

Promoción de la salud, atención comunitaria y medicina de familia

Sin ánimo de generalizar, parece percibirse entre un número creciente de médicos de familia un cierto desencanto con su actividad profesional, paralelo a la valoración de un paulatino deterioro de la atención primaria. Pasados los años entusiastas del inicio de la reforma y los años esperanzados en los que se diseñaron innovadores instrumentos para la consolidación y mejora de la atención primaria, parece que hemos entrado en una etapa de menor ilusión. Muchos consideran que no es ésta la situación a la que se deseaba llegar y se habla del riesgo de que los centros de salud acaben pareciéndose a los antiguos y masificados ambulatorios y que la práctica de los médicos de familia se asemeje también a la de los anteriores médicos de cupo. Cada vez se habla más de profesionales «quemados» y algunos se resignan ya con la situación actual y con un futuro previsible nada optimista.

La presión asistencial y la frecuentación aumentan paulatinamente como reflejo de una creciente dependencia de los ciudadanos hacia los profesionales sanitarios, en la creencia de que su salud dependerá sobre todo de la atención que le presten médicos y enfermeros. Los médicos de familia vemos a diario cómo muchos pacientes, casi siempre los mismos, acuden a nuestras consultas por problemas y malestares para los que con frecuencia no tenemos una respuesta eficaz y ante los que nos limitamos a realizar una labor de contención, cuando no a medicalizar un problema que está lejos de ser una enfermedad orgánica; esto genera una importante utilización ineficiente de los recursos y un preocupante desgaste profesional. En general, los médicos de familia limitamos nuestra función a una labor principalmente asistencial, centrada en la enfermedad real o supuesta, y encontramos como única respuesta posible la prescripción de medicamentos en un intento de satisfacer las necesidades de los pacientes. Podemos estar incurriendo en la llamada «ley de los cuidados inversos» descrita por Tudor Hart, según la cual se presta mayor atención precisamente a las personas que se encuentran en menor riesgo, mientras que las intervenciones específicas en grupos en exclusión social o en mayor riesgo son escasas y se desarrollan carteras de servicios poco flexibles y adaptables a las necesidades específicas de cada población.

Palabras clave: Promoción de la salud. Atención comunitaria. Atención primaria.

Se buscan soluciones a la situación actual, para lo que se demanda una necesaria mayor financiación para la atención primaria y se procura una organización más racional y eficiente de los centros de salud, así como una mejor gestión de las consultas. Sin embargo, la labor de los profesionales de atención primaria se sigue centrando casi exclusivamente, y quizás cada vez en mayor medida, en la atención a la enfermedad, con escasas y puntuales actividades preventivas y, salvo significativas excepciones, la ausencia de actuaciones de promoción de la salud. Nuestro sistema sanitario está excesivamente centrado en un modelo curativo y orientado casi en exclusiva a la incorporación inmediata de los nuevos avances tecnológicos. En esta búsqueda de soluciones es capital reorientar el sistema hacia un modelo en el que haya un equilibrio entre la prevención y la promoción de la salud y las intervenciones curativas; es la única manera de poder dar respuesta a las necesidades de salud de los ciudadanos.

En los países en los que se ha alcanzado un buen desarrollo socioeconómico, las inversiones que deben hacerse en servicios sanitarios curativos para mejorar los resultados en la salud del conjunto de la población son cuantiosas y difícilmente sostenibles. Es conocida la paradoja de que mientras que los factores condicionantes de las enfermedades más prevalentes son los relacionados con los estilos de vida y las condiciones socioambientales, casi todos los recursos se destinan a funciones curativas. En el análisis de la situación actual se debe tener en cuenta los condicionantes e importantes intereses para que la atención primaria se siga centrando en la enfermedad y en su curación, mediante el incremento de recursos destinados a actividades y servicios curativos y la magnificación del papel de los medicamentos, también en la prevención. Son muchos menos los intereses creados para favorecer la promoción e incrementar la capacidad de los ciudadanos para influir en su salud. A pesar de que se conoce que muchos de los problemas de salud emergentes (inmigrantes en exclusión social, personas dependientes) tienen un origen multicausal y requieren la intervención de distintos sectores y servicios (sociales, educativos y otros), los equipos de atención primaria continúan trabajando de forma aislada y descoordinada del resto de los servicios.

Nadie parece discutir en la actualidad que la promoción de la salud es función de los equipos de atención primaria y los médicos de familia, entre otros sectores y profesionales, pero de tanto decirlo parece haberse olvidado el verdadero significado de ésta. Por promoción de la salud se entiende

(Carta de Ottawa, 1986)¹ el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de este modo, poder mejorarla. La promoción de la salud lleva implícito que los ciudadanos y sus organizaciones se sitúen en el papel de verdaderos protagonistas en el cuidado de su salud, precisamente el camino contrario al que se está recorriendo, en el que se sitúa al ciudadano como mero consumidor de servicios sanitarios, lo que explica la dependencia creciente hacia el sistema sanitario.

La situación actual de la atención primaria en España hace necesarios una reflexión y un análisis sobre su futuro más eficiente y el camino que es preciso recorrer. Las conclusiones de las sucesivas conferencias internacionales sobre promoción de la salud y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, también para los países desarrollados, reiteran la necesidad de reorientar los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud, el reforzamiento de la acción comunitaria y el desarrollo de aptitudes personales de los ciudadanos. De acuerdo con la Declaración de Yakarta², la promoción de la salud debe cubrir 5 áreas estratégicas: promover la responsabilidad social sobre la salud, incrementar la inversión para el desarrollo de la salud, consolidar las alianzas intersectoriales, incrementar la capacidad y el poder de las comunidades y los individuos, y asegurar una infraestructura para la promoción de la salud. Algunos autores plantean la necesidad de una nueva reforma de la atención primaria en España, aunque otros creemos que se trata más bien de completar la reforma iniciada en los años ochenta y aún inacabada, en la que siempre se habló de la importancia de la promoción de salud, de la salud comunitaria y de la intervención y participación comunitarias como estrategias para la promoción.

Es necesario adecuar los servicios sanitarios y su prioridad a las necesidades reales de cada comunidad a la que se atiende, y es función de los centros de salud identificarlos, en colaboración con otros servicios y con la participación de los propios ciudadanos, mediante métodos contrastados en la metodología de atención primaria orientada a la comunidad (APOC)^{3,4}. No se cuestiona la necesidad de una cartera de servicios común a todos los centros de la salud del territorio del Estado que garantice la equidad precisa, pero ello ha de ser compatible con la flexibilidad necesaria para el desarrollo de intervenciones y servicios que den respuesta a las necesidades propias de cada población, que difieren entre sí según sus características sociodemográficas y la presencia de grupos con necesidades específicas. La efectividad y la eficiencia de la atención primaria y de cada centro de salud dependerán de ello en buena medida y los médicos de familia hemos de sentirnos especialmente implicados en esta tarea. En la conferencia conjunta OMS-WONCA para establecer estrategias y recomendaciones dirigidas a adecuar mejor el ejercicio del médico de familia a las necesidades de la población (Ontario, 1994)⁵ se insistió en la importancia de integrar la atención indivi-

dual y la comunitaria y de utilizar herramientas que ayuden a definir las necesidades de cada población. Es un error seguir contraponiendo la atención individual en la consulta y la atención comunitaria como dos tipos de práctica poco relacionadas. Es importante que los médicos de familia tomemos conciencia de la estrecha relación entre ambas, ya que desde la consulta podemos iniciar «microprocesos comunitarios» para la atención a los pacientes⁶. La atención primaria debe destinar mayores recursos, y sus profesionales, más esfuerzos para la promoción de la salud, procurando aumentar la capacitación y el acceso a la toma de decisiones de los ciudadanos. Es necesario avanzar en la atención primaria hacia la participación activa de los ciudadanos y sus organizaciones en el cuidado de su salud y en las propuestas de mejora de los servicios sanitarios. Como horizonte de futuro debe favorecerse la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud (Carta de Ottawa, 1986). Del actual discurso que propone apostar por un sistema sanitario centrado en la atención primaria ha de evolucionarse hacia un sistema sanitario centrado en el ciudadano a través de la atención primaria y, por tanto, una atención primaria de salud que sitúe a la ciudadanía y sus organizaciones como verdaderos protagonistas del cuidado de su salud. Los médicos de familia podemos utilizar nuestro liderazgo y capacidad de influencia en la comunidad para fortalecer las organizaciones ciudadanas como potenciales agentes promotores de la salud. Nuestros mensajes a la ciudadanía, a través de los medios de comunicación, deberían dirigirse hacia la autonomía y el incremento de la capacidad de toma de decisiones, y no hacia la dependencia del sistema sanitario y sus profesionales, como ocurre de manera habitual.

La atención a las necesidades y los problemas prevalentes y, muy especialmente, a la promoción de la salud no dependen sólo, ni quizá principalmente, de los profesionales sanitarios, sino que hay otros sectores implicados, por lo que es necesario iniciar la coordinación intersectorial entre los diferentes servicios, en primer lugar los servicios sociales y el sector educativo. La atención eficiente a la multicausalidad de muchas necesidades de la salud, algunas de ellas en claro crecimiento (inmigración, salud mental y personas dependientes, entre otras), hacen imprescindible la cooperación entre diferentes sectores y servicios. También sería necesario implicar de manera activa a las administraciones locales, ya que son las que habitualmente se encuentran más próximas a los ciudadanos y sobre las que éstos tienen más capacidad de influir. Para el trabajo en y con la comunidad ha de procurarse la participación conjunta y coordinada de los profesionales de los distintos servicios, las diferentes administraciones y los ciudadanos^{7,8}. La actitud expectante de los profesionales ante el previsible deterioro paulatino y empobrecimiento de los centros de salud presenta la alternativa de demandar de manera activa

a las administraciones sanitarias, entre otras mejoras, que apuesten decididamente por la promoción de la salud y la atención comunitaria, procurando los recursos y reformas necesarios. Es importante también que los profesionales conozcamos, aprendamos y practiquemos las metodologías y las técnicas adecuadas. Se hacen necesarias nuevas actitudes, pues la historia de la atención primaria en España demuestra las posibilidades de los profesionales y sus organizaciones como agentes promotores de cambios y mejoras significativos, que las administraciones sanitarias acaban reconociendo y haciendo propios. Por ello, la semFYC está desarrollando su Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) (<http://www.pacap.net>) y en octubre de 2004 diseñó un plan estratégico para promover actividades comunitarias en los centros de salud, como estrategia de promoción de la salud, que habrá de desarrollarse en los próximos años con la imprescindible alianza de un número creciente de médicos de familia.

M. Soler Torroja

Coordinador del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de semFYC (PACAP). España.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Ottawa Charter for Health Promotion. Ginebra: OMS; 1986.
2. Organización Mundial de la Salud. The Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century. Ginebra: OMS; 1997.
3. Kark SL, Kark E, Abramson JH, Gofin J, editores. Atención primaria orientada a la comunidad. Barcelona: Ediciones Doyma; 1994.
4. Grupo de Trabajo en APOC de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Aproximació al coneixement de la comunitat en Atenció Primària. 2.ª ed. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 2003.
5. OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia. Conferencia conjunta OMS-WONCA, Ontario 6-8 de noviembre, 1994. Barcelona: semFYC; 1996.
6. Turabián JL, Pérez Franco B. Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
7. Marchioni M. Comunidad, participación y desarrollo. Madrid: Editorial Popular; 1999.
8. Marchioni M. La acción social en y con la comunidad. Zaragoza: Editorial Libros Certeza; 2004.