶ Dialéctico
Fin	▶ Leyes universales	▶ Autorrealización	▶ Emancipación
Método	▶ Cuantitativo	▶ Cualitativo	▶ Cualitativo
Papel del sujeto	▶ Receptor del conocimiento	▶ Constructor del conocimiento	▶ Utilizador del conocimiento para la interacción con los demás en tareas sociales
Papel de la comunidad	▶ Cliente	▶ Contexto	▶ Contexto
Papel de la educación para la salud	▶ Autoridad	▶ Mediadora para la autonomía personal	▶ Mediadora para la autonomía personal
Concepto fundamental	▶ Educación sanitaria	▶ Educación para la salud	▶ Educación para la salud

(Islas Baleares) a 254 (Castilla y León). La mayoría tienen mesas intersectoriales que incluyen sobre todo asociaciones ciudadanas, AP, ayuntamientos y consejerías de salud y educación.

Los canales más usados para la difusión de las AC son folletos y carteles. Menos de la mitad de las comunidades autónomas usan medios de comunicación y nuevas tecnologías.

Las dificultades más destacadas fueron: falta de tiempo, formación y motivación. Las oportunidades: motivación de profesionales, apoyo institucional, grado de asociacionismo, existencia de mesas intersectoriales o consejos de salud, equipos de trabajo multidisciplinar y ser centros docentes. El grado de participación en las AC en España es heterogéneo y mayoritariamente bajo (del 20 al 40% de los EAP realizan AC). Las comunidades autónomas que más AC llevan a cabo tienen más apoyos, consejos de salud y mesas intersectoriales, y valoran mejor las oportunidades.

Fuente: Adaptación de Alba MM, Arreche A, Balboa CE, Mermejo M, García RJ, Sarriés A, et al. Guía de promoción de la salud para trabajar con agentes de salud comunitarios. Instituto Madrileño de la Salud. Área 1 Atención Primaria. Madrid: IMSALUD; 2003.

ENFERMERÍA Y TRABAJO SOCIAL SON LOS COLECTIVOS MÁS IMPLICADOS EN LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Figura 1. Participación de los equipos de Atención Primaria en actividades comunitarias



Comentarios sobre la fase II

La principal aportación de este estudio es demostrar de una manera gráfica la variabilidad de participación en las AC entre las comunidades autónomas. Además aporta valiosa información sobre los apoyos que reciben estas AC en cada comunidad, ofreciéndonos una idea de cuáles son los apoyos que permitirán promocionar la realización de estas intervenciones.

La principal limitación del estudio es que, aunque trata de recoger la variabilidad a nivel autonómico, existe probablemente una gran variabilidad a nivel de área sanitaria, e incluso de EAP, que no queda recogida. En algunos casos puede resultar complicado hacer una apreciación general de la realización de una práctica concreta en una comunidad autónoma. Eso hace que, en aquellas autonomías que son más grandes y que, como Andalucía, sólo designaron a un informante clave, los resultados puedan estar sesgados. Tampoco se comprobó la fiabilidad de la información aportada por los informantes claves, probablemente no homogénea en todas las comunidades autónomas y que, inevitablemente, tuvo un componente subjetivo⁷.

Fase III: panel de expertos con el objetivo de realizar propuestas para mejorar la situación actual de las actividades comunitarias con participación de los Equipos de Atención Primaria⁷

Se seleccionó a un grupo de 11 personas expertas de diferente perfil: médicos de familia, enfermeras, trabajadoras sociales, gerentes de Atención Primaria, técnicos de salud pública y representantes de asociaciones ciudadanas implicadas en procesos participativos. La reunión o panel de expertos fue conducida por un moderador.

Se estructuró la reunión en dos fases. En la primera, los participantes debatieron sobre los resultados de las fases anteriores del estudio, siguiendo como guía unas preguntas elaboradas por el equipo de investigación. Posteriormente, se recogieron las propuestas surgidas durante el debate y se clasificaron distinguiendo tres niveles de actuación: Ministerio de Sanidad, gobiernos de las comunidades autónomas y gerencias de AP, teniendo en cuenta que cada propuesta podía estar en más de un nivel.

En la segunda fase, siguiendo una adaptación de la técnica del grupo nominal, las propuestas

recogidas fueron revisadas con los participantes y, posteriormente, votadas (de 4 a 1).

Las propuestas priorizadas en el panel de expertos se recogen en las tablas 2-4.

Una de las propuestas que gozaba de más consenso es que, para garantizar cualquier acción de promoción de las AC, éstas debían formar parte de una estrategia detallada y concreta del Ministerio de Sanidad, que contase con la consecuente partida presupuestaria. Estos presupuestos deberían servir para promover la elaboración de materiales de apoyo, mejorar la formación continuada a profesionales, contratar técnicos de promoción de la salud en las gerencias y financiar directamente algunas de las AC. Al mismo tiempo, en todos los niveles se priorizó impulsar la coordinación intersectorial como medida fundamental para aumentar el número, la calidad y la eficiencia de las AC. A nivel de gobierno autonómico se priorizó también potenciar la colaboración entre AP y las estructuras autonómicas de salud pública. Tanto a nivel autonómico como de gerencia, quedaron muy priorizadas dos propuestas muy relacionadas: la primera era promover desde arriba un enfoque asistencial con la perspectiva salubrista y comunitaria, una atención que, en lugar de centrarse en la atención individual de las personas enfermas, trabajase con perspectiva comunitaria o poblacional en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, considerando el impacto de los determinantes sociales de la salud. La segunda era replantear la organización de los EAP, haciendo una apuesta real por el trabajo en equipo, potenciando su comunicación interna y llevando a cabo un reparto eficaz de las tareas.

A modo de reflexión

El estudio es tal y como pretende una primera aproximación a la práctica de las AC en España, y constituye un paso más en el papel del PACAP de promocionar estas iniciativas. Aún con algunas limitaciones, nos sirve para hacer una foto general del estado de desarrollo de las AC en España. El grado de participación en las AC de los EAP en nuestro país es heterogéneo y fundamentalmente bajo. El estudio detecta una falta de trabajo intersectorial, una baja participación real de la ciudadanía a través de entidades cívicas y un bajo apoyo de las administraciones públicas.

Las comunidades autónomas que cuentan con más recursos destinados a las AC (más apoyo institucional, más consejos de salud, más mesas intersectoriales activas, etc.) son las que reali-

EL ESTUDIO DETECTA UNA FALTA DE TRABAJO INTERSECTORIAL, UNA BAJA PARTICIPACIÓN REAL DE LA CIUDADANÍA A TRAVÉS DE ENTIDADES CÍVICAS Y UN BAJO APOYO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

zan más actividades de este tipo. Éste es un argumento que se debe esgrimir para solicitar a las administraciones que se impliquen en la promoción de las AC.

Se necesita promover un cambio del actual modelo asistencial basado en la atención a la enfermedad de la AP. Promover este cambio precisa además de un discurso paradigmático, voluntad política, gestora y profesional, así como de un estímulo a la investigación sobre las AC.

Con este estudio se inicia una línea de investigación en AC, aspecto que valoramos particularmente interesante. La continuación directa de este proyecto es el recientemente finalizado proyecto «Factores relacionados con la realización de actividades comunitarias de promoción de la salud» (frAC), en el que el mismo equipo investigador pretende detectar qué factores (del profesional, del equipo de profesionales, de la comunidad atendida o de la administración sanitaria) influyen en que los profesionales se impliquen en las AC. Además, este estudio profundizará en el conocimiento de las AC que se realizan, recogiendo información descriptiva de las actividades de este tipo que se llevan a cabo actualmente en las cinco comunidades autónomas que colaboran en el estudio: Aragón, Cataluña, Baleares, Madrid y Navarra.

Bibliografía

1. Soler M, March S, Ramos M, Ruiz-Gimenez JL, Pérez MJ, Muntaner I, et al. Situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria. Informe final. 2008. Accesible en: <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>.
2. Ramos M, March S, Soler M, Ruiz-Giménez JL, Miller F, Domínguez J, et al. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en Atención Primaria. Gac Sanit Especial Congreso 1. 2009; 23 (37).
3. Instituto Información Sanitaria. Catálogo de centros de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
4. Sánchez A, Ramos E, Marsset P. Libro I de Enfermería Profesional: Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Madrid: Ed Mc Graw-Hill-Interamericana; 1996.
5. Alba MM, Arreche A, Balboa CE, Mermejo M, García RJ, Sarriés A, et al. Guía de promoción de la salud para trabajar con agentes de salud comunitarios. Instituto Madrileño de la Salud. Área 1 Atención Primaria. Madrid: IMSALUD; 2003.
6. March S, Soler M, Ramos M, Ruiz-Giménez JL, Muntaner I, Lahoz B, et al. Situación de las actividades comunitarias en las CCAA. Gac Sanit Especial Congreso 1. 2009; 23 (37-38).
7. Soler M, March S, Bauzá ML, Ramos M, Fog G, Ruiz-Giménez JL, et al. Propuestas para impulsar las actividades comunitarias en Atención Primaria. Gac Sanit Especial Congreso 1. 2009; 23 (38).

Tabla 2
PROPUESTAS DIRIGIDAS AL MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Orden	Propuesta
1	► Estrategia de implantación de AC
2	► Promover la elaboración de materiales
3	► Financiación para realizar AC
4	► Impulsar la coordinación intersectorial
5	► Introducir la visión comunitaria en la formación pregrado y posgrado
6	► Revisar y replantear los consejos de salud
7	► Utilizar la televisión pública para fomentar la participación
8	► Formación continuada a profesionales

AC: actividades comunitarias.

Tabla 3
PROPUESTAS DIRIGIDAS A LOS GOBIERNOS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Orden	Propuesta
1	► Impulsar la coordinación intersectorial
2	► Impulsar la coordinación entre AP y salud pública
3	► Reorientar la atención asistencial desde un enfoque salubrista
4	► Formación continuada de profesionales
5	► Promover la elaboración de materiales
	► Contratar técnicos de promoción de la salud en las gerencias
	► Incluir las AC en las carteras de servicios
6	► Replantear el concepto y el funcionamiento de los EAP
7	► Financiación para la realización de AC
8	► Revisar y replantear los consejos de salud
9	► Ofrecer asesoramiento en AC

AC: actividades comunitarias; AP: Atención Primaria; EAP: Equipos de Atención Primaria.

Tabla 4
PROPUESTAS DIRIGIDAS A LAS GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Orden	Propuesta
1	► Reorientar la atención asistencial desde un enfoque salubrista
	► Replantear el concepto y el funcionamiento de los EAP
2	► Financiación para la realización de AC
	► Apoyar las AC transformadoras
3	► Incluir las AC en las carteras de servicios
4	► Formación continuada de los profesionales
	► Contratar técnicos de promoción de la salud en las gerencias
5	► Plan para que el centro de salud se presente a la comunidad
	► Promover la elaboración de materiales
6	► Nombrar un responsable de AC en cada centro de salud
	► Promover la investigación en AC

AC: actividades comunitarias; EAP: Equipos de Atención Primaria.