

EDITORIAL

Algunos logros y mucho por hacer

Mario Soler Torroja. Actual responsable de la Red de Actividades Comunitarias (RAC). Coordinador del PACAP desde 1996 a 2008.

En julio de 1996 la Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), presidida por Albert Planes debatió y aprobó el [Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria \(PACAP\)](#)¹. El nacimiento del Programa se justificaba por el convencimiento de que la atención comunitaria debe formar parte del desarrollo de la Atención Primaria y de las competencias del médico de familia y por la realidad de su escasa implantación.

Toda valoración de un proceso depende de las expectativas personales generadas y por ello es lógico que la valoración que se hace de estos 20 primeros años difiera mucho dependiendo de quién la haga. El PACAP ha conseguido logros importantes, pero, para quienes tenemos muchas expectativas, queda aún mucho por hacer. En el año 2008 teníamos constancia documental del desarrollo de al menos 472 actividades comunitarias en un total de 300 centros de salud^{2,3}. Seguro que había muchas más que no se difundían, pero ciertamente pueden parecer pocas sabiendo que había más de 2.500 centros de salud en toda España. Queda mucho hasta conseguir que la orientación comunitaria de la Atención Primaria y el desarrollo de actividades comunitarias sea una realidad en la mayoría de los centros de salud.

ALGUNOS LOGROS

La atención comunitaria en Atención Primaria no nació con el PACAP. Fue en el año 1986 cuando el especialista en salud pública Jaime Gofin⁴ impartió en Barcelona el primer seminario de Atención Primaria orientada a la comunidad (APOC)⁵ y despertó el entusiasmo de un grupo de médicos de familia. En 1988 constituyeron el Grupo APOC de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria (CAMFiC), que ha desarrollado una importante labor docente promovieron el inicio de múltiples experiencias de orientación comunitaria, principalmente en Catalunya. Simultáneamente, varios centros de salud en distintos puntos de España se incorporaron a diferentes procesos de desarrollo comunitario coordinados o asesorados por el trabajador social Marcho Marchioni⁶. Así ocurrió en el Distrito Quinto de A Coruña, en El Patio de El Telde (Canarias), en el Plan Comunitario de Carabanchel (Madrid) y en la Margen Derecha del Guadiana de Badajoz, entre otras experiencias. Otros médicos de familia entusiastas se sumaron a estos procesos y practicaron y difundieron su metodología, y gracias a profesionales como M^a José Pérez Jarauta, que han desempeñado desde los primeros años de la Atención Primaria una importante labor de formación de formadores, la educación para la salud grupal⁷ se ha desarrollado en muchos centros de salud promoviendo el empoderamiento de los pacientes.

Uno de los grandes logros del PACAP, quizás el más importante, se inició en su grupo impulsor y se ha consolidado con los años. El PACAP se diseñó partiendo de distintas experiencias de orientación comunitaria basadas en las metodologías citadas sin exclusiones y con la participación de sus protagonistas, y luego se incorporó también la metodología grupal de los procesos correctores comunitarios (ProCC) para el abordaje de los malestares de la vida cotidiana⁸ y para la intervención comunitaria⁹. Ha sido apasionante el proceso por el que, a lo largo de los años, distintas metodologías y los profesionales que las desarrollan se han ido incorporando y no solo han convivido en el PACAP, sino que han ido confluyendo y enriqueciéndose mutuamente, configurando el propio Programa.

Otro gran logro que algunos considerábamos consolidado se ha cuestionado recientemente. Desde el nacimiento del PACAP han participado activamente otros profesionales no médicos de familia. El comité permanente que coordinó el Programa durante los primeros 12 años estaba compuesto también por enfermeras, una matrona, una trabajadora social y una psicóloga. Los grupos autonómicos han contado con la valiosa participación de profesionales de distintas disciplinas, principalmente de enfermería. La participación multidisciplinar en los encuentros del PACAP y en sus comités organizadores es uno de sus principales atractivos, de forma que ha llegado a presidirlo un enfermero en el año 2015 con excelentes resultados. No es concebible una atención comunitaria que no sea multidisciplinar, y el PACAP debe ser reflejo de ello, dando cabida de pleno derecho a los distintos profesionales que tanto aportan.

Logros tangibles del PACAP que se están mejorando y que habrán de generar mayores resultados son la [Red de Actividades Comunitarias \(RAC\)](#), la renovada [revista Comunidad](#) y los citados encuentros.

Y MUCHO POR HACER...

- Se ha de cuidar y mantener la fortaleza de que el PACAP sea el lugar de encuentro y confluencia de diferentes metodologías siempre contrastadas (nunca el «todo vale») que puedan potenciarse mutuamente, permitiendo intervenir y adaptarse a contextos muy diversos, complejos y cambiantes.
- Es imprescindible consolidar y fortalecer el carácter multidisciplinar del PACAP, acogiendo de pleno derecho a profesionales no médicos de familia. Debemos explorar con valentía posibles alianzas formales con otras organizaciones profesionales y de la sociedad civil. La naciente Alianza por la Salud Comunitaria es una gran oportunidad.
- Ha de tenerse siempre muy en cuenta que la atención comunitaria nunca podrá desarrollarse exclusivamente desde los centros de salud. Las acciones deben dirigirse a la intervención sobre los determinantes sociales y para ello son imprescindibles las acciones intersectoriales y la activa participación de las administraciones locales.
- Desde la semFYC y sus sociedades federadas debemos hacer mayor abogacía ante las administraciones para la promoción de la salud y la intervención y participación comunitarias. Debe ser un objetivo prioritario que la atención comunitaria y la participación formen parte de la cartera de

servicios de Atención Primaria en todas las comunidades autónomas.

- Un objetivo específico prioritario debe ser acabar con el largo desencuentro entre salud pública y Atención Primaria. Algunas comunidades autónomas, como la de Asturias, han iniciado procesos del mayor interés que pueden ser modelos a seguir.
- Al igual que la semFYC ha conseguido que los médicos de familia y la sociedad nos identifiquemos como «médicos de personas», hemos de proponernos que nos sintamos y que nos reconozcan como «médicos de la comunidad». Se ha de incorporar este discurso en todos los foros.
- Es en los objetivos aún más lejanos y difíciles donde en la semFYC hemos de invertir más recursos. El PACAP ha de ser el instrumento idóneo para apostar aún más por el desarrollo de la atención comunitaria entre los médicos de familia. Se ha de sacar mayor provecho de los recursos asignados. Las mesas PACAP en los congresos de la semFYC son una oportunidad frecuentemente desaprovechada que hemos de mejorar. Ha de valorarse que el mayor empoderamiento para la salud de ciudadanos y comunidades que se persigue con la atención comunitaria será también una estrategia para otros objetivos importantes, como el de la desmedicalización.
- Es esencial dar mayor visibilidad a las actividades comunitarias que se realizan y favorecer el trabajo en red mediante la potenciación y mejor difusión de la RAC. La RAC es una potente herramienta aún muy infrutilizada y cambiar esto debe ser uno de los grandes retos del PACAP a corto plazo.
- La semFYC, a través del PACAP, debe proponerse a medio plazo que los Encuentros PACAP sean el mayor evento científico de salud comunitaria en España, dando acogida y protagonismo a todas las disciplinas implicadas.
- Han de continuarse las recientes grandes mejoras de esta publicación, hasta alcanzar el objetivo de que *Comunidad* sea una revista de salud comunitaria con impacto.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.pacap.net/pacap/>
2. 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 en septiembre de 2016]. Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>
3. March S, Ramos M, Soler M, Ruiz-Jiménez JL, Miller F, Domínguez J, Grupo de Investigación PACAP. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. Aten Primaria. [Internet.] 2011;43(6):289-96. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-documental-experiencias-actividad-comunitaria-S0212656710003872?referer=buscador>
4. http://publicacions.camfic.cat/altres/capcalera/entrevistes/2009/Jaime_Gofin.htm
5. De Peray JLI, Montaner I. Una mirada a la Atención Primaria Orientada a la Comunidad. [Internet.] Abril 2016;18(1):11. Disponible en: <http://comunidadsemfyc.es/una-mirada-a-la-atencion-primaria-orientada-a-la-comunidad/>
6. Marchioni M, Morín Ramírez L. La intervención comunitaria. Comunidad. [Internet.] Septiembre 2016;2(18):11 Disponible en: <http://comunidadsemfyc.es/la-intervencion-comunitaria/>
7. Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. Manual de Educación para la Salud. Instituto de Salud Pública (Navarra); 2006.
8. Aguiló Pastrana E. Los grupos en atención primaria y los malestares de la vida cotidiana. AMF. 2010;6(7):372-81.
9. Aguiló Pastrana E, Losada Cucco A. Los grupos y la intervención comunitaria. Comunidad. [Internet.] Junio 2015;17(1):13. Disponible en: <http://comunidadsemfyc.es/los-grupos-y-la-intervencion-comunitaria/>

Volver

Algunos logros y mucho por hacer
Mario Soler Torroja
Comunidad noviembre 2016;18(3):2
ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar