

# Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria

R. M. Macipe Costa<sup>1</sup>, B. Benede Azagra<sup>2</sup>, M. Sastre Paz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatra. CS San Pablo. Zaragoza. España. Grupo de Pediatría Comunitaria y Educación para la Salud de ArAPAP. Grupo de Educación para la Salud y Comunitaria de la AEPap.

<sup>2</sup>CS Canal Imperial-Venecia. Zaragoza. España. Programa Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Estrategia Atención Comunitaria Atención Primaria. Departamento Sanidad. Gobierno de Aragón. Grupo de Investigación en Atención Primaria B21\_17R. Gobierno de Aragón.

<sup>3</sup>Centro penitenciario Las Palmas I. Islas Canarias. España. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Programa Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

## PUNTOS CLAVE

- La orientación comunitaria forma parte intrínseca de la Atención Primaria; sin embargo, está muy desigualmente desarrollada en los centros de salud.
- La salud de las personas depende en su gran parte de sus determinantes sociales y eso implica tenerlos en cuenta dentro y fuera de la consulta.
- Existen una serie de buenas y malas prácticas a nivel individual y de equipos relacionadas con esa orientación comunitaria.
- Las Instituciones deben favorecer, facilitar, reconocer y apoyar a quienes realizan intervenciones con orientación comunitaria para no dejar la orientación comunitaria al voluntarismo individual.

## INTRODUCCIÓN

En mayo de 2018, en el seno del XXXVIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) se presentó el documento *Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria*. Se trata de un documento colabo-

rativo que ha elaborado el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)<sup>1</sup>.

La atención comunitaria forma parte intrínseca de la Atención Primaria<sup>2</sup>, sin embargo, existe una gran variabilidad en el compromiso de los equipos con esa dimensión<sup>3</sup>. Probablemente hay dificultades de tipo conceptual y metodológico, además de un exceso de trabajo asistencial que ocupa prácticamente todo el horario laboral y una falta de compromiso político que reconozca esa dimensión de la atención como necesaria y la facilite<sup>4-6</sup>.

El documento parte de la premisa de que la orientación comunitaria de los servicios sanitarios implica un compromiso y corresponsabilidad con la salud de las comunidades en las que trabajan<sup>2,5</sup>. Esta orientación reconoce que los determinantes sociales de la salud tienen un peso importante en la salud de las personas y comunidades, muy superior a la propia biología de los individuos, y por lo tanto hay que tenerlos en cuenta a la hora de abordar los problemas<sup>4,7,8</sup>.

La orientación comunitaria empieza dentro de la consulta, continua en el equipo y en la comunidad en la que están ubicados. En cada uno de esos niveles existen una serie de buenas y malas prácticas que son las desarrolladas en el documento que aquí se presenta y resume<sup>1</sup> (Figura 1).

**Cómo citar este artículo:** Macipe Costa RM, Benede Azagra B, Sastre Paz M. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria. Form Act Pediatr Aten Prim. 2020;13(3):126-30



Figura 1. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria.

## ORIENTACIÓN COMUNITARIA: HACER EN ATENCIÓN PRIMARIA

Las recomendaciones se resumen en la [Tabla 1](#).

### Comprometernos por la salud. Acción de abogacía por la salud

Como profesionales sanitarios, debemos defender la salud como un derecho fundamental de las personas y, por lo tanto, debemos velar por que todas las personas puedan alcanzar su completo potencial en salud. Debemos defender también la salud de las personas frente a otros intereses políticos y económicos que pueden entrar en conflicto con esta.

Así pues, podemos actuar a nivel político identificando, denunciando y proponiendo estrategias para mejorar la salud de las personas y comunidades, a nivel de profesionales sensibilizando sobre la importancia de un abordaje biopsicosocial en nuestra práctica y a nivel de poblaciones favoreciendo el empoderamiento de las comunidades para defender su derecho a la salud.

Tabla 1. **Hacer en Atención Primaria.**

1	Comprometernos por la salud. Acción de abogacía por la salud
2	Abordar de forma integral los problemas en nuestra atención
3	Promover el empoderamiento y la participación de las personas en nuestra práctica profesional
4	Abrirnos a la comunidad
5	Incorporar la recomendación de recursos comunitarios y activos para la salud
6	Investigar sobre las intervenciones comunitarias

### Abordar de forma integral los problemas en nuestra atención

La orientación comunitaria obliga a tener en cuenta los contextos de las personas, las familias y las comunidades. El modelo biopsicosocial entiende que lo físico lo psíquico y lo social están íntimamente relacionados y, por lo tanto, no se deben abordar los problemas desde uno de los ámbitos obviando los otros<sup>4,8</sup>.

Detrás de muchas demandas que plantean las familias existen problemas sociales<sup>7</sup>. A la vez, la respuesta a las demandas, aunque sean claramente biológicas, puede ser diferente en función del contexto social de la familia.

La contextualización en la clínica busca individualizar en cada persona la generalización del proceso diagnóstico y las pautas de intervención basadas en la evidencia<sup>8</sup>. No contextualizar puede conducir a errores en la toma de decisiones clínicas.

Para ello, es importante:

- **Sistematizar preguntas del ámbito psicosocial:** es importante incorporar en la historia del paciente preguntas sobre nivel educativo de la familia, situación laboral, red de apoyo, tipo de vivienda etc. La primera visita al centro de salud es una buena ocasión para hacerlas. De esta manera identificaremos fortalezas y dificultades en el contexto de los niños que deberemos tener en cuenta a la hora de abordar los problemas.
- **Registrar los Códigos Z:** grupo de códigos diagnósticos de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) que suelen identificar los problemas sociales y que permiten registrarlos adecuadamente. Se debe intentar no registrar el síntoma (por ejemplo, trastorno de conducta), sino la causa de este (por ejemplo, separación padres). El registrar adecuadamente la causa del problema permite orientar mejor la respuesta al mismo, es decir orientarla hacia el problema y no hacia el síntoma. Así se evitará la medicalización de problemas sociales<sup>8</sup>.

- **Orientar los problemas individuales como colectivos:** en ocasiones detrás de problemas individuales de muchos pacientes existen problemas sociales comunes a todos ellos. Es necesario detectar estos problemas y buscar intervenciones comunitarias que respondan a los mismos.

### **Promover el empoderamiento y la participación de las personas en nuestra práctica profesional**

El **empoderamiento** facilita que las personas fortalezcan sus capacidades, su confianza, visión y protagonismo, impulsando cambios positivos en las situaciones que viven. Para favorecer el empoderamiento de las poblaciones es importante potenciar la capacitación y formación de las personas a la vez que reconocer y potenciar las capacidades y saberes que tienen<sup>4</sup>. También es importante favorecer la creación de espacios de participación y decisión de los vecinos: mesas de salud, comisiones de participación ciudadana, consejos de salud, espacios de diálogo y encuentros colectivos con asociaciones, etc.<sup>5</sup>.

### **Abrirnos a la comunidad**

**Una adecuada orientación comunitaria requiere trabajar junto con otros sectores que desarrollan políticas y actividades con impacto en salud, más allá del sector sanitario<sup>2,5</sup>.**

Debemos ser conscientes de que no estamos solos en el universo comunitario y que resulta irrenunciable trabajar junto con todas las personas y los sectores implicados en el mantenimiento y la mejora de la salud, el bienestar, y la calidad de vida de toda la comunidad<sup>4</sup>.

Los distintos sectores que trabajamos en un territorio compartimos la misma población. A la vez, reconociendo el papel fundamental de los determinantes sociales en la salud de las personas<sup>7</sup>, sabemos que intervenciones en sectores no sanitarios, a veces, tienen un impacto sobre la salud de la población mucho más significativo que el que puede tener un centro de salud. Por lo tanto, la población es el centro de la intervención y los equipos de Atención Primaria son un agente colaborador más. La intersectorialidad es pues, una de las claves de la salud comunitaria<sup>2</sup>. Es una intervención coordinada de instituciones y personas representativas de más de un sector, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida. Se trata de un marco de trabajo que trasciende el mero intercambio de información. Implica conocer los otros agentes que intervienen en un territorio, conocer lo que se está trabajando desde otros ámbitos, relacionarse desde la horizontalidad y respeto mutuo, y dedicar tiempo y compromiso<sup>4,8</sup>.

### **Incorporar la recomendación de recursos comunitarios y activos para la salud**

**En nuestras comunidades existen recursos y activos para la salud que suponen una fuente de riqueza y bienestar.**

Un activo para la salud se define como “cualquier factor o recurso que potencia la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar”<sup>9</sup>. Pueden ser personas, lugares, asociaciones, servicios, establecimientos...

Un abordaje biopsicosocial implica conocer los contextos e identificar las causas de los problemas. Para ello es importante conocer los activos del barrio en el que trabajemos para responder a alguno de los problemas que se nos plantean en las consultas. Así podremos recomendar a las personas activos del entorno que pueden ayudarlas<sup>8</sup>. Asimismo, al conocer los recursos del entorno podremos hacer abordajes multidisciplinares cuando sean necesarios y coordinar mejor las intervenciones. La *recomendación de activos* complementa la atención biológica propiamente dicha, orientando a las personas hacia el recurso comunitario más apropiado en cada situación. Para eso es importante que tengamos identificados esos activos para la salud, siendo una herramienta para ellos el Mapeo de Activos para la salud<sup>9</sup>.

### **Investigar sobre las intervenciones comunitarias**

**Reflexionar sobre las intervenciones comunitarias nos permitirá hacerlas más efectivas y duraderas.**

La investigación en promoción de la salud es un campo propio de la Atención Primaria. Aunque existe evidencia de su efectividad, todavía queda mucho por investigar. Al igual que en otros campos es importante aportar evidencias que sustenten la eficacia de las intervenciones. Sin embargo la investigación en intervenciones comunitarias probablemente necesita metodologías diferentes a las que suelen utilizarse en la investigación biomédica. Se podrá utilizar cuando sea preciso, metodología cualitativa, evaluaciones participativas, ensayos comunitarios, diseños ecológicos, cuasi experimentales, etc.<sup>5,10</sup>.

## **ORIENTACIÓN COMUNITARIA: NO HACER EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Las recomendaciones se resumen en la [Tabla 2](#).

### **No medicalizar los malestares de la vida diaria**

**Medicalizar la vida nos expropia la salud.**

Nuestra sociedad, a pesar de tener un mejor nivel de salud que nunca, paradójicamente presenta un aumento de las en-

Tabla 2. **No hacer en Atención Primaria.**

1	No medicalizar los malestares de la vida diaria
2	No culpabilizar a las personas por su estado de salud ni por su estilo de vida
3	No creernos los protagonistas de los procesos comunitarios
4	No respetar la autonomía de las personas
5	No dejar la orientación comunitaria al voluntarismo profesional
6	No obsesionarse con la evidencia de la eficacia de las intervenciones comunitarias

fermedades y de las personas enfermas, o con diagnósticos de enfermedad, así como una percepción por parte de más personas de estar enfermas. Medicalizar es considerar aspectos de la vida cotidiana como enfermedades sin serlo, etiquetando reacciones normales ante situaciones vitales como no saludables y buscando respuesta a las mismas en los medicamentos. Esto genera aumento de la frecuentación a las consultas, aumento del gasto sanitario, dependencia del sistema sanitario, y disminuye la capacidad de respuesta de la persona y las comunidades a sus problemas.

No tener en cuenta en nuestra práctica los determinantes sociales de la salud, la equidad y el contexto de las personas que atendemos, hace que medicalicemos cuestiones que deberían tener otros abordajes.

### **No culpabilizar a las personas por su estado de salud ni por su estilo de vida**

**El contexto social en el que vivimos determina nuestra salud.**

La salud depende fundamentalmente de los determinantes sociales y los estilos de vida<sup>47</sup>. Tradicionalmente se tiende a considerar a los estilos de vida como opciones personales, y por lo tanto se tiende a culpabilizar a las personas que no adquieren hábitos saludables. Al igual que ocurre con otros aspectos, los estilos de vida están también muy condicionados por el contexto social y los entornos en los que viven las personas<sup>7</sup>. No todas las personas tienen la misma facilidad para adoptar estilos de vida saludables. Por lo tanto, debemos asegurar que las personas sepan cuáles son las opciones saludables y proporcionar entornos y políticas que hagan que las elecciones más saludables sean las más fáciles, en vez de culpabilizar a las personas que no adoptan buenos hábitos de vida.

### **No creernos protagonistas de los procesos comunitarios**

**El protagonismo ha de ser compartido.**

Los servicios de salud no son los protagonistas de las intervenciones dirigidas a mejorar la salud de las personas, sino uno

más de los recursos técnicos que forman el entramado comunitario: administración, recursos-profesionales y población<sup>4</sup>. Nuestro papel es apoyar, dinamizar y exponer saberes técnicos que contribuyan al trabajo común, con protagonismo compartido por quienes conformamos la comunidad. Esta debe ser la premisa del equipo de Atención Primaria cuando se sume a procesos comunitarios ya existentes, o impulse nuevos: liderazgo compartido, fomentando la participación de todas las personas. La población no debe considerarse como mera receptora de actividades diseñadas y llevadas a cabo por otros agentes (habitualmente desde recursos, como profesionales o personal técnico). Debemos tener cuidado con otorgarnos protagonismos de procesos comunitarios. Hay que respetar los ritmos y decisiones de la población, escuchar y reconocer los saberes y opiniones del resto de protagonistas<sup>2,5</sup>.

Desde una perspectiva de equidad, no debemos olvidarnos de las dificultades de participación que tienen algunas personas, que habitualmente se quedan al margen de los procesos. Hay que evitar tomar decisiones por ellas y buscar la manera de conseguir que puedan participar de pleno derecho, contribuyendo con sus saberes y experiencias a los procesos<sup>2</sup>.

### **No respetar la autonomía de las personas**

**Nuestro rol profesional no debe ser paternalista ni autoritario, sino de colaboración y apoyo a favor de la autonomía de las personas.**

El principio de autonomía forma parte de la ética de máximos. De este nace la reivindicación del derecho de las personas a apropiarse de su vida y decidir por sí mismas, como seres autónomos que son, qué, cómo, cuándo y por quién desean ser cuidadas a lo largo de ella, en sus procesos de salud-enfermedad<sup>8</sup>.

La obligación de las y los profesionales es respetar las decisiones autónomas de las personas y grupos y ayudarles a realizar, en lo posible, su proyecto vital. Para ello, precisamos un cambio en el modelo de relación: del paternalista y autoritario –modelo bio-médico actual– a uno democrático, deliberativo y participativo.

Es necesario permitir que las personas y la población, participen en la toma de decisiones y en los procesos comunitarios. Esto supone reconocerlas y considerarlas válidas para la interlocución en la priorización de sus problemas, necesidades o acciones en salud<sup>5</sup>.

### **No dejar la orientación comunitaria al voluntarismo profesional**

**La orientación comunitaria de la Atención Primaria no puede depender exclusivamente del voluntarismo profesional. El apoyo institucional es esencial.**

A pesar de estar incluido el abordaje comunitario de la salud y el enfoque promotor de salud, en los marcos legislativos y en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, no se ha desarrollado ni apoyado lo suficiente. Se han delegado la mayoría de las acciones comunitarias al voluntarismo y a la iniciativa personal de las y los profesionales. Esto dificulta la posibilidad de alcanzar los resultados en salud esperados y la sostenibilidad de los procesos comunitarios<sup>5</sup>.

Que las actividades de salud comunitaria presenten un alto grado de voluntarismo conlleva el riesgo de desilusionar y “quemar” a los profesionales. Sin el apoyo institucional y el reconocimiento de las actividades comunitarias como parte del abordaje integral de la salud, no se crean las condiciones para que las y los profesionales dediquen tiempo laboral a esas actividades<sup>3</sup>.

Además, las instituciones deben proveer formación específica y asesoramiento a los Equipos de Atención Primaria al respecto, incluyendo apoyos técnicos y presupuestarios<sup>3,5</sup>.

### No obsesionarse con la evidencia de la eficacia de las intervenciones comunitarias

No hay que dejar de probar intervenciones porque no haya suficiente investigación, ni sobreinvestigar lo que ya está investigado<sup>5,10</sup>.

Existe la idea de que las intervenciones comunitarias no son efectivas, y esta puede ser a veces una razón para no llevarlas a cabo.

Esto proviene de que no existen evidencias suficientes, no porque las intervenciones no sean eficaces, sino que no la evidencia se construye sobre determinados procedimientos de investigación que no están pensados para investigar con y para las comunidades.

Por tanto, **que no haya evidencia no quiere decir que no funcione una intervención**, sino que no ha habido investigación suficiente que concluya su efectividad (o la falta de ella), o que no ha habido investigación de determinado tipo.

Las dificultades provienen de que: los resultados esperables no son a corto plazo, son intervenciones de difícil aleatorización, existen dificultades para encontrar controles, son intervenciones complejas e intersectoriales y es difícil atribuir una causalidad clara, su efectividad está relacionada con el contexto, etc.

Por lo tanto, cuando falte evidencia (investigación con enfoques orientados a la causalidad), valoraremos realizar evaluaciones/investigaciones que puedan aportarla. También se pue-

de (y se debe) realizar evaluación/investigación con enfoques diferentes a los propuestos por la evidencia (participativos, cualitativos, cuasi experimentales, de implementación), para mejorar las intervenciones y darlas a conocer.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sastre Paz M, Benedé Azagra CB (coords.). Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria. En: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria [en línea] [consultado el 23/09/2020]. Disponible en: <http://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria/>
2. Astray L, Aguiló E, Bellver A, López M, Lozano M, Montaner I, et al. I Recomendaciones PACAP: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? En: Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria [en línea] [consultado el 23/09/2020]. Disponible en: [www.pacap.net/es/recomendaciones/recomendaciones.pdf](http://www.pacap.net/es/recomendaciones/recomendaciones.pdf)
3. March S, Jordán M, Montaner I, Benedé CB, Elizalde L, Ramos M. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en Atención Primaria: Proyecto frAC. Gac Sanit. 2014;28:267-73.
4. Cofiño R, Pasarín MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26:88-93.
5. Benedé Azagra CB, Magallón Botaya R, Martín Melgarejo T, del-Pino-Casado R, Vidal Sánchez MI. ¿Qué hacemos y qué podríamos hacer desde el sistema sanitario en salud comunitaria? Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018; 32:22-5.
6. March S, Ripoll J, Jordan Martín M, Zabaleta-Del-Olmo E, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, et al. Factors related to the development of health-promoting community activities in Spanish primary healthcare: two case-control studies. BMJ Open. 2017;7:e015934.
7. Cofiño Fernández R. Tú código postal es más importante para tu salud que tu código genético. Aten Primaria. 2013;45:127-8.
8. Montaner Gomis I, Foz Gil G, Pasarín Rúa MI. La salud: ¿un asunto individual...? AMF. 2012;8:374-82.
9. López S, Suárez O, Cofiño R (coords.). Guía ampliada para la recomendación de activos (“prescripción social”) en el sistema sanitario. En: Observatorio de Salud en Asturias [en línea] [consultado el 23/09/2020]. Disponible en [https://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/guia\\_ampliada\\_af.pdf](https://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/guia_ampliada_af.pdf)
10. March S, Torres E, Ramos M, Ripoll J, García A, Bullete O, et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: a systematic review. Prev Med. 2015;76:S94-104.