

## **La medicina (la salud) comunitaria: un reto para la atención primaria**

José Luis de Peray Baiges

---

En los últimos tiempos se está observando un creciente interés por un aspecto de la práctica de la medicina que parecía haberse quedado estancado casi desde su pronunciamiento más reconocido, la conferencia de Alma-Ata de la Organización Mundial de la Salud de 1978 sobre la Atención Primaria de Salud (APS). Nos referimos a la medicina comunitaria o, para ser más exactos por sus implicaciones interdisciplinarias, la salud comunitaria<sup>1</sup>.

Hablar de salud comunitaria significa entenderla como el conjunto de estrategias, métodos y actividades orientadas a mejorar el estado de salud de una población definida. Este concepto de población definida haría referencia específicamente a la que cae dentro del ámbito de trabajo de los equipos de APS. Es decir, las zonas o áreas básicas de salud. Aunque nada se opondría a considerar también ámbitos territoriales distintos, siempre y cuando se consideren éstos como un todo. Pero la circunstancia que en el modelo legislativo, directivo y organizativo de la reforma de la atención primaria de salud en España no hubiera nada, salvo contenidos retóricos, que concediera elementos sustantivos a la salud de la comunidad acabó debilitando el discurso conceptual que se desarrolló en las décadas de los sesenta y de los setenta.

Pese a estas debilidades importantes existió la firme voluntad, en el momento de constituirse en España la especialidad de la atención primaria de salud, de darle el nombre de Medicina Familiar y Comunitaria. La expresión de la dimensión comunitaria solo ha podido concretarse, todavía demasiado tímidamente, en los últimos años a través de la definición del contenido formativo de la residencia. No mencionaremos las resonancias del primer apellido de la especialidad por no ser ahora el momento, pero preservar el segundo ha permitido, al menos para un grupo de profesionales de las ciencias de la salud, un trabajo para llenar de contenido algo que aparece al menos como una voluntad de llegar a ser. Por cierto, una circunstancia absolutamente singular en el contexto de las especialidades de la atención primaria existentes en el mundo.

Ser consciente del riesgo, el análisis de la realidad en relación con los determinantes de salud y la búsqueda de los referentes que en el mundo existen cuando esta cuestión se pone encima de la mesa suponen enfrentar el desafío de la salud comunitaria. La APS, por la orientación de la especialidad médica que la atiende, se asemeja cada vez más a la medicina interna en la comunidad por el enorme incremento en su capacidad resolutoria y, en algunos casos, con altos grados de valoración de la calidad de la atención prestada. Esto no en sí mismo malo si, simultáneamente, se atiende al otro referente importante de la APS: la comunidad como un todo. No podría haber una atención a los problemas de salud de la comunidad sin una excelente atención a los problemas de salud de los individuos que la componen. No se trata de oponer sino de complementar.

Existen razones para hacer pensar que la salud comunitaria pueda encontrarse ante una serie de circunstancias que permitan imaginar un futuro menos pesimista que el que hasta ahora se vislumbraba. Hasta ahora las actividades comunitarias eran

consideradas actividades propias de los países en desarrollo, de un deseo de los servicios centrales de planificación y de equipos de salud que desarrollan esta línea de trabajo. La aparición en la literatura de la necesidad real de un enfoque comunitario en los servicios de APS por el impacto que sobre la salud éste produce y el desarrollo de metodología propias para hacerlas posibles parecen elementos indicativos.

Señalar estos hechos parece absolutamente pertinente y permite analizar una situación emergente, si el conjunto de los profesionales de la salud especialmente los de la APS, las autoridades sanitarias y, específicamente, la población, los valoran y les conceden el espacio necesario para su desarrollo. Algunas de estas consideraciones van a constituir el núcleo de esta reflexión, aunque valdría la pena señalar algunos antecedentes históricos y conceptuales sobre la medicina o salud comunitaria.

La práctica de la salud comunitaria la podemos encontrar en gran parte del ejercicio de la medicina de cabecera tradicional, especialmente en el medio rural, en la cual el cuidado y responsabilidad de la atención a comunidades definidas, recaía en unos servicios asistenciales mínimos integrados, en su núcleo más básico, por los médicos de cabecera y las enfermeras. Probablemente podemos encontrar los referentes más claros de la orientación comunitaria de la atención primaria en las obras de Sidney Kark<sup>1</sup> y de Julian Tudor Hart<sup>2</sup> ya que fueron los primeros autores que sistematizaron y publicaron el concepto e introdujeron los elementos nucleares de la metodología de trabajo de la salud comunitaria en la APS.

De este modo sistematizaron conceptos como los de atención primaria orientada a la comunidad, entendiendo por esto la práctica unificada en la APS de la atención clínica individual y familiar con la atención a la salud comunitaria. En otros lugares también ha estado definida como la práctica de la salud pública desde la APS.

Sus elementos conceptuales son la práctica de la atención primaria con una orientación a la salud de toda la comunidad como objetivo y la participación de la comunidad en todas las fases del proceso. Sus requisitos metodológicos son el trabajo por programas y el uso local de la epidemiología para identificar las necesidades de salud y la evaluación de las intervenciones<sup>3</sup>.

Su metodología se desarrolla de acuerdo con un ciclo de gestión que se inicia con un análisis de la situación de salud y la priorización de las necesidades más relevantes<sup>4</sup>. Sigue con un diagnóstico comunitario o estudio con detalle de las necesidades más relevantes, a partir del cual se está en condiciones de planificar la intervención más adecuada que será posteriormente implementada y evaluada. Las revisiones recientes que pueden encontrarse en la literatura mundial hablan del potencial de estas estrategias para mejorar el estado de salud de las poblaciones.

En los años 80 se extendió esta metodología a partir de las publicaciones de autores israelitas, británicos y norteamericanos.<sup>5 6 7</sup> En el Reino Unido desde hace años y bajo los auspicios del Royal College of General Practitioners, se han venido desarrollando esta integración de la salud comunitaria en el primer nivel asistencial.

---

<sup>1</sup> Susser M. Pioneering community-oriented primary care. Bull World Health Organ 1999; 77: 436-438.

El King's Fund College de Londres ha protagonizado y apoyado diversas experiencias docentes y prácticas en atención primaria orientada a la comunidad.<sup>8 9</sup>

En España el desarrollo de la Atención Primaria orientada a la Comunidad (APOC) ha estado, hasta hace poco, circunscrita al ámbito docente. Desde 1986, miembros de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària y de la Escuela Hadassah de Salud Pública y Medicina Comunitaria de la Universidad Hebrea de Jerusalén, han impartido numerosos cursos en numerosos lugares de Cataluña y otros lugares de España<sup>10</sup>. El 1990 el nuevo programa docente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria incluyó la orientación APOC en su Área de Atención a la Comunidad.

En los últimos años ésta y otras orientaciones, prácticas y actividades comunitarias de salud comunitaria presentes en España, bajo los auspicios de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, han encontrado en el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)<sup>11</sup> un lugar de encuentro y de debate. Este programa actúa fundamentalmente como catalizador y lugar de encuentro a través de la constitución de una red de actividades comunitarias que en estos momentos supera las 150. Ésta red se constituye en una herramienta de trabajo en función de los intercambios y sinergias que propone. Igualmente los encuentros, los premios, las publicaciones y la oferta permanente de apoyo constituye un lugar de referencia para el conjunto de prácticas y los profesionales que la llevan a cabo.

Actualmente podríamos hablar de las experiencias en salud comunitaria empiezan a tener una masa crítica de la que difícilmente se podrán sustraer tanto los profesionales, como la población y la administración de servicios de salud, incluyendo la salud pública, por las grandes potencialidades que presentan. También hay que incluir en este terreno la salud comunitaria que emerge a través del desarrollo comunitario, no sólo desde el dispositivo sanitario, como reflejo de la responsabilidad por la salud de la propia comunidad

No es ajeno a este desarrollo la preocupación por la eficiencia del sistema y, por tanto, la posibilidad de otorgar a la APS un poder regulador, o inclusive como proveedor de las prestaciones de salud que ha de recibir la población y no sólo sus individuos.

Desde este punto de vista la posibilidad de la compra de servicios de atención primaria dentro de una lógica de separación de las funciones de compra y provisión, aunque también sin ella, puede suponer una posibilidad de desarrollo de los actuales instrumentos de relación existentes para dar contenido sea al contrato, al contrato-programa o a la dirección por objetivos correspondiente. De este modo, la evaluación, entendida como el mecanismo que asegura la bondad del trabajo y los estímulos al logro de los objetivos, puede, si existe la oferta por parte de la APS, dar un salto cualitativo la actual asignación presupuestaria.

Otras razones más nobles como la preocupación por la equidad o la práctica basada en la evidencia científica estarían también en el fundamento de extender la salud comunitaria, especialmente si la APS está inserta en un sistema nacional de salud. La unión entre estas razones puede poner al alcance de toda la población los

mejores aportes de los adelantos en salud que permitan la mejora de la misma. De este modo, la actual prestación de servicios podría ser reformulada en función de la responsabilidad del abordaje de los problemas de salud de la población a la que sirven.

Ejemplo de esto puede ser la propuesta de desarrollo de un nuevo modelo de APS en la Gran Bretaña<sup>12</sup>. La pretensión es la de pasar de la competencia a la cooperación a partir del denominado modelo *comissioning*, muy próximo al de la salud comunitaria antes expuesto<sup>13</sup>. Este *comissioning* es un ciclo de gestión que incluye (1) la valoración de las necesidades de salud de una población definida, (2) la planificación de la mejora de estas necesidades, (3) la especificación de los servicios necesarios, (4) la compra de los mismos y (5) su monitorización y evaluación. Los denominados *comissioning groups* agrupan un conjunto de unos 50 médicos generales del ámbito de una autoridad sanitaria o distrito, sirviendo a poblaciones de unos 100.000 habitantes.

Finalmente, hay que comentar que en los últimos años ha renacido también el debate entre la necesidad de establecer un discurso nuevo entre la práctica de la medicina y la salud pública.<sup>14 15 16</sup> La extensión de la salud comunitaria puede ofrecer una oportunidad mutua a la salud pública y a la APS. Una orientación de los programas de salud basados en las necesidades de la población y el ajuste de los programas de salud categóricos sería una posibilidad de desarrollo<sup>17</sup>.

Esta orientación no haría sino hacer una planificación de “abajo arriba” complementaria de la de “arriba abajo” propia de los servicios centrales de salud pública. En la planificación de arriba abajo los profesionales aplican, como mucho, determinados instrumentos como guías, consensos, objetivos de planes de salud, a pacientes concretos, generalmente los consultantes, sin ninguna extensión a la población completa. En la orientación de abajo arriba los profesionales de la APS son los responsables de la identificación de las necesidades de salud de la comunidad que atienden, de la priorización de las mismas y del abordaje de las mismas en colaboración con las autoridades de salud pública y con otros servicios de planificación de salud o de otros ámbitos con intervenciones comunitarias y con participación de la comunidad.

---

<sup>1</sup> Gofin J, Foz G. La orientación comunitaria de la atención primaria: el legado del prof. SL Kark (1911-1998). *Aten Primaria* 1998; 23: 136-8.

<sup>2</sup> Hart JT. *A New Kind of Doctor*. London, Merlin Press, 1988.

<sup>3</sup> Abramson JH. Application of epidemiology in community-oriented primary care. *Public Health Rep* 1984; 99: 437-42.

<sup>4</sup> Abramson JH. Community-oriented primary care: strategy, approaches and practice –a review. *Public Health Rev* 1988; 16: 35-98.

<sup>5</sup> Mullan F. Community-oriented primary care: an agenda for the 80's. *N Engl J Med* 1982; 307: 1076-8.

<sup>6</sup> Nutting PA, Connor EM. Community-oriented primary care: an examination of the US experience. *Am J Public Health* 1986; 76:279-81.

<sup>7</sup> Whright RA. Community-oriented primary care: the cornerstone of health care reform. *JAMA* 1993; 269: 2544-7.

<sup>8</sup> Gillam S, Plampling D, Mc Clenahan J, Harries J, Epstein L. *Community-Oriented Primary Health Care*. London, King's Fund, 1994.

<sup>9</sup> Gillam S, Miller R. *COPC- A Public Health Experiment in Primary Care*. London, King's Fund, 1997.

- 
- <sup>10</sup> Gofin J, Gofin R. Cursos-taller sobre APOC en España. Formación de médicos de familia y de otros profesionales de la atención primaria. En: Kark SL, Kark E, Abramson JH, Gofin J. Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Barcelona, Doyma, 1994 (177-184).
- <sup>11</sup> Soler Torroja M. Una apuesta firme y decidida de la semfyc por el desarrollo de actividades comunitarias como estrategia de promoción de salud. Comunidad, 1997;0:5-8
- <sup>12</sup> Department of Health. The New NHS-modern, dependable. London, The Stationary Office, 1997.
- <sup>13</sup> Koperski M, Rodnick JE. Recents developments in primary care in the United Kingdom:from competition to community-oriented primary care. J Fam Pract 1999;48:140-145
- <sup>14</sup> Committee on Medicine and public Health. Medicine and Public Health: The Power of Collaboration. New York, New York Academy of Medicine, 1997.
- <sup>15</sup> Nickens H. It's about time. The medicine/public health initiative. Am J Prev Med 1999; 16 (suppl): 20-1.
- <sup>16</sup> Cashman SB, Anderson RJ, Weisbuch JB, Schwarz MR, Fulmer HS. Carrying out the Medicine/Public Health Initiative: the roles of preventive medicine and community-responsive care. Acad Med 1999; 74: 473-83.
- <sup>17</sup> Magill MK . Medicine and Public Health. Whose Agenda? Arch Fam Med 1999; 8: 81-82.