

Informe SESPAS 2016

# Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza. . .



Elena Cabeza<sup>a,b,c,\*</sup>, Sebastià March<sup>b,c,d</sup>, Carmen Cabezas<sup>e</sup> y Andreu Segura<sup>f</sup>

<sup>a</sup> Servei de Promoció de la Salut, Direcció General de Salut Pública i Participació, Conselleria de Salut, Govern Balear, Palma de Mallorca, España

<sup>b</sup> Institut d'Investigació Sanitària de Palma (IDISPA), Palma de Mallorca, España

<sup>c</sup> Red de Investigación de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (RedIAPP), España

<sup>d</sup> Unitat d'investigació, Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, Servei Balear de la Salut, Palma de Mallorca, España

<sup>e</sup> Subdirecció General de Promoció de la Salut, Secretaria de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

<sup>f</sup> Secretaria de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*

Recibido el 26 de noviembre de 2015

Aceptado el 13 de mayo de 2016

*Palabras clave:*

Promoción de la salud

Participación comunitaria

Salud pública

Atención primaria de salud

## R E S U M E N

En este artículo se aboga por la necesidad de impulsar las intervenciones de promoción de la salud con perspectiva comunitaria en la práctica sanitaria. Se describen algunas de las intervenciones comunitarias realizadas en atención primaria, su evidencia científica y los factores que se relacionan con llevarlas a cabo. Se subraya la necesidad de una coordinación efectiva entre primaria y salud pública, trabajando con la comunidad. Se explican dos experiencias concretas de esta coordinación a modo de ejemplo. La primera es un proyecto de elaboración de rutas saludables en los centros de salud en Baleares, mediante un proceso participativo en el que colaboran la ciudadanía, las entidades de barrio y el ayuntamiento (urbanismo, movilidad, servicios sociales. . .). En la segunda se presenta el Plan Interdepartamental de Salud Pública de Cataluña, que pretende organizar la coordinación intersectorial en salud. Como desarrollo específico de este plan, el proyecto COMSalud trata de introducir la perspectiva comunitaria en los centros de salud y actualmente se está pilotando en 16 áreas de salud. Se revisan las propuestas realizadas por un estudio de investigación en el año 2008 para impulsar la promoción de la salud en atención primaria, valorando su grado de consecución y sus déficits. Se señala la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, del Ministerio de Sanidad, como una oportunidad para ejercitar la coordinación entre primaria y salud pública. Se concluye que este cambio de mentalidad necesita dotarse de recursos para ser posible, no solo económicos.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Healthcare promotion in primary care: if Hippocrates were alive today. . .

### A B S T R A C T

This article argues for the need to implement community healthcare promotion initiatives in medical practice. Some of the community initiatives introduced in primary care, as well as scientific evidence and associated implementation factors are described. The need for effective coordination between primary care and public health services, working with the community, is underlined. Two specific coordination initiatives are explained by way of example. The first is a project to develop healthcare plans in health centres in the Balearic Islands, by means of a participatory process with the collaboration of citizens, local organisations and the town council (urban planning, mobility, social services, etc.). The second is the Interdepartmental Public Health Plan of Catalonia, which was established to coordinate cross-sectoral healthcare. A specific part of this plan is the COMSalud project, the purpose of which is to introduce a community perspective to health centres and which is currently being piloted in 16 health areas. We review the proposals of a 2008 research study to implement healthcare promotion in primary care, assessing its achievements and shortfalls. The Disease Prevention and Health Promotion Strategy of the Spanish Ministry of Health is recognised as an opportunity to coordinate primary and public health. It is concluded that this change of mentality will require both financial and human resources to come to fruition.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

*Keywords:*

Healthcare promotion

Community participation

Public health

Primary healthcare

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [cabezaelena@gmail.com](mailto:cabezaelena@gmail.com) (E. Cabeza).

**Puntos clave:**

- Aunque la promoción de la salud es una responsabilidad de atención primaria, en la práctica sigue dependiendo del voluntarismo de los profesionales, lo que explica su variabilidad y precariedad.
- La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad es una oportunidad y hay que aprovecharla.
- Hay que crear o reforzar las estructuras de coordinación entre salud pública y atención primaria, y las entidades locales y ciudadanas, para que sean formales y eficientes, y aprender a trabajar en ellas.
- Es necesaria más y mejor evaluación de las actividades comunitarias, y extender la práctica de las que ya funcionan.
- Las intervenciones efectivas deberían recibir apoyos visibles que les otorguen formalidad (inclusión en la cartera de servicios, contrato programa, incentivos. . .).
- Convendría recuperar la idea de participación comunitaria, replanteando la adecuación de los consejos de salud.

**Introducción: nos viene de lejos**

«Los jóvenes de hoy no parecen tener respeto alguno por el pasado ni esperanza alguna para el porvenir.»

Hipócrates (s. V a.C. - s. IV a.C.), médico griego.

Si Hipócrates levantara la cabeza no daría crédito, y con razón. No por todas las innovaciones que indudablemente nos han acontecido desde sus tiempos, sino por todo lo contrario: ciertos cambios siguen siendo igual de necesarios hoy como lo fueron en la Antigüedad. Estamos hablando ahora de la orientación comunitaria en salud. Aunque este sabio médico ya manifestaba en sus antiguos tratados la necesidad de incorporar esta perspectiva a la práctica sanitaria, todavía nos queda tanto por hacer. . .

La reforma de la atención primaria en la década de 1980 en España, heredera directa de Alma Ata, parecía que iba a ser un avance en ese sentido. Un modelo de primer nivel asistencial repartido en el territorio, con profesionales multidisciplinares cercanos a la población, trabajando en equipo con y para la comunidad. Idealmente creado para trabajar la promoción de la salud desde una perspectiva comunitaria, parece ser que las prioridades fueron otras y se extravió la dirección. Tal vez soñando con virtudes hospitalarias o asentados en cómodas consultas, nos perdimos por el camino<sup>1,2</sup>.

Mucho se ha hablado sobre la promoción de la salud desde que la Carta de Ottawa<sup>3</sup> la definía, en 1986, como el proceso que permite que las personas ejerzan un control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su bienestar. Hoy en día, poca duda cabe, la promoción de la salud debería tener más relevancia en las intervenciones que podemos ofrecer desde el sistema sanitario. Muchas son las razones<sup>4,5</sup>: el envejecimiento de la población con la consiguiente carga de morbilidad asociada, la globalización de los riesgos, el aumento progresivo de la inversión en sanidad y las dificultades para garantizar su sostenibilidad, pero también una población más capacitada y dotada de recursos para tomar decisiones sobre su propia salud y que demanda un mayor protagonismo. Hasta los políticos nos endulzan los oídos trovando este mensaje y añadiéndole el impulso de la primaria como subtítulo. ¿Pero quién y cómo promoverá la promoción?

En este artículo se hablará del rol que tiene y puede tener la atención primaria en el ámbito de la promoción de la salud; un tema que, aunque viene de lejos, aún sigue siendo necesario tratar.

**Lo que hacemos y lo que no**

«No basta que el médico haga por su parte cuanto debe hacer, si por otro lado no concurren al mismo objeto, los asistentes y demás circunstancias exteriores.»

Hipócrates (s. V a.C. - s. IV a.C.), médico griego.

Tal vez no tanta como algunos quisiéramos, pero se hace mucha promoción de la salud en atención primaria. Hay una gran variabilidad entre centros de salud y entre comunidades autónomas (CC.AA.), tanto en la cantidad como en las condiciones (apoyos, recursos, metodologías) en que estas intervenciones se llevan a cabo<sup>6-8</sup>. Lo que más se hace son intervenciones sobre salud general, alimentación y salud afectiva-sexual, dirigidas a población general, infancia o progenitores, y desarrolladas en centros educativos o de salud<sup>9,10</sup>. Enfermería es el principal colectivo implicado, aunque en algunas CC.AA. los trabajadores sociales son un agente principal<sup>6,10</sup>.

Hacemos, pero no tanto. Porque en algunas CC.AA. la promoción de la salud impulsada desde primaria sigue siendo escasa, con apoyos limitados que la relegan al voluntarismo y la precariedad<sup>6,11</sup>. Las causas de su falta de desarrollo son múltiples: factores individuales (formación, creencias, motivación, autoconfianza), del equipo (apoyos, perfil de la comunidad) o institucionales (objetivos de las gerencias, modelo biomédico, falta de visibilidad de resultados a corto plazo, falta de demanda por parte de la población)<sup>12,13</sup>. Aunque los profesionales aducen como razón principal la falta de tiempo, la evidencia ha demostrado que este no es un factor determinante (Proyecto Frac, en proceso de publicación)<sup>13</sup>.

Sabemos que hay muchas dificultades para evaluar la efectividad de estas intervenciones<sup>14-16</sup>, como la misma perspectiva poblacional, la dificultad de medir variables de impacto en salud, los largos seguimientos y la precariedad con que se realizan muchas de estas intervenciones. Aun así, conocemos que algunas son efectivas<sup>17,18</sup>, como las intervenciones para mejorar el autocuidado de pacientes crónicos, las que movilizan distintos recursos de la comunidad para trabajar sobre los factores de riesgo cardiovascular o las de promoción de la actividad física.

La responsabilidad de realizar intervenciones de promoción de la salud dentro del sistema sanitario asistencial está asignada a atención primaria<sup>19</sup>, aunque muchos de sus profesionales no lo vean así<sup>12,13</sup>. Sin embargo, es evidente que para hacer ese trabajo hay que contar con una coordinación efectiva con salud pública, tal como recoge la Ley de Salud Pública 33/2011<sup>20</sup>. Y como sabemos que la coordinación es cosa más fácil de decir que de hacer, detengámonos a pensar cómo podemos sentar esos mimbres.

**Los mimbres están**

«Hay una circulación común, una respiración común. Todas las cosas están relacionadas.»

Hipócrates (s. V a.C. - s. IV a.C.), médico griego.

Participación comunitaria, perspectiva poblacional, determinantes sociales de la salud, promoción de la salud, acción intersectorial. . . Hay ideas que, aunque diferentes, casan bien: se nos hace natural verlas juntas paseando por los mismos foros. Y así creemos que debería ser entre salud pública y atención primaria.

El camino está bien señalado. Fuera de España se ven algunos movimientos, lentos, pero relevantes: el último *Libro Mundial de la Medicina de Familia*, que contempla una serie de temas impensables hace unos años (desigualdades, medio ambiente y salud, relación de medicina de familia y salud pública), o el enfoque promovido por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), *Health Needs Assessment*, para abordar las necesidades de la población en vez de reaccionar simplemente a demandas<sup>21</sup>. Por otra parte, la Primary Care Foundation y la NHS Alliance acaban de publicar un informe<sup>22</sup> en el que destacan la oportunidad de mirar más allá de la

práctica tradicional de la medicina familiar y ampliar sus horizontes a la comunidad, integrando en su acervo el concepto de salud en todas las políticas. Recomiendan explorar los servicios que ofrecen el resto de los proveedores (organizaciones no gubernamentales, asociaciones, servicios sociales, etc.) e integrarlos en la cartera de servicios de primaria (prescripción social).

En España ha habido, en la última década, diversas llamadas a mejorar la colaboración entre salud pública y atención primaria para realizar intervenciones de promoción de la salud<sup>23–25</sup>. Se han establecido alianzas específicas entre sociedades científicas, como la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y el Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), o la elaboración de redes comunes de intervenciones, como la Alianza para la Salud Comunitaria<sup>26</sup>. La Comisión para reducir las desigualdades sociales de salud en España<sup>27</sup> propuso, entre otras medidas, aumentar los recursos y la orientación del sistema sanitario hacia la atención primaria y mejorar su coordinación con salud pública. En este mismo sentido apunta la reciente Estrategia de Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad del Ministerio de Sanidad, que aboga por la integración y la coordinación entre todos los niveles, sectores y actores implicados<sup>28</sup>. Señala la atención primaria y su coordinación con salud pública como uno de los pilares fundamentales, y realiza propuestas concretas, como integrar la promoción de los estilos de vida saludable dentro de las actividades sistemáticas de las consultas de primaria (incorporándolas a la historia clínica, cartera de servicios, contrato programa).

Por tanto, algunos mimbres están. Sólo hay que saber cómo aprovecharlos. Trabajar con otros e incorporar perspectivas diferentes supone cambios, y sabemos que el sistema sanitario suele ser reacio a las innovaciones no tecnológicas. Y, sin embargo, se mueve. Aunque hay muchísima variabilidad en las relaciones entre salud pública y atención primaria en cada C.A., hay experiencias de coordinación interesantes y novedosas. En este documento citamos dos ejemplos: una experiencia en Baleares, donde salud pública trabaja «a pie de calle» con los centros de salud contactando con las entidades de su entorno, y otra en Cataluña, donde «desde las alturas» de una gobernanza implicada en la promoción de la salud se apuesta por una reestructuración del sistema que se articula localmente en proyectos de salud comunitaria.

### **De cómo salir airoso de una relación difícil. Dos proyectos: a pie de calle y desde las alturas**

*«Es más importante saber qué clase de persona tiene una enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene una persona.»*

Hipócrates (s. V a.C. – s. IV a.C.), médico griego.

*A pie de calle: «Aprendiendo a participar. Rutas saludables alrededor de los centros de salud»*

Hasta ahora, buena parte de las intervenciones de salud pública dirigidas a fomentar la actividad física desde atención primaria se han centrado en promover cambios individuales de conducta. Sin embargo, este tipo de intervenciones consigue pequeños cambios de ámbito poblacional y que no suelen mantenerse a largo plazo<sup>29</sup>. La Estrategia de Alimentación Saludable y Vida Activa del Govern Balear pone en marcha un proyecto, en colaboración con atención primaria, cuyos objetivos son diseñar entornos saludables (rutas saludables alrededor de los centros de salud) y promover la actividad física. Se trata de un proyecto de participación comunitaria e intersectorial, ya que cuenta con la implicación del equipo de atención primaria y la participación activa de la ciudadanía y de sectores no sanitarios (modelo de Arnstein).

Son los equipos los que manifiestan su interés y solicitan su inclusión en el proyecto, e identifican y establecen alianzas con otros grupos de la comunidad (asociaciones, organizaciones, pacientes, ONG. . .) y con los ayuntamientos (infraestructuras, movilidad, urbanismo o servicios sociales). Posteriormente se constituye una comisión que liderará el diseño, el proceso y la evaluación de la intervención. Para homogeneizar el trabajo, se ha redactado un protocolo de implantación<sup>30</sup>. La comisión diseña el trazado de una ruta por el barrio, que se valida *in situ* mediante un cuestionario a rellenar por los caminantes para ver si cumple con los criterios urbanísticos y ambientales adecuados para promover la actividad física (luminosidad, distancia, pendientes, obstáculos, tráfico, etc.). Una vez establecida la ruta, el centro de salud organiza grupos para caminar acompañados por un profesional sanitario o un paciente experto. Desde la comisión se favorece la puesta en marcha de actividades conjuntas (talleres de actividad física, etc.) paralelas a los grupos de caminantes, con otras entidades de la zona.

A los participantes en los grupos se les realiza un test de actividad física (IPAQ, *International Physical Activity Questionnaire*) integrado en su historia clínica electrónica. En función de los resultados obtenidos, se hacen unas recomendaciones al paciente y se activa un protocolo de educación para la salud para la promoción de una vida activa mediante consejo breve y educación individual estructurada o grupal<sup>31</sup>. Para ello, se ha realizado un proceso de formación de los profesionales sanitarios. Hasta el momento se han adherido a este proyecto 32 centros de salud de los 58 existentes en Baleares, y han participado en las comisiones 159 entidades (68 del sector sanitario, 35 de sectores no sanitarios y 56 entidades cívicas) y 97 ciudadanos a título personal.

El éxito del proyecto se debe en gran parte a los profesionales de enfermería, que se confirman como agente clave en la promoción de la salud. Se reconoce también la importancia de otros profesionales, como los trabajadores sociales, aunque en el caso de Baleares su trabajo está más orientado a la atención asistencial<sup>6,10</sup>. Sería importante reforzar el papel comunitario de estos profesionales y de los mediadores culturales del centro, por el papel cohesionador que pueden ejercer los grupos de caminantes en centros con mucha inmigración. Otro punto clave está siendo la estrecha colaboración entre salud pública y atención primaria, lo que nos permite reforzar e impulsar estas y otras actividades comunitarias.

Por último, el fomento de un entorno urbano que promueva la actividad física debería de ser un objetivo en las políticas de movilidad. En este proyecto se ha colaborado con los departamentos de infraestructuras y de movilidad de los ayuntamientos. No siempre ha sido fácil el trabajo multidisciplinario, fundamentalmente por una falta de costumbre de trabajar con profesionales con los que tenemos poca tradición de trabajo en común. Es complicado integrar lenguajes, objetivos, prioridades y presupuestos<sup>32</sup>, pero creemos que es posible avanzar mediante colaboraciones entre los sectores sanitario y no sanitario y la ciudadanía, que repercutirán en beneficios para la comunidad.

*Desde las alturas: Proyecto COMSalud, la aplicación territorial del Plan Interdepartamental de Salud Pública*

El Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP), aprobado por el Gobierno de Cataluña en 2014, es una iniciativa de la Ley de Salud Pública de Cataluña<sup>33</sup>. Este plan asume que los determinantes propiamente sanitarios son solo una pequeña parte de los diversos factores que influyen en la salud de las personas y de las poblaciones, por lo que apuesta por la implicación y la colaboración intersectorial. El PINSAP pretende que la salud sea uno de los ejes de las políticas públicas, y que los distintos sectores capitalicen sus aportaciones a la promoción y la protección de la salud asumiendo también sus responsabilidades respectivas. Todos los departamentos del gobierno están representados en una

comisión interdepartamental que ha creado tres grupos de trabajo: administración local, profesionales (corporaciones y sociedades científicas) y comunidad (entidades ciudadanas y del tercer sector). Durante los primeros 18 meses se han puesto en marcha 30 actuaciones consensuadas por la comisión en 14 ámbitos de actuación, y se han identificado más de 566 acciones con un posible impacto en la salud. A pesar de que la valoración inicial resulta positiva, el desarrollo de las intervenciones intersectoriales se ve a menudo obstaculizado por las dificultades prácticas para agilizar la coordinación y superar la inercia secular de ir cada uno por su lado (lo que bastante trabajo supone). Estas pueden atribuirse a la inexperiencia y la desconfianza en el trabajo colaborativo. La multiplicidad de organismos implicados complica todavía más esta coordinación. De ahí la conveniencia de desarrollar este planteamiento desde la base, en la periferia de las organizaciones de las administraciones públicas, en la cotidiana realidad de los barrios y las comunidades. Una política transversal, desde abajo, que necesita, sin embargo, la implicación efectiva de alguna autoridad, en este caso la sanitaria. Como promotor del PINSAP, el Departamento de Salud propone ser el primer sector de la Administración que desde su propia competencia promueve la intersectorialidad y la participación ciudadana. Se trata de fomentar iniciativas intersectoriales simultáneamente desde dos niveles: gobierno autonómico y zonas básicas de salud.

La aplicación concreta del PINSAP en atención primaria y salud pública es el proyecto COMSalud (Comunidad y Salud: Atención Primaria y Comunitaria), que implica a 16 de las 370 áreas básicas de salud de Cataluña, seleccionadas por su trayectoria comunitaria y que atienden una población de aproximadamente 350.000 personas. En cada una de estas áreas se adscribe un profesional de salud pública a cada equipo de atención primaria, que se compromete a reorientar sus actividades sanitarias incluyendo la perspectiva comunitaria en todas sus actuaciones. No se trata tanto de añadir nuevas intervenciones como de tener en cuenta en todas ellas la influencia de los determinantes sociales y comunitarios. Por eso, la primera tarea a acometer es la revisión de las prioridades locales y la reordenación de la cartera de servicios de acuerdo con las necesidades de la comunidad. Para lograrlo resulta imprescindible la participación activa de la comunidad, por lo que se pretende implicar a la Administración local, las entidades ciudadanas y los profesionales. Se propone llevar a cabo, o actualizar, el mapa de activos comunitarios para aprovechar los recursos de la propia comunidad.

Una de las principales limitaciones de este proceso ha sido la dependencia que tienen las iniciativas comunitarias del voluntarismo de los profesionales, lo cual provoca inestabilidad, cansancio e interferencias con los quehaceres habituales. Para evitarlo, la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria ha coordinado, con todas las instituciones implicadas, la elaboración de un procedimiento de evaluación de las intervenciones. Por otra parte, las autoridades sanitarias se han comprometido a garantizar la autonomía organizativa suficiente para permitir redistribuir los recursos disponibles en función de las prioridades establecidas y de los servicios y las actividades desarrolladas. Se considera que algunas dejarán de practicarse, porque no aportan valor sin ser inocuas (como las que recomienda evitar el programa Esencial), o porque no son localmente pertinentes. Esto liberará recursos que quedarán a disposición de las áreas.

El propósito es ir generalizando paulatinamente la iniciativa al conjunto de las áreas del territorio, y en la primera fase conformar operativamente los equipos de agentes básicos (equipos de primaria y salud pública) para, con ellos:

- Presentar el proyecto a la comunidad.
- Cartografiar los activos comunitarios locales.
- Mantener o mejorar las intervenciones comunitarias en curso.
- Formular objetivos locales conjuntamente con la comunidad y con otros sectores.

- Implementar intervenciones comunitarias nuevas con carácter ilustrativo.
- Diseñar una cartera de servicios en salud comunitaria propia.
- Evaluar el proyecto.

### Conclusión: tanto por hacer. . .

*«El arte es largo, la vida breve, la ocasión fugitiva, la experiencia falaz, el juicio dificultoso.»*

Hipócrates (s. V a.C. - s. IV a.C.), médico griego.

En 2008, el PACAP realizó un estudio de aproximación a la situación de las actividades comunitarias en España<sup>34,35</sup>. Este estudio, que constaba de varias partes, finalizó con la realización de un grupo nominal con personas expertas que seleccionaron y priorizaron propuestas para mejorar la implantación de estas intervenciones en atención primaria. Las propuestas fueron priorizadas en tres niveles de decisión (tabla 1).

Es interesante observar esas propuestas y ver cómo se han desarrollado. Desde el Ministerio de Sanidad se ha elaborado la comentada Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad<sup>22</sup>, que recoge varias de las propuestas. Promueve la elaboración de materiales de apoyo, incluye formación de profesionales e impulsa la coordinación intersectorial. Quedarían pendientes la revisión y el replanteamiento de los consejos de salud (organismo de participación de salud); introducir la formación en salud comunitaria y promoción de la salud en la formación sanitaria de pregrado y de residencia; y utilizar los medios de comunicación no solo para difundir campañas de promoción de la salud, sino también las perspectivas y las estrategias que les dan soporte. En cualquier caso, la estrategia únicamente puede verse como una oportunidad y conviene no perderla de vista. Sería recomendable que tanto los profesionales de atención primaria y salud pública como sus sociedades científicas y gerencias o departamentos se implicaran en ella adaptándola a sus realidades cercanas.

En cuanto a las CC.AA., de nuevo variabilidad: experiencias interesantes que apuntan hacia la coordinación intersectorial estructurada e institucionalizada, pero también con regiones donde esa colaboración es muy dependiente de coyunturas políticas determinadas, o incluso de personalidades específicas, y por lo tanto débil. Es necesario fortalecer la salud pública y su rol como coordinadora del trabajo desarrollado con el sistema sanitario y las entidades locales. El ejemplo de Cataluña que aquí se presenta supone una apuesta en la línea de las propuestas del estudio PACAP de 2008: reorientación de la atención primaria con apoyo de técnicos del área de salud pública, formalización y legitimación de las intervenciones comunitarias, y creación de organismos de participación ciudadana a distintos niveles. Sería deseable que proyectos de este alcance se extendieran a otras CC.AA.

En las gerencias de atención primaria, aunque detectamos tímidos avances en formalización y reconocimiento de lo que se está realizando y en formación de profesionales, puede que sea donde más queda por hacer. No ayuda a impulsar la promoción de la salud la precariedad laboral que se ofrece a los profesionales sanitarios más jóvenes, ni las políticas de no sustitución. Es necesario que se revisen los roles comunitarios de cada profesional para ver cómo se reparten las responsabilidades y de qué manera se organiza ese trabajo. Y en este sentido es imprescindible señalar con el dedo las carencias del trabajo multidisciplinario en equipo, y realizar acciones en consecuencia, como formación a los profesionales de dinámicas de trabajo en equipo o revisar su composición con respecto a los perfiles más psicosociales.

Desde cualquiera de estos ámbitos debe impulsarse la evaluación de las intervenciones de promoción de la salud. Hace falta evaluar más y mejor: dedicar más recursos a investigar el impacto de estas intervenciones y hacerlo con metodologías más abiertas

**Tabla 1**

Seguimiento de propuestas para impulsar actividades de promoción de la salud en atención primaria, por orden de priorización (PACAP 2008)

	Grado de consecución de la propuesta		
	Realizada	Medio realizada	No realizada
<i>Propuestas dirigidas al Ministerio de Sanidad y Consumo</i>			
• Estrategia de implantación de actividades comunitarias	x		
• Promover la elaboración de materiales	x		
• Financiación para la realización de actividades comunitarias		x	
• Impulsar la coordinación intersectorial	x		
• Introducir la visión comunitaria en la formación de pregrado y posgrado			x
• Revisar y replantear los consejos de salud			x
• Utilizar la televisión pública para fomentar la participación			x
• Formación continuada de profesionales	x		
<i>Propuestas dirigidas a los gobiernos de las comunidades autónomas</i>			
• Impulsar la coordinación intersectorial		x	
• Impulsar la coordinación entre atención primaria y salud pública		x	
• Reorientar la atención asistencial desde el enfoque salubrista		x	
• Formación continuada de profesionales	x		
• Promover la elaboración de materiales	x		
• Contratar técnicos de promoción de la salud en las gerencias		x	
• Incluir las actividades comunitarias en las carteras de servicios	x		
• Replantear el funcionamiento de los equipos de atención primaria			x
• Financiación para la realización de actividades comunitarias		x	
• Revisar y replantear los consejos de salud			x
• Ofrecer asesoramiento en actividades comunitarias		x	
<i>Propuestas dirigidas a las gerencias de atención primaria</i>			
• Reorientar la atención asistencial desde un enfoque salubrista			x
• Replantear el funcionamiento de los equipos de atención primaria			x
• Financiación para la realización de actividades comunitarias			x
• Apoyar las actividades comunitarias transformadoras		x	
• Incluir las actividades comunitarias en las carteras de servicios	x		
• Formación continuada de profesionales	x		
• Contratar técnicos de promoción de la salud en las gerencias		x	
• Plan para que el centro de salud se presente a la comunidad		x	
• Promover la elaboración de materiales		x	
• Responsable de actividades comunitarias en cada centro de salud		x	
• Promover la investigación en actividades comunitarias			x

que se adapten a la realidad contextual de las comunidades<sup>14</sup>. También hay que utilizar lo que ya ha funcionado. La estrategia del Ministerio apunta criterios de buena práctica en promoción de la salud e identifica un conjunto de experiencias que pueden servir de modelo, como el ejemplo de Baleares expuesto en este artículo. Es importante remarcar la equidad como brújula que identifique las áreas prioritarias de intervención.

Hay una necesidad importante de cambio de mentalidad para poder avanzar. Un cambio que desencadene, a su vez, cambios organizativos. Una atención primaria más eficiente y mejor dotada, con capacidad, motivación y seguridad para salir de la consulta a trabajar con la comunidad. También es necesario incorporar y dar forma concreta a ideas tales como el empoderamiento en salud, la intersectorialidad, el trabajo en equipo, la creación de entornos saludables, la equidad en salud, la gobernanza territorial y la participación. Los cambios más dirigidos hacia los cimientos requieren acciones valientes y decididas. Estos cambios pasarán siempre por invertir en atención primaria, por invertir en salud pública y por invertir en su coordinación. Y no hablamos solo de dinero.

En cualquier caso, se van dando pasos, compartiendo experiencias, avanzando. No obstante, si Hipócrates levantara la cabeza, al momento se daría cuenta de que nos queda tanto por hacer.

#### Editora responsable del artículo

Carmen Vives-Cases.

#### Financiación

Ninguna.

#### Contribuciones de autoría

Todos los autores y las autoras han contribuido en la concepción y el diseño del trabajo y han participado en la redacción del manuscrito, realizaron una revisión crítica del artículo y aprobaron su versión final.

#### Conflicto de intereses

Ninguno.

#### Bibliografía

- Gérvás J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, et al. Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. (Consultado el 3/11/2015.) Disponible en: <http://www.msc.es>
- Ortún V, coordinador. La refundación de la atención primaria. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Barcelona: Springer Healthcare Iberica; 2011. 140 p. (Consultado el 3/11/2015.) Disponible en: <http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/.pdf>
- Ottawa Charter for Health Promotion. (Consultado el 30/01/2012.) Disponible en: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. Suiza: OMS; 2010 (Consultado el 3/11/2015.) Disponible en: [http://www.who.int/whr/2010/whr10\\_espdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2010/whr10_espdf?ua=1)
- European Commission, 2013. Commission Staff Working Document. Investing in health. European Commission SWD (2013) 43 final. (Consultado el 5/11/2015.) Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd\\_investing\\_in\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf)
- March S, Soler M, Miller F, et al. Variabilidad en la implantación de las actividades comunitarias en España. An Sist Sanit Navar. 2014;37:25–33.
- López E, Forcada C, Miller F, et al. Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Catalunya. Aten Primaria. 2010;42:218–25.

8. Regato P, Domínguez J, Sancho M. Coordinación sanitaria y abordaje comunitario en atención primaria. En: Violán C, editora. Navarro V, Martín-Zurro A, coordinadores. La atención primaria de salud en España y en sus comunidades autónomas. Barcelona: Semfyc; 2009. p. 149–68.
9. March S, Ramos M, Soler M, et al. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2011;43:289–96.
10. March S, Jordán M, Montaner I, et al. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria de cinco comunidades autónomas: Proyecto frAC. *Gac Sanit*. 2014;28:267–73.
11. Ruiz-Giménez JL, Domínguez J. Reflexiones sobre “lo comunitario” en nuestro sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2006;38:421–4.
12. Rubio-Valera M, Pons-Vigues M, Martínez-Andrés M, et al. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS ONE*. 2014;9:e89554.
13. March S, Ripoll J, Ruiz-Giménez JL, et al. Observational study on factors related to health-promoting community activity development in primary care (frAC Project): a study protocol. *BMJ Open*. 2012;2:e001287.
14. Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, et al. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria*. 2005;35:478–83.
15. Nilsen P. The theory of community based health and safety programs: a critical examination. *Inj Prev*. 2006;12:140–5.
16. Macintyre S. Good intentions and received wisdom are not good enough: the need for controlled trials in public health. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65:564–7.
17. March S, Torres E, Ramos M. Adult community health-promoting interventions in primary health care: a systematic review. *Preventive Medicine*. 2015;76:S94–104.
18. Community Preventive Services Task Force. The guide to community preventive services: what works to promote health? Center for Disease Control and Prevention (US). (Consultado el 3/11/2015.) Disponible en: <http://www.thecommunityguide.org/pa/behavioral-social/index.html>
19. Real Decreto por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. R.D. N.º. 1030/2006, 15 de septiembre de 2006.
20. Ley General de Salud Pública, L.N.º. 33/2011, de 5 de octubre de 2011.
21. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. 111 p. (Consultado el 3/11/2015.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta.Politicas.Reducir.Desigualdades.pdf>
22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2014. (Consultado el 3/11/2015.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
23. The World Book of Family Medicine - European edition 2015. Ljubljana: Stichting WONCA; 2015. 314 p. (Consultado el 3/11/2015.) Disponible en: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/World%20Book%202015.pdf>
24. Clay H, Stern R. Making time in general practice. Freeing GP capacity by reducing bureaucracy and avoidable consultations, managing the interface with hospitals and exploring new ways of working. Primary Care Foundation. 2015:83 (Consultado el 10/11/2015.) Disponible en: <http://www.nhsalliance.org/wp-content/uploads/2015/10/Making-Time-in-General-Practice-FULL-REPORT-01-10-15.pdf>
25. Gervas J, Segura Benedicto A. Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2007;39:319–22.
26. Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, et al. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*. 2010;24 (Supl 1):23–7.
27. Cofiño R, Pasarín MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26 (Supl 1):88–93.
28. Jornadas Salud Comunitaria. Observatorio de la Salud de Asturias. ¿Qué es la alianza de salud comunitaria? 2013. (Consultado el 18/11/2015.) Disponible en: <https://jornadasaludcomunitaria.wordpress.com/alianza-de-salud-comunitaria/>
29. Marcus BH, Owen N, Forsyth LH, et al. Physical activity interventions using mass media, print media, and information technology. *Am J Prev Med*. 1998;15:362–78.
30. Cabeza E, Artigues G, Riera C, et al. Rutes saludables. Protocol d'implantació. Palma de Mallorca: Conselleria de Salut, Govern Balear; 2012. (Consultado el 3/11/2015.) Disponible en: <http://e-almac.caib.es/documents/protocol.d.implantacio.rutes.pdf>
31. Artigues G, Vidal C, coordinadores. Protocol d'educació per a la salut. Alimentació saludable i vida activa. Palma de Mallorca: Conselleria de Salut, Govern Balear; 2012. 223 p. (Consultado el 3/11/2015.) Disponible en: <http://e-almac.caib.es/documents/SessionsTOT.pdf>
32. Solar O, Valentine N, Rice M, et al. Moving forward to equity in health: what kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. Partnership and Intersectoral Action Conference Working Document for the 7th Global Conference on Health Promotion, “Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap”, Nairobi, Kenya, 26–30 October 2009. (Consultado el 10/11/2015.) Disponible en: <http://www.gchp7.info/resources/downloads/t4.pdf>
33. Pla Interdepartamental de Salut Pública. Barcelona: Departament de Salut, 2014. (Consultado el 3/11/2015.) Disponible en: [http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre\\_lagencia/pinsap/](http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/pinsap/)
34. March S, Bauzá LL, Ruiz-Jiménez JL, et al. Consideraciones sobre el informe de la situación de las actividades comunitarias en atención primaria. *Comunidad*. 2010;12:6–10.
35. Soler M, March S. Situación de las actividades comunitarias en España. Informe final. PACAP-Semfyc. 2008 (Consultado el 3/11/2015.) Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>