

Nota de campo

Redes locales de salud pública. A propósito de una experiencia

Joan Guix^{a,b,c,*}, Ana Bocio^{a,b}, Joaquim Ferràs^a, Jordi Margalef^a, Anna C. Osanz^{a,b},
Mónica Serrano^a y Anna Sentenà^a^a Servei Regional al Camp de Tarragona, Agència de Salut Pública de Catalunya, Tarragona, España^b Universitat Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España^c Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Tarragona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de noviembre de 2012

Aceptado el 25 de marzo de 2013

On-line el 11 de mayo de 2013

Palabras clave:

Redes

Salud pública

Territorio

RESUMEN

La acción en salud pública sobre un territorio es compleja y requiere la intervención de numerosos actores, que no siempre lo harán coordinadamente. La estructuración en redes de organizaciones que incluyan al conjunto de los actores implicados en el ámbito local es una alternativa adecuada para generar sinergias y posibilitar una mayor efectividad y eficiencia de las actuaciones realizadas en un mismo territorio. Presentamos la experiencia de 3 años de cuatro Comisiones de Salud Pública en una Región Sanitaria de Cataluña, formadas por los principales actores en salud pública del territorio. Cada una de las comisiones se organiza en plenarios y grupos de trabajo sobre temas surgidos del diagnóstico de salud del territorio, y coincidentes con el Plan de Salud de la Región Sanitaria. La coordinación en ningún caso presupone la pérdida ni la dilución del protagonismo del actor generador de la iniciativa de intervención en el terreno de la salud pública, sino su potenciación y la colaboración por parte del resto de los actores. En conclusión, se valora positivamente la generación de una cultura de colaboración y sinergias entre las diversas organizaciones implicadas. Se constata una falta de concreción en el establecimiento de los objetivos operativos, así como la necesidad de una mayor coordinación e implicación de los componentes de los diversos grupos de trabajo.

© 2012 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Local public health networks. Apropos of an experience

ABSTRACT

Public health action on a territory is complex and requires the involvement of multiple actors, who do not always act coordinately. Networks of organizations structures including the whole of the local actors facilitate the generation of synergies and enable greater effectiveness and efficiency of the joint action from the different actors on a same landscape. We present 3 years experience of four Public Health Committees in a region of Catalonia (Spain), composed by the main actors in public health planning. Each of the committees is organized on a plenary and working groups on issues arising from the regional health diagnosis, and coincident with the Health Plan of the Region. Coordination in no case implies the loss or dilution of the firm of the actor generator of intervention initiative in public health, but their empowerment and collaboration by the other actors. In conclusion welcomes the creation of a culture of collaboration and synergies between the different organizations concerned. Lack of specificity is observed in establishing operational objectives, and the need for greater coordination and involvement of the components of the various working groups.

© 2012 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En la prestación de servicios de salud pública en un mismo territorio intervienen diversos actores (administraciones y otras organizaciones públicas y privadas), cada uno de ellos con su propia agenda y su propia estrategia, actuando de forma generalmente descoordinada y con frecuencia desconocedores de sus respectivas acciones, lo cual repercute en una notable pérdida de efectividad.

Una buena alternativa organizativa y de gestión en este sentido es la creación de «redes de organizaciones», en especial de ámbito territorial y local, entendiendo el concepto de red como

lo definió Castells: «complejas estructuras de comunicación establecidas en torno de un conjunto de objetivos que garantizan, al mismo tiempo, unidad de propósito y flexibilidad en su ejecución gracias a su capacidad para adaptarse al entorno operativo»¹.

Las redes de organizaciones aportan una gran flexibilidad y capacidad de adaptación a las condiciones locales, permitiendo el mantenimiento de la autonomía y la personalidad de cada una de las organizaciones integrantes de ellas, el conocimiento, la cooperación y la capacidad de crear sinergias, y hay una cierta experiencia al respecto²⁻¹⁰.

La experiencia

La región sanitaria del Camp de Tarragona tiene la peculiaridad de ser uno de los territorios en que coincide una mayor diversidad

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joan.guix@gencat.cat (J. Guix).

de organizaciones proveedoras de servicios sanitarios (siete proveedores distintos de atención primaria y especializada). Por otra parte, algunos ayuntamientos y otros entes locales son especialmente activos en el terreno de la salud pública.

En el año 2006 se pusieron en funcionamiento una serie de proyectos demostrativos en siete comarcas de Cataluña, con la finalidad de ensayar posibles formas de gestión participativa de la futura Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Una de las comarcas escogidas como piloto para esta experiencia fue la del Baix Camp (Tarragona). Desde el inicio se integró en el conjunto de organizaciones implicadas en la realización de actividades de salud pública en el territorio (atención primaria, entes locales, organizaciones no gubernamentales, universidad, colegios profesionales...), y se consiguió la adhesión al proyecto de diversas empresas locales (supermercados, empresas alimentarias...). Así mismo, se realizaron actividades y presentaciones públicas del proyecto en algunas localidades de la comarca, acompañadas de la instalación de puestos informativos, la distribución de consejos saludables y la organización de caminatas populares, talleres, etc.

Durante el año 2009, la Generalitat de Catalunya impulsó los Gobiernos Territoriales de Salud (GTS) como herramientas de gobernanza del sistema sanitario en cada territorio (comarcas o agrupaciones de comarcas), coparticipados por los entes locales¹¹. El Camp de Tarragona se organizó en cuatro GTS: Alt Camp-Conca de Barberà, Baix Camp, Baix Penedès y Tarragonès. Cada uno de estos GTS contaba con una Comisión Coordinadora de Entidades Proveedoras, en el seno de las cuales se pusieron en marcha las Subcomisiones de Salud Pública con la finalidad de coordinar la provisión de servicios de salud pública en cada territorio. De esta forma, el Proyecto Demostrativo del Baix Camp (PDBC) se convirtió en Subcomisión de Salud Pública del Baix Camp, integrada en el GTS correspondiente, y se crearon las otras tres subcomisiones basándose en el mismo modelo del antiguo PDCB. Con el cambio de legislatura en Cataluña (2011), los GTS desaparecieron, pero en el ámbito de la Dirección sanitaria regional se valoró la conveniencia de mantener los instrumentos de coordinación en salud pública, transformándolos en las actuales Comisiones de Salud Pública (CSP), integradas en la estructura organizativa de la región sanitaria del Camp de Tarragona.

Las CSP aprobaron su declaración de misión: «las CSP son la herramienta de coordinación de la prestación de servicios de salud pública en el territorio correspondiente en base a la estrategia y los objetivos marcados por el Consejo de Dirección de la Región Sanitaria, de acuerdo con las necesidades y expectativas de nuestra población». Así pues, las CSP no tienen carácter ejecutivo, sino tan sólo de coordinación e impulsión de proyectos. Además de la ASPCAT, forman parte de cada una de estas CSP, constituyendo los nodos de la red, los ayuntamientos dotados de servicios de salud pública, consejos comarcales, diputación, entidades proveedoras de atención primaria y de salud mental de cada territorio, los colegios profesionales de médicos, enfermería, veterinarios, farmacéuticos y psicólogos, representantes de otros departamentos de la Generalitat, entidades del tercer sector y universidad, entre otros. Los representantes de estas organizaciones se reúnen en plenarios como mínimo dos veces al año. El funcionamiento cotidiano se realiza mediante grupos de trabajo para priorizar, planificar, coordinar, realizar y evaluar actividades sobre temas concretos priorizados a partir del diagnóstico de salud de cada uno de los cuatro territorios. La representación comunitaria se realiza mediante los ayuntamientos, pero no se descarta para un futuro la incorporación de asociaciones vecinales y otras organizaciones comunitarias. Cada CSP cuenta con un coordinador/a que dinamiza los grupos de trabajo. El planteamiento de iniciativas por parte de cualquiera de los actores no

implica su dilución en el conjunto de la CSP, sino que se mantiene el protagonismo y la autonomía de cada actor, actuando el resto de los componentes sinérgicamente con el organismo promotor de la acción. Actualmente contamos con grupos de trabajo en torno a los temas de nutrición y actividad física, tabaco, alcohol, salud escolar y comunitaria, y se ha promovido la creación de un Observatorio de Determinantes Sociales de la Salud y una Red de Salud Comunitaria que ya cuenta con la participación de representantes de 21 de los 33 equipos de atención primaria del territorio.

Resultados

Después de 3 años de funcionamiento se ha conseguido que los diversos actores en salud pública del territorio se conozcan mejor entre ellos, y se haya establecido una voluntad de coordinación y colaboración. Cabe señalar la confección de catálogos conjuntos de programas y actividades, la celebración de sesiones de salud pública y de salud comunitaria, la elaboración de diagnósticos de salud territoriales, así como la celebración de actos (jornadas y charlas de salud, caminatas saludables, aplicación de programas de promoción de la salud, o la puesta en funcionamiento de dos *blogs*^{12,13}) en los cuales el protagonismo responde siempre a la organización impulsora de la actividad, siendo el papel de las CSP el de reforzar dichas actividades y no el de diluirlas bajo una etiqueta conjunta.

Como balance hay que destacar la generación de un ambiente de confianza entre los diversos actores, así como una cultura de mutuo apoyo y colaboración. Al reforzarse entre sí y compartir recursos, se ha conseguido una mayor capacidad de convocatoria, creación de masas críticas de participantes y, en consecuencia, una mayor efectividad. Se ha llegado a más gente con menos esfuerzos y recursos.

No obstante, somos conscientes de que el planteamiento teórico de un trabajo en red no implica automáticamente su funcionamiento efectivo. Es necesario un período de aprendizaje, reajustes y coordinación hasta conseguir un liderazgo y una implicación realmente compartidos.

En el momento actual, el funcionamiento en red no es aún el adecuado. El liderazgo compartido no es una realidad. La ASPCAT sigue teniendo un papel central como agente referente y dinamizador, sin conseguir unos grados de implicación homogéneos por parte del resto de los componentes de las CSP. Los representantes de las organizaciones integrantes en los plenarios de las CSP han tenido un carácter eminentemente institucional. Pretendemos la transformación de estos plenarios en órganos con mayor contenido técnico y no tan sólo institucional, mejorando su encaje en los órganos ordinarios de funcionamiento de la región sanitaria (Consejos de Dirección y de Salud regionales y de sector sanitario).

En cuanto al funcionamiento de los grupos de trabajo, constatamos una cierta falta de concreción en sus objetivos operativos, que en ocasiones puede responder más a intereses profesionales que a la satisfacción de necesidades objetivas. Al respecto, la incorporación de los objetivos específicos de salud pública del Plan de Salud de la Región Sanitaria¹⁴ como propios de las CSP, y una mayor coordinación entre los grupos de trabajo de las distintas CSP que tratan temas similares, deberían mejorar objetivamente nuestros resultados. Por otra parte, se observa una irregular participación en las tareas de los grupos, que en buena parte recaen en los coordinadores, y en ocasiones estos grupos se comportan más como foros de opinión que de trabajo colectivo.

Sin embargo, pese a las limitaciones y los problemas surgidos hasta el momento, consideramos que el balance de la acción de las CSP, así como su potencialidad, pueden constituir una buena herramienta para mejorar la efectividad de la prestación de servicios de salud pública en el ámbito territorial.

Contribuciones de autoría

Todos los autores participaron en el trabajo de campo, la discusión previa y el redactado final del artículo. J. Guix buscó y consultó la bibliografía, y realizó un primer borrador.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Castells M. *Comunicación y poder*. Madrid: Alianza Editorial; 2009.
2. Department of Health. Shifting the balance of power within the NHS. 2001. (Consultado el 20/03/2013.) Disponible en: <http://www.nhshistory.net/shiftingthebalance.pdf>
3. Abbott S, Killoran A. Mapping public health networks. Health Development Agency: London; 2005 (Consultado el 20/03/2013.) Disponible en: http://www.gserve.nice.org.uk/nicemedia/documents/mapping_public_health_networks.pdf
4. NHS. Managed public health networks in the Northern and Yorkshire region. (Consultado el 20/03/2013.) Disponible en: www.nice.org.uk/nicemedia/documents/mphn_report.doc
5. Lancashire Public Health Network. (Consultado el 20/03/2013.) Disponible en: <http://www.clph.net/page.aspx?pageid=82&ParentID=0>
6. Health Scotland Scottish Public Health Network. (Consultado el 20/03/2013.) Disponible en: <http://www.healthscotland.com/resources/networks/scotphn/about.aspx>
7. Cheshire and Merseyside Partnerships for Health (ChaMPs). Public Health Network. (Consultado el 20/03/2013.) Disponible en: <http://www.champspublichealth.com/default.aspx>
8. Pan-Canadian Public Health Network. (Consultado el 20/03/2013.) Disponible en: <http://www.phn-rsp.ca/index-eng.php>
9. North Country Public Health Network. (Consultado el 20/03/2013.) Disponible en: <http://www.nchcnh.org/CPH.PHN.php>
10. Consejería de Salud. Redes Locales de Acción en Salud de Andalucía (RELAS). Junta de Andalucía. Sevilla. 2010. (Consultado el 20/03/2013.) Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas.es/C.3.NUESTRA.SALUD/C.8.Accion.Local.Salud/materiales/materiales?perfil=ciud&desplegar=/temas.es/C.3.NUESTRA.SALUD/&idioma=es&tema=/temas.es/C.3.NUESTRA.SALUD/C.8.Accion.Local.Salud/materiales/&contenido=/channels/temas/temas.es/C.3.NUESTRA.SALUD/C.8.Accion.Local.Salud/materiales/materiales>
11. Departament de Salut. Decret 38/2006, de 14 de març, pel qual es regula la creació de governs territorials de salut. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya Núm. 4594-16.3.2006: 12. 48-12350. (Consultado el 12/08/2012.) Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/decret_38_2006.pdf
12. Comissió de Salut Pública del Baix Camp. Baix Camp Saludable. (Consultado el 4/08/2012.) Disponible en: <http://salutbaixcamp.wordpress.com/>
13. Comissió de Salut Pública del Baix Penedès. Alimentació saludable i activitat física al Baix Penedès. (Consultado el 4/08/2012.) Disponible en: <http://alimentacio-saludable.blogspot.com.es/>
14. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona. 2012. (Consultado el 18/08/2012.) Disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut.vfinal.pdf>