

# Los profesionales sanitarios y la comunidad: ¿necesidad o utopía?

## Conferencia de apertura del VI Encuentro PACAP

Elena Aguiló Pastrana. Médica de familia. Miembro del comité permanente del PACAP

Para entrar en el contenido del encuentro, quisiera reflexionar con vosotros sobre su título: «Los profesionales sanitarios y la comunidad: ¿necesidad o utopía?».

Me gustaría situarme como miembro del comité permanente del **Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)**, pero también como profesional sanitario, como médica de «a pie». Desde el comité permanente, estoy interesada en contribuir en el desarrollo de las actividades comunitarias en nuestra Atención Primaria de Salud (APS), ya que comparto con mis compañeros y con muchos de vosotros el convencimiento de que la única manera de lograr un trabajo en salud es conseguir la participación de las personas, grupos y comunidades. Pero no quiero perder de vista las condiciones concretas en que se desarrolla nuestro trabajo como profesionales sanitarios en APS, sus causas y sus consecuencias, de cara a conseguir ese desarrollo de las actividades comunitarias en los centros de salud.

Una reflexión genérica sobre la APS de hoy nos obliga a mirar veinticinco años atrás, cuando la Conferencia de Alma Ata inauguró un cambio en la orientación de los servicios sanitarios: desde la asistencia médica ambulatoria a la APS. En aquel momento se planteó un cambio de modelo, porque se vio que no bastaba con la tecnología y la especialización médica para mejorar el nivel de salud de las poblaciones. De hecho, se había observado que los recursos tecnológicos y una mayor especialización médica aumentaban los costes pero no mejoraban el nivel de salud de las comunidades.

Al analizar cómo se ha llevado a cabo la aplicación de esa nueva concepción que es la APS en nuestro país, nos encontramos con logros importantes, pero también con carencias importantes. Los logros que debemos destacar guardan relación con la estructura —hemos conseguido un enorme desarrollo en este aspecto, pero ha habido carencias en la implementación del modelo de APS, y una de ellas es la escasez del desarrollo de la participa-

ción comunitaria. Seguramente porque los profesionales sanitarios de entonces supusimos —erróneamente a mi juicio— que la APS era hacer lo de siempre y «algo más»; es decir, añadir lo preventivo, lo grupal y lo comunitario a la atención médica de siempre, sin cambiar la concepción subyacente que implicaba el cambio de modelo, sin ser —seguramente— demasiado conscientes del potencial de cambio que supuso entonces Alma Ata.

Así pues, supusimos que la APS se diferenciaba de la atención médica primaria, que llamábamos modelo tradicional o atención médica ambulatoria, en que teníamos que hacer ese «algo más», esas «otras cosas», además de hacer una buena medicina, que debía resolver el 85% de las demandas de la población.

En la práctica, ese «algo más» quedaba reiteradamente pospuesto, siempre había cosas que se abordaban primero —aquello que nos era más fácil, más conocido, menos «resbaladizo»—. Incluso entre los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras de los centros de salud más motivados, más comprometidos con el desarrollo del modelo de APS, nos encontramos con dificultades para aplicarlo, para materializarlo en una práctica diferente.

Al acercarnos a lo comunitario, los profesionales nos movemos en un terreno nuevo, para el que no nos sirve tanto la formación como sanitarios, y al llevarlo a la práctica no siempre encuadramos las actividades en un marco teórico que facilite su desarrollo. Muchas veces no están explicitados los enfoques conceptuales que enmarcan nuestras actividades, y posiblemente hay una reflexión previa sobre estas cuestiones. También ha habido carencias metodológicas que han lastrado experiencias y procesos.

En general, los profesionales sanitarios —y estoy pensando más en los médicos al relacionarnos con la comunidad nos hemos encontrado confusos, un poco perdidos entre dos actitudes extremas: «abrirnos» demasiado y considerar esta tarea

como algo que tiene más que ver con actitudes militantes y de compromiso ideológico-político, o bien «cerrarnos» demasiado y dejar lo social y las relaciones con la comunidad a la trabajadora social del equipo o a los servicios sociales de zona. Estos dos extremos pueden parecer excesivos, pero a mi juicio representan una parte importante de la historia de lo comunitario en la APS de nuestro país.

Y, así, ambos extremos han llevado al desprestigio de lo comunitario, cuando éste es un concepto esencial de la concepción de la APS. En el primer caso, porque el profesional siente que se le pide ser una especie de «activista» y tiene la sensación de que se le vacía de su rol profesional —«pero si yo soy médico»—, y en el segundo caso, porque al «cerrarnos» a la problemática social nos alejamos de lo comunitario, de la comunidad, pensando que «no tiene nada que ver con nosotros».

Éstos son a mi juicio los dos polos entre los que nos hemos movido los profesionales de APS en relación con lo comunitario, y ambos extremos han contribuido al desprestigio de lo comunitario, a que lo comunitario sea visto como algo raro, difuso, utópico para muchos de nuestros compañeros. Con cierta mala conciencia por no desarrollarlo, cuando desde la teoría era una de las señas de identidad de la APS, aunque no se veía claro. Y, finalmente, sin poder evitar esa imagen de utopía o de franco desprestigio con que lo comunitario se ha ido cargando paulatinamente.



↑ Sesión grupal en un centro de salud.

1. La promoción de la salud es la clave del cambio de la APS y sus carencias en desarrollarla son las carencias en la APS de hoy.

Sin embargo, como he dicho antes, estas dificultades tienen más que ver con dificultades metodológicas y también conceptuales.

Claro que también ha habido en toda la historia de la APS experiencias profesionales que han sido intentos de trabajar de otra manera, actividades aisladas pero significativas, de mayor contacto de los profesionales con la población: actividades comunitarias que suponen intentos de abordar problemas reales que no pueden resolverse dentro de la consulta, y que tratan de disminuir la distancia entre profesionales y población, proporcionando a ésta mayores grados de protagonismo.

Así, se dieron y se dan actividades comunitarias que eran aisladas (esperamos que cada vez menos) y minoritarias, fruto del esfuerzo entusiasta y a menudo también voluntarista de profesionales y actores sociales, de desigual abordaje y fortuna, a menudo ignoradas por los equipos y gestores, pero que fueron abriendo una grieta de innovación y cambio real en la forma de entender y realizar nuestra tarea de promover la salud<sup>1</sup>. Éstas son las que hemos pretendido agrupar desde el PACAP, y muchos de los que nos reunimos en este encuentro seguro que nos identificamos con esa historia.

Pero muchos otros profesionales se desilusionaron de las posibilidades de lo comunitario en la APS, o se quemaron. Hay quien vuelve a plantear la consulta como un refugio seguro para el profesional, desde donde dicen poder hacer atención comunitaria sin moverse de la silla, atendiendo los contextos pero sin contar con la comunidad, en una confusión entre los términos atención integral y participación de la comunidad de la concepción de la APS, ambos esenciales, pero no intercambiables.

La vertiente comunitaria de la APS tiene detractores, y además deja hoy indiferentes a un gran grupo de profesionales sanitarios. Hay múltiples obstáculos, no es un camino fácil; si lo fuese se habría avanzado más deprisa; llevamos camino recorrido, pero queda trecho por avanzar.

En todo este tiempo, desde Alma Ata hasta hoy, se han celebrado varias conferencias internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) —Ottawa, Yakarta, Adelaida—, y todas ellas nos vinieron a dar la razón, ya que en todas ellas se hicieron declaraciones que avalaban el recorrido que estábamos realizando aquí, en la APS de España, reiterando que sólo se puede alcanzar la promoción de la salud con la participación de la comunidad. Que la promoción de la salud no es cosa del sistema sanitario, sino de la sociedad en su conjunto.

Más ejemplos y más razones tenemos en los principios de SALUD 21 de la Oficina Regional de

OMS para Europa, cuando habla de las causas de la mala salud e indica dónde hay que influir para modificarlas..

En primer lugar, me pregunto cuántos de los profesionales de la APS conocen estas orientaciones. Está claro que no se encuentra al alcance de los profesionales sanitarios la instauración de políticas globales que desarrollen esta estrategia. Pero su lectura nos sirve a todos los que trabajamos en sanidad para descentrar la salud de lo que nosotros estamos acostumbrados a hacer: pasar consulta. Claro que hay que pasar consulta, diagnosticar, atender la enfermedad y prevenirla cuando está a nuestro alcance. Es el grueso de nuestra actividad diaria y así seguirá siendo. Pero la lectura de este documento refuerza la idea de que la salud en Europa tiene que ver con que se consigan avances acerca de cosas tales como:

- La lucha contra las desigualdades, señalando la pobreza como el mayor determinante de la mala salud.
- La necesidad de fomentar la salud en la etapa prenatal y en la primera infancia, y como consecuencia apoyar a los padres para que puedan cuidar a sus hijos adecuadamente, evitando y compensando desventajas.
- Influir en los determinantes de salud de los jóvenes.
- La educación de la población para que todos nos cuidemos de tener un entorno laboral saludable.
- La atención a la salud mental.
- La disminución de la violencia, los accidentes, las toxicomanías.
- La consecución de las condiciones para un envejecimiento sano.

Y todas estas necesidades para una mejor salud comunitaria precisan forzosamente de estrategias multisectoriales. No dependen de políticas exclusivamente sanitarias, ni se alcanzarán nunca con el esfuerzo aislado de los profesionales de la salud.

A los que trabajamos en la base, estos principios nos plantean claramente una dirección: el camino se recorre en cada territorio y en cada población. Pueden implementarse políticas y actuaciones coherentes o éstas pueden quedar, como tantas otras, en el papel, en los discursos.

El caso es que los diferentes servicios de un territorio (educativos, sanitarios, sociales de diferente dependencia) trabajan sin coordinación, a menudo duplicando esfuerzos y permaneciendo en cambio otras necesidades sin atención. Y no son comunes las estrategias multisectoriales. No suelen implementarse institucionalmente. Ojalá...

Pero veamos qué pasa desde nuestro sector, el de Atención Primaria. Cada vez más los profesionales (y ahora estoy pensando más en los médicos) nos sentimos más sobrecargados, atrapados por una demanda asistencial sobredimensionada. Los profesionales suelen reconocer que se han generado más actitudes de dependencia, medicalizándose múltiples aspectos vitales.



↑ Actividad diaria en un centro de salud.

Yo creo que es verdad que desde el imaginario de los profesionales sanitarios lo comunitario se ve como utópico, del mismo modo que cada vez más se considera utópico el modelo de APS inaugurado en Alma Ata. El día a día de los profesionales se va pareciendo cada vez más al del modelo tradicional que se pretendía sustituir. «Esto es un cupo de siete horas», se oye decir con desaliento. Nos vemos atrapados en la consulta, tratando de hacerlo lo

mejor posible y de la forma más integral posible. Al final sin tiempo para absorber esa demanda que tiene sus raíces, sus determinantes, en otro lado; cargados con la pretensión de asistencia y prevención de nuestros cupos, acechados por el desgaste profesional y abandonando como utópicas las ilusiones profesionales de una práctica más promotora de salud.

El desencuentro con la población, sólo vista como demandadora de consultas, cada vez con mayor dificultad de satisfacer, avanza entre los profesionales; éste es un grave problema.

Quiero leer un breve texto, que hemos elegido como apertura para la edición de las I Recomendaciones PACAP: «La promoción de la salud se realiza por las personas y junto con ellas, sin que se les imponga ni se les entregue. Amplía la capacidad de las personas para actuar, y la de los grupos, organizaciones y comunidades para influir en los determinantes de su salud» (Declaración de Yakarta, OMS).

Decía que nos avalan las conferencias más prestigiosas, las declaraciones de los que más saben. Son falsas las recriminaciones de *acientíficas* o *faltas de evidencia* que se achacan a este tipo de intervenciones.

Pero no están generalizados los instrumentos para llevar a cabo estas actividades. Por eso digo que ha habido graves carencias en la implementación de la APS, puesto que inauguraba un cambio en la orientación de los servicios sanitarios, una nueva concepción que no desarrolló los métodos para llegar a la meta, por lo que el camino se ha hecho mucho más difícil y se ha avanzado menos.

Ha habido vacíos conceptuales, metodológicos y prácticos en la implementación del cambio de modelo que le hicieron perder una gran parte de su potencial transformador. Por eso las señas de identidad de esta concepción, especialmente las más novedosas, como la superación del modelo biomédico por la orientación biopsicosocial, y la

participación de la comunidad, quedaron más relegadas del cambio que se hizo, son con más facilidad objeto de descalificaciones como utópicas o ilusorias.

Nuestra posición es clara. Pensamos, sabemos, que las actividades comunitarias son el único modo de lograr la promoción de la salud. La promoción de la salud no es cosa de los servicios sanitarios, sino de las poblaciones y de su modo de vida. Y los cambios en el modo de vida de las gentes sólo se hacen con su participación.

El encuentro entre los profesionales y la comunidad es una necesidad; si no se da este encuentro, difícilmente se avanzará en el desarrollo de la salud. Es importante ir ocupando esos huecos, esos vacíos en el desarrollo completo y todavía pendiente —que no utópico— de la APS.

- **Vacíos teóricos o conceptuales** que requieren llenarse con reflexión, formación asesoramiento e interdisciplina, para poder ir incorporando saberes y formas de hacer diferentes.
- **Vacíos metodológicos**, conociendo y utilizando herramientas metodológicas válidas y coherentes con el marco conceptual.
- **Y prácticos**, animándonos a participar en procesos que nos aproximen a los ciudadanos y a las otros servicios que funcionan en nuestros barrios, para, conjuntamente, colaborar para mejorar las condiciones de vida.

Por eso, hoy, al presentaros este encuentro del PACAP, reflexionando sobre si el encuentro entre la comunidad y los profesionales sanitarios es una realidad, una utopía o una necesidad que tenemos que construir, os presentamos las actividades que hemos preparado para este VI Encuentro PACAP, esperando que sean útiles en nuestras reflexiones y estrategias para avanzar por este camino de encuentro necesario entre profesionales y población.

Y HAY QUE BUSCAR  
EL ENCUENTRO.

SABEMOS QUE ES  
UNA NECESIDAD  
TENEMOS EL AVAL DE  
LAS CONFERENCIAS  
INTERNACIONALES.