

Futuro de las actividades comunitarias en salud

Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilart



PUBLICADO EN

REVISTA

Comunidad

SECCIÓN

Editorial

NÚMERO

Septiembre 2016

Enmarque histórico

La hegemonía neoliberal del capitalismo imperante moldeó, en las últimas décadas, el modelo social, económico y político en el que estamos inmersos. Encauzó los sistemas sanitarios hacia un enfoque tecnológico, con miras hacia lo patológico, individual, medicalizador, mercantilista y consumidor de recursos, derivado del mayor poder e influencia del complejo industrial sanitario. Como síntoma, la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS)¹ de la década de 1970 se fue esfumando y diluyendo.

Nos encontramos inmersos en un momento de convulsiones y conflictos tanto sociales como económicos y políticos inherentes a una etapa, posiblemente final, del modelo social imperante, el capitalismo globalizado y la práctica del neoliberalismo, que parece tambalearse por las consecuencias que está teniendo para la vida y la salud de las poblaciones, en especial para determinados sectores sociales, además de por el fracaso que muestra ante la resolución de los conflictos.

Puede que nos encontremos en sus últimas etapas y en el resurgir de un nuevo mundo y modelo social, en donde lo común² vuelva a tener presencia. El actual resurgir de los movimientos sociales y políticos señalan que las estructuras y cimientos de la sociedad se mueven, por lo que pueden surgir nuevos senderos para caminar.

La reorientación de los servicios sanitarios

A pesar de los importantes avances realizados, no existe un abordaje adecuado de las necesidades de salud y sus determinantes. En el siglo XXI nos enfrentamos a retos y desafíos en salud mucho

más complejos: las enfermedades degenerativas, los problemas osteomusculares y el dolor crónico, la epidemia de la salud mental, el envejecimiento y la dependencia, las enfermedades vasculares y el cáncer, todos ellos fuertemente relacionados con estilos de vida, las drogodependencias, la existencia de adolescencia y juventud «fuera del sistema», la seguridad en la carretera y otros escenarios, como la violencia de género, en la escuela y en casa³. Ninguno es unicausal. Sus causas y determinantes no son en su mayor parte biológicas ni biomédicas, sino que aparecen estrechamente relacionadas con el tipo de sociedad en la que vivimos: educación, rentas, vivienda, trabajo, desigualdad social, transporte, cambios medioambientales, formas de vida, cambios en el apoyo social, roles y valores socioculturales.

De ahí surge la necesidad de un replanteamiento en el abordaje de los diferentes problemas. Es preciso pasar de la hegemonía del modelo asistencial, que aborda prioritariamente las consecuencias del deterioro de la salud, pero con olvido, desplazamiento y desconsideración sobre sus causas y factores determinantes del proceso de enfermar, hacia un enfoque promotor de la salud y a la práctica de la salutogénesis⁴.

En la LI Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud⁵, celebrada en mayo de 1998, fue acordada la «Política de salud para todos para el siglo XXI», en la que se establece como objetivo conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud a través de promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida y reducir la incidencia de las principales enfermedades. Los cimientos éticos de Salud21 son: la salud como derecho fundamental; la equidad en materia de salud, la solidaridad de acción entre todos los países y la participación y responsabilidad de las

personas, los grupos, instituciones y comunidades en el desarrollo continuo de la salud.

Para su consecución se han formulado: estrategias multisectoriales frente a los determinantes, programas dirigidos al desarrollo de la salud y de la atención sanitaria, y Atención Primaria orientada a la comunidad y a la familia, con un carácter integrado, con la asistencia de un sistema hospitalario flexible.

Por último, se busca potenciar el desarrollo comunitario de carácter participativo que implique a los agentes relevantes en materia de salud, en el hogar, centros educativos y en el trabajo, así como en el ámbito comunitario y nacional, y que promueva tanto la toma de decisiones como la aplicación y la responsabilidad conjunta.

Desgraciadamente, como consecuencia de la orientación hasta ahora dada al modelo sanitario, el enfoque comunitario del sistema sanitario público del Estado español ha sido insuficiente y muy limitado, a pesar del reconocimiento del esfuerzo de los convencidos, como puede apreciarse en diversos informes y estudios⁶⁷.

Qué factores pueden favorecer que las actividades comunitarias tengan una mayor implantación en la próxima década

1. Los cambios sociales y del modelo de desarrollo

Si seguimos en el modelo vigente, no podemos esperar que el sistema impulse las actividades comunitarias y la participación, y por lo tanto es poco probable que las experiencias existentes se extiendan a todo el conjunto del sistema. Parece poco efectivo reclamarlas.

Así pues, tenemos que esforzarnos dentro del sector sanitario en acciones de abogacía de la salud y de labor de lobby para cambiar el modelo con la colaboración y el compromiso en común con el resto de los sectores sociales.

2. Estrategia salubrista

El futuro de la participación y de la actividad comunitaria, como lo señala Irigoyen⁸, solo se puede entender desde un sistema sanitario más vinculado a una perspectiva salubrista, como la Estrategia de Promoción de la Salud, que recupere la relación con los determinantes de la salud y que tenga capacidad de respuesta a los

problemas del presente: medio ambiente, condiciones de vida, desigualdades, cohesión social. Bajo esta perspectiva, es como tiene un espacio natural coherente con el conjunto del sistema.

Debe generarse un compromiso político, profesional, social e institucional con la Estrategia de Promoción de la Salud que se concrete en financiación, planes de salud, desarrollo legislativo, reorientación de los servicios sanitarios e incorporación de esta actividad en las prestaciones de los servicios. En la Estrategia APXXI⁹ se establecieron al menos ocho líneas específicas en esta dirección, que, sin embargo, han quedado relegadas.

En los nuevos planteamientos de la estrategia para el abordaje de la cronicidad pueden aparecer cauces que den lugar a cambios de fondo en este sentido.

3. Crear o promover el contexto comunitario

Es necesario favorecer un espacio público comunitario, intersectorial y autónomo donde se pueda crear, intercambiar, discutir, pensar, ensayar, deliberar y cooperar. Debe ser un espacio heterogéneo, múltiple y abierto por su composición: profesiones, universitarios, docentes, estudiantes, enfermos, movimientos sociales (feministas, ecologistas, etc.), periodistas, sindicatos, vecinos, etc.

Señalamos como aspectos importantes en este sentido:

- La necesidad de una red profesional que promueva una línea estratégica.
- Acción intersectorial. Las interrelaciones con otros servicios comunitarios y sus profesionales y técnicos para desarrollar programas conjuntos de intervención.
- Promoción de la red comunitaria. Interrelaciones con la propia ciudadanía tanto a nivel individual como colectivamente. Información, capacitación, realización de tareas y organización de la comunidad.

4. Promover las actividades comunitarias

Lo esencial es la capacidad de crear imágenes poderosas y propositivas, así como conocimiento, y tejer relaciones. En esta dirección, es preciso:

- Conectar las experiencias existentes.
- Promover nuevas experiencias.
- Crear un soporte descentralizado de información y conocimiento.
- Implicar a múltiples agentes.
- Crear un «laboratorio» donde probar experiencias y formas de participación (espacio donde se puedan investigar formas de colaboración).
- Finalmente, crear un espacio público en la red con el funcionamiento de la 2.0 y las redes (tecnologías de información y comunicación [TIC]).

En el momento actual se están generando nuevas redes con fuerza y potencia que hay que ampliar: Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), Red de Actividades Comunitarias (RAC), AUPA de Catalunya, Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPs), Observatorio de Asturias, Localiza del Ministerio de Sanidad, etc.

5. Formación y capacitación de los profesionales

A nivel de pregrado y de posgrado para favorecer el desarrollo de esta estrategia.

6. Empoderamiento de la ciudadanía¹⁰

El derecho a participar en salud supone reconocer que la población, tanto en el ámbito individual como colectivo, debe lograr mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo la sociedad en su conjunto como protagonista y responsable de su propio desarrollo.

Es fundamental redefinir el rol del individuo como coproductor y no como consumidor o cliente. Un sistema de salud más eficaz y eficiente requiere que el tradicional rol de los pacientes como consumidores se transforme en una nueva función de coproductores.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. AP más necesaria que nunca. [Internet.] 2008 [acceso: julio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>
2. Laval C, Dardot P. La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal. Barcelona: Gedisa; 2013.
3. Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoide M, Ancizu E. El futuro de las necesidades en salud y la atención primaria. Revista Electrónica de Atención Primaria. [Internet.] 2008 [acceso: junio de 2016]; 16. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=02>
4. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International. 1996;11:11-8.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud 21 Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo; 1998.
6. Ruiz-Giménez JL. Luces y sombras en la participación comunitaria en salud. En: Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011). Palomo L (coord.). Madrid: FADSP; 2011. p. 205-16.
7. Soler M, March S, Ramos M, Ruiz-Giménez JL, Pérez MJ, Muntaner I, et al. Situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria. Informe final 2008. [Internet.] [acceso: julio de 2016]. Disponible en: <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>
8. Irigoyen J. El declive de los discursos comunitarios en la reestructuración de la Atención Primaria en España. En: Expectativas y realidades de la AP en España. Fundación 1 Mayo. Madrid: GPS Madrid; 2010. p. 221-43.
9. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia AP XXI. [Internet.] Madrid; 2007 [acceso: julio de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/ProyectoAP21/home.htm>
10. Ruiz-Giménez JL. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación en el sistema de salud del estado español. Comunidad. 2005;8(1):62-72.