

Prescripción social y recomendación de activos en Atención Primaria: «el círculo de calidad»

Laura Rodríguez Benito^a, Carmen Belén Benedé Azagra^b, Jara Cubillo Llanes^c y Sara Calderón Larrañaga^d

^a Grupo Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Population Health & Health Inequalities Clinical Lead for Sutton Place. South West London. Londres (Reino Unido); Medicina de Familia y Comunitaria. Benhill & Belmont Surgery, Wallington Sutton. Londres (Reino Unido)

^b Grupo GII011. Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón. Zaragoza (España); Grupo de Investigación en Atención Primaria B21_23R. Gobierno de Aragón. Zaragoza (España); Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de Aragón (PACAP Aragón); Centro de Salud Canal Imperial-San José Sur. Sector Zaragoza II. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza (España)

^c Área de Promoción de la Salud y Equidad. Ministerio de Sanidad. Madrid (España)

^d Centre for Primary Care. Wolfson Institute of Population Health. Queen Mary University of London. Yvonne Carter Building, 58 Turner Street, London E1 2AB, UK; Bromley By Bow Health Partnership. XX Place Health Centre. Mile End Hospital. Bancroft Rd, Bethnal Green, London E1 4DG, UK

Correspondencia:

Laura Rodríguez Benito. 54 Benhill Ave, Sutton SM1 4EB (Reino Unido)

Correo electrónico:

laura.rodriquez-benito@nhs.net

Palabras clave: prescripción social, recomendación de activos, calidad.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un bum internacional en la implementación de programas de prescripción social (PrS) con intención de mejorar la salud y el bienestar de la población. Esto supone un avance en el reconocimiento de la importancia de los determinantes sociales en la salud y un gran paso para paliar el impacto que su distribución desigual tiene en la población que acude a las consultas de Atención Primaria (AP).

Conscientes de la variabilidad existente en la implementación de estos programas en el mundo, en este artículo pretendemos hacer un análisis al respecto, así como proponer unas recomendaciones para mejorar su calidad.

¿QUÉ ENTENDEMOS POR PRESCRIPCIÓN SOCIAL?

En la literatura se recogen varias acepciones de PrS con matices en función del contexto en el que se aplique. En este artículo nos centraremos en la definición más extendida en el contexto de la AP. Se entiende por PrS el proceso mediante el cual sus profesionales recomiendan a la persona que acude a consulta servicios, recursos o actividades disponibles en su comunidad y que podrían ser beneficiosos para mejorar su salud y bienestar. En España, en algunas comunidades autónomas, la PrS se conoce como recomendación de activos para la salud (RAS¹). Algunos ejemplos de activos para la salud podrían ser: una asociación (juvenil, vecinal, de personas mayores, cultural, deportiva, etc.), una plaza o un parque que sirve de espacio de encuentro, un centro cívico y las actividades que se organizan en él, etc. En definitiva, recursos y actividades que son identificados por parte de la población como saludables, que tiene la capacidad de mejorar las circunstancias de individuos o grupos y de potenciar sus habilidades y capacidades individuales y colectivas. Las actividades pueden ser promovidas desde asociaciones comunitarias, organizaciones no gubernamentales con presencia local, instituciones locales (bibliotecas o centros deportivos) o incluso por los propios equipos de AP (por ejemplo, grupos de apoyo a pacientes o paseos cardiosaludables organizados desde un centro de salud).

Es difícil señalar el origen preciso de la PrS/RAS. La valoración integral de las necesidades y prioridades de los/las pacientes y los intentos de conectarlos con recursos y fuentes de apoyo comunitarios han formado parte del abordaje biopsicosocial propio de la AP². Los esfuerzos por fortalecer o «formalizar» tales conexiones a menudo han surgido de experiencias en comunidades con largas trayectorias de acción y colaboración intersectorial, con diversos grados de resiliencia y sostenibilidad. Estos programas generalmente se han promovido en áreas de gran necesidad socioeconómica, como una forma de proporcionar apoyo adicional a las poblaciones más necesitadas. Sin embargo, el reconocimiento de la importancia de estos abordajes comunitarios en el ámbito de la política sanitaria ha sido un desarrollo más reciente, así como los intentos por apoyar y organizar su implementación de una forma más estructurada.

¿CÓMO SE PRACTICA?

La PrS/RAS puede adoptar diversas formas dependiendo de los actores implicados y del contexto sanitario y/o comunitario. En términos generales, en la literatura se definen cuatro niveles que resumimos en la **tabla 1** adaptando la propuesta que hacen Kimberlee³ y la *Guía ampliada de recomendación de activos* del Observatorio de Salud de Asturias¹. Cada nivel se diferencia según su complejidad, actores implicados e integración entre sectores. Ofrecemos un breve resumen a continuación:

1. *Consejo de activos comunitarios*. Se trata de una recomendación muy genérica que se le hace a un paciente que acude a consulta sobre las diferentes actividades o activos disponibles en su comunidad. El objetivo es invitar al paciente a que considere la posibilidad de valorar alguna actividad comunitaria, sin necesidad de concretar o poner en marcha ningún tipo de recomendación formal.
2. *Recomendación de un activo específico*. Se trata del modelo más frecuente, en el cual los profesionales del centro de salud recomiendan una actividad o recurso comunitario determinado. La gran mayoría de las veces, las recomendaciones están dirigidas a programas de educación para la salud o estilos de vida saludables (por ejemplo, el programa Exercise On Prescription, en el Reino Unido). Pero también es posible y cada vez más frecuente recomendar servicios de asesoría legal, sindicatos o movimientos político-sociales.
3. *Recomendación de activos facilitada*. Es el modelo por el que está apostando el Reino Unido, e implica la contratación de un facilitador (*link worker* o *social prescriber*) que hace de nexo de unión entre los centros de salud y las entidades o recursos comunitarios. El facilitador suele trabajar desde el centro de salud y se encarga de informar al paciente sobre los recursos y servicios disponibles. Puede, también, ofrecer apoyo y acompañarlo a las actividades, emprender un rol más proactivo en la organización de actividades comunitarias y/o dinamizar las redes de colaboración y acción intersectorial.

4. *La recomendación de activos avanzada*. Es un modelo infrecuente que, por lo general, deriva de los modelos anteriores tras años de consolidación del trabajo intersectorial. Suele definirse como una integración casi total entre el centro de salud, la comunidad, servicios sociales y salud pública, con espacios de trabajo compartidos y redes de coordinación fortalecidas.

En España se dan pequeñas variaciones sobre esta clasificación. Por ejemplo, *La guía de recomendación de activos para la salud en AP de Aragón*⁵ agrupa los niveles anteriores en RAS no formal (1 Kimberlee) y RAS formal (2, 3 y 4), atendiendo al grado de estructuración y coordinación con los recursos comunitarios y teniendo en cuenta el papel clave de trabajo social (**tabla 2**).

¿CUÁL ES EL PANORAMA INTERNACIONAL?

En la actualidad existen programas de PrS/RAS en al menos 17 países⁶. En Europa hay evidencia científica sobre iniciativas en Alemania, Dinamarca, Finlandia, Suecia, España, Irlanda, Países Bajos, Portugal y el Reino Unido, con gran variabilidad en su implementación. En la **tabla 3** se muestran algunos de los modelos de PrS/RAS implementados en Europa que han sido publicados en la literatura científica y que comentamos brevemente a continuación. No obstante, los ejemplos citados no son necesariamente representativos de toda la actividad de PrS/RAS que ocurre en cada uno de los países a nivel local.

¿FUNCIONA LA PRESCRIPCIÓN SOCIAL/RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS PARA LA SALUD?

Para responder a esta pregunta, debemos primero aclarar dos cuestiones: ¿A qué nos referimos con «funciona»? ¿Qué entendemos por PrS/RAS? Rempel y sus colaboradores¹⁵ señalan que los objetivos de los programas de PrS/RAS con frecuencia varían según dónde y a quién se le pregunte. Hay quien prioriza el autocuidado del paciente y la menor utilización de servicios sanitarios¹⁶, hay quien mide su

Tabla 1. Modelos de prescripción social⁴

	¿DE QUÉ SE TRATA?	COORDINACIÓN AP-COM	¿CUÁNDO ESTARÍA INDICADO?	REQUERIMIENTOS PARA QUE FUNCIONE
CONSEJO DE ACTIVOS COMUNITARIOS (SOCIAL PRESCRIBING AS SIGNPOSTING)	Recomendación genérica de activos en salud	No existe un vínculo formal	Para hacer una primera aproximación o sugerencia a un paciente no familiarizado con este tipo de iniciativas	Listado de activos en salud actualizado de fácil uso y accesible desde las consultas de AP
RECOMENDACIÓN DE UN ACTIVO ESPECÍFICO (SOCIAL PRESCRIBING LIGHT)	Recomendación de un activo en salud determinado	Puede existir un vínculo formal	Cuando el paciente muestra predisposición y motivación para participar	Información sobre el activo en salud actualizada, de fácil uso y accesible desde las consultas de AP
RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS FACILITADA (SOCIAL PRESCRIBING MEDIUM)	Derivación a un facilitador (<i>link worker</i>) encargado de informar y/o acompañar al paciente	Existen canales de comunicación directa entre AP y el facilitador, y entre el facilitador y la COM	Cuando el paciente no está suficientemente motivado o requiere de un soporte extra para participar	Un facilitador vinculado a los centros de AP y conocedor de todos los activos comunitarios de la zona
RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS AVANZADA (SOCIAL PRESCRIBING HOLISTIC)	Trabajo conjunto con facilitadores que atienden de forma integrada las necesidades sociosanitarias del paciente	Sistemas de coordinación y comunicación fortalecidos, estructurados y bidireccionales	Estos procesos comunitarios pueden ser especialmente transformadores y relevantes en zonas con gran privación socioeconómica	Facilitadores comunitarios y un tejido asociativo suficiente, integrado y coordinado con los servicios sanitarios

AP: Atención Primaria; COM: entidades y asociaciones comunitarias.

Tabla 2. Resumen adaptado de los modelos de prescripción social/recomendación de activos para la salud⁵

1. RAS NO FORMAL
<ul style="list-style-type: none"> • Se recomiendan activos en consulta de forma genérica • Puede ser parte de las fases de la entrevista motivacional hasta lograr un acuerdo • Puede utilizarse el buscador de activos en salud • No suele emitirse una hoja de derivación ni se aplica el protocolo de PrS/RAS vinculado a la historia clínica • Existe un trabajo comunitario en los equipos de AP de conocimiento del contexto y mapas de activos, difusión y trabajo colaborativo con salud pública y entidades locales • Equivale al nivel Kimberlee 1
2. RAS FORMAL
<ul style="list-style-type: none"> • Se recomiendan activos en consulta de forma más específica para habilidades (aumento del sentido de coherencia [SOC]) y necesidades concretas, pudiendo asociarse a diagnósticos clínicos • Es el resultado de una entrevista motivacional • Se utiliza el buscador de activos en salud • Puede emitirse una ficha con la información del activo • Se utiliza el protocolo PrS/RAS vinculado a la historia clínica con la consiguiente emisión de una hoja de derivación • Existe un trabajo comunitario en los equipos de AP de conocimiento del contexto y mapas de activos, difusión y trabajo colaborativo con salud pública y entidades locales • Hay coordinación previa con el activo para organizar flujos, acogida, incidencias y evaluación • Equivale a los niveles Kimberlee 2, 3 y 4

AP: Atención primaria; PrS/RAS: prescripción social/recomendación de activos para la salud.

incidencia en los determinantes sociales de la salud¹⁷ y hay, también, quien lo plantea como estrategia de desmedicalización en AP¹⁸, entre otras finalidades. Hay una tendencia a enmarcar la PrS/RAS como una solución a problemas complejos y con frecuencia estructurales, como son las desigualdades sociales, la sobrecarga asistencial o la fragmentación de la AP, y a medir su éxito en función de su capacidad de resolverlos¹⁹. En este artículo, argumentamos que esta forma de entender la PrS/RAS no solo contribuye a simplificar en exceso las realidades y los problemas referidos, sino que, además, impide valorar el verdadero potencial de los procesos e intervenciones comunitarias en AP.

El hecho de que la PrS no contribuya a reducir la presión asistencial no significa que no funcione o que se esté haciendo mal. Es más, hay programas que han permitido identificar situaciones de vulnerabilidad sociosanitaria y facilitar el acceso de estos pacientes a sus centros de AP, lo cual es positivo¹⁰. Hay pacientes que posiblemente sigan requiriendo medicación tras haber sido referidos a programas comunitarios. Y hay problemas e injusticias sociales que, aunque no sean solucionables desde AP, pueden ser aliviados, amparados y denunciados mediante redes comunitarias fortalecidas.

Como veíamos en la introducción, las características de los programas de PrS/RAS varían según las personas, agentes y sistemas sanitarios implicados. No es fácil, ni deseable, estandarizar la PrS/RAS, puesto que su virtud y valor residen precisamente en su adaptación a los contextos y poblaciones. No obstante, no todas las prácticas son igualmente efectivas (no todo vale en PrS/RAS). La manera en que se practique e implemente puede marcar una diferencia significativa en su éxito o fracaso. En este sentido, la literatura científica disponible permite identificar algunas dimensiones clave que parecen contri-

Tabla 3. Modelos de implementación de prescripción social/recomendación de activos para la salud en Europa^{6,7}

PAÍS	MODELO DE PRS/RAS
ESPAÑA	<ul style="list-style-type: none"> • Área de implementación: AP • Población diana: general⁸ y seleccionada. La selección de la población puede darse en función de patologías (por ejemplo, en pacientes con <i>long COVID</i>⁹) o incluso de factores de riesgo o determinantes sociales • Personal involucrado: profesionales sociosanitarios de la AP (trabajo social, enfermería, medicina, fisioterapia, etc.) • Financiación: tiene variación autonómica. Existen comunidades autónomas con fondos de financiación específicos para la PrS/RAS, mientras que otras tienden a utilizar recursos previamente existentes a nivel comunitario y de salud
REINO UNIDO	<ul style="list-style-type: none"> • Área de implementación: AP, hospital y comunidad • Población diana: general y seleccionada¹⁰ • Personal involucrado: los nuevos roles (<i>link workers, community connectors</i>) reciben derivaciones de profesionales sanitarios de AP y de organizaciones de la comunidad. En algunos casos, las/los pacientes pueden citarse directamente con ellos. Estos nuevos roles coproducen planes personalizados con el individuo y suelen emplear cuestionarios para evaluar el estado de salud (y bienestar) y la efectividad de los programas • Financiación: suele proceder del Sistema Nacional de Salud (NHS Long Term Plan)¹¹ y también hay contribuciones locales a través de las juntas de atención integrada (<i>integrated care boards</i>). Estas juntas están formadas por representantes de AP, salud pública, servicios sociales, ayuntamiento, hospitales, organizaciones no gubernamentales, etc., con presupuesto y capacidad de tomar decisiones relacionadas con los planes de salud locales
ALEMANIA ¹²	<ul style="list-style-type: none"> • Área de implementación: AP • Población diana: general y seleccionada • Personal involucrado: profesionales sociosanitarios existentes en AP (trabajo social, enfermería, medicina, fisioterapia, etc.) • Financiación: hay nuevas partidas presupuestarias para la PrS/RAS provenientes de las aseguradoras del sistema sanitario
PAÍSES BAJOS ¹³	<ul style="list-style-type: none"> • Área de implementación: AP • Población diana: seleccionada • Personal involucrado: se han creado nuevos roles como los <i>wellbeing coach</i>, que reciben derivaciones de las/los profesionales sanitarios de AP y coproducen planes de salud a partir de la PrS/RAS
PORTUGAL ¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Área de implementación: AP • Población diana: general • Personal involucrado: en trabajo social se reciben derivaciones de PSS

AP: Atención Primaria; PrS/RAS: prescripción social/recomendación de activos para la salud

buir a la calidad y sostenibilidad de programas de PrS/RAS. A continuación, ofrecemos un resumen de estas dimensiones (figura 1).

Accesibilidad. Los programas de PrS/RAS deben priorizar las poblaciones con mayor necesidad sociosanitaria o, de lo contrario, corren el riesgo de exacerbar las desigualdades en salud. En un claro ejemplo de ley de cuidados inversos²⁰, Murphy y sus colaboradores²¹ demostraron cómo la participación en un programa comunitario de ejercicio físico era sistemáticamente menor en las zonas con mayor privación socioeconómica porque tener un automóvil predecía el acceso. Tanto la ubicación como el coste, el horario, la variedad y la adecuación social y cultural de las actividades determinan la participación, y son condición necesaria para la equidad y la calidad de los programas²².

Integralidad. Los comportamientos relacionados con la salud y la respuesta a las intervenciones comunitarias están condicionados por los contextos vitales y sociales de las personas²³. Una PrS/RAS que tenga en cuenta las características, prioridades, expectativas y circunstancias específicas (y cambiantes) de cada individuo estará, por tanto, mejor situada para entender y abordar sus principales problemas de salud²².

Integración. Las personas generalmente tienen necesidades socio-sanitarias múltiples y cambiantes, lo que significa que suelen necesitar acceder a diversos servicios de salud y comunitarios con regularidad. La colaboración, la coordinación y la comunicación bidireccional entre sectores, profesionales y activos comunitarios es esencial para garantizar una atención cohesionada, desarrollar un mejor conocimiento de las/los pacientes (y de sus contextos) y redistribuir con eficacia la responsabilidad de los cuidados^{10,24}.

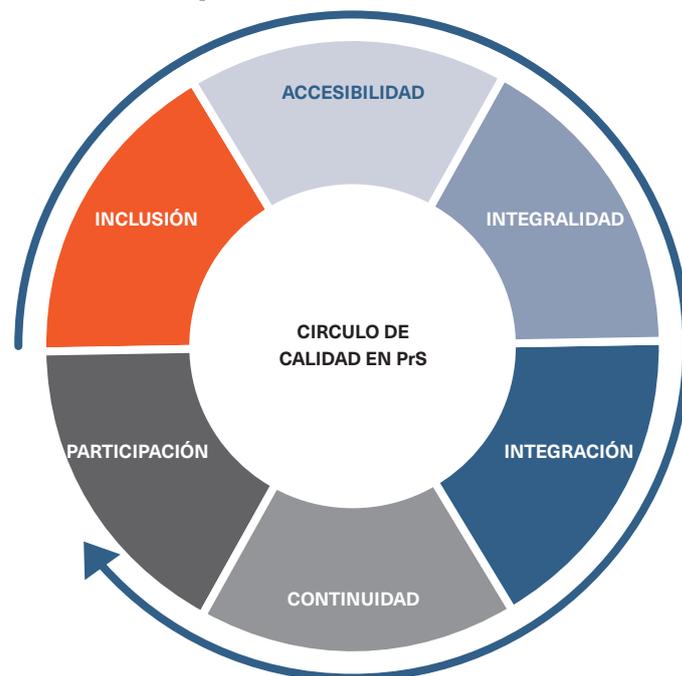
Participación. Tal y como señalan Popay y sus colaboradores²⁵, existe una relación entre el nivel de participación e implicación de la comunidad y la adecuación y el impacto de las intervenciones comunitarias en la salud de la población y sus determinantes sociales. Para que la PrS/RAS pueda responder a las particularidades y necesidades locales, fortalecer las dinámicas comunitarias existentes y mejorar la salud de las personas, debe promover la participación. En este sentido, cabe entender (y practicar) la PrS/RAS como un proceso, el cual habitualmente empieza por el (re)conocimiento de los activos comunitarios existentes (mapeos comunitarios)²⁶ y la articulación de redes de colaboración y acción intersectorial.

Inclusión. Mencionaba Garcés²⁷ que existe el riesgo de «pasar de la crítica al individualismo a la entrega acrítica a la idea de comunidad», olvidando que no todas las comunidades, por el hecho de ser comunidad, son saludables. La apuesta por la salud comunitaria y la PrS/RAS, por tanto, debería también ir acompañada de un compromiso continuo y compartido por conformar comunidades tolerantes y respetuosas con la diversidad (ideológica, identitaria, religiosa, racial, sexual, etc.), porque solo así serán saludables para todo el mundo²⁸.

Continuidad. La continuidad permite acompañar mejor, estar ahí por si las recomendaciones no funcionan o no se ajustan a las expectativas de los/las pacientes (por ejemplo, «Si no funciona, no pasa nada. Ven, me lo dices y probamos otra cosa») o para identificar cualquier cambio en su situación o necesidades¹⁰. Además, es condición necesaria para que el resto de las dimensiones coexistan. Como veíamos, la participación comunitaria es en sí misma un proceso. Lo mismo sucede con la integralidad o la integración: la aproximación a los contextos vitales, familiares y sociales de personas y comunidades, así como la creación de redes de colaboración y acción intersectorial se forjan sobre relaciones (*vínculos*) que requieren tiempo y continuidad para consolidarse.

En este sentido, los procesos de evaluación pueden ser una oportunidad para valorar el nivel de accesibilidad, integralidad, integración, inclusión, participación y continuidad de las iniciativas de PrS/RAS, identificar áreas de mejora y ejemplos de buenas prácticas que puedan servir de inspiración en otros contextos. Esto requiere la adopción y la combinación de nuevas aproximaciones metodológicas que puedan capturar y «medir» la *calidad* en todas sus dimensiones, heterogeneidad y emergencia.

Figura 1. Dimensiones calidad en prescripción social/recomendación de activos para la salud



PrS: prescripción social.

¿CUÁL ES EL PANORAMA EN ESPAÑA?

A nivel estatal, el Marco Estratégico para la AP y Comunitaria (2019)²⁹ señaló la importancia de reforzar la orientación comunitaria, incluyendo en el objetivo D «Fomentar el abordaje biopsicosocial desde la consulta de AP, a través de la entrevista clínica integral y la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios».

El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023³⁰ se construyó con la intención de aterrizar y operativizar el Marco Estratégico, con objetivos, indicadores y resultados esperados en el plazo de 2 años. Para avanzar en el objetivo de reforzar la orientación comunitaria recogido en este Plan, el Ministerio de Sanidad creó un Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria, con participación de Salud Pública y AP de las comunidades autónomas, así como de sociedades científicas, colegios profesionales, sindicatos y asociaciones de pacientes de AP.

Desde este grupo, se elaboraron unas recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en AP a nivel autonómico (2022)³¹, donde se recogía la necesidad de extender el abordaje biopsicosocial, la PrS/RAS y las alianzas con los activos comunitarios a la práctica habitual de los/las profesionales de AP, así como de desarrollar protocolos que guíen y sistematicen dichas prácticas. Otra de las acciones recogidas en el Plan y abordadas por el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria fue la ampliación y desarrollo del servicio de atención comunitaria en la Cartera de Servicios Comunes de AP³². El nuevo texto propuesto por este grupo, y que ya ha sido sometido a consulta pública³³, incluye la identificación y recomendación de recursos comunitarios y activos para la salud.

El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria también incluye una propuesta de creación de enlaces a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios en la

historia de salud digital, acción que ha sido financiada mediante presupuestos generales del Estado, al igual que la formación en abordaje biopsicosocial y acción comunitaria y el desarrollo de estrategias de salud comunitaria en las comunidades autónomas.

A nivel autonómico, son muchas las comunidades autónomas que vienen trabajando desde hace años en potenciar la orientación comunitaria de la AP mediante la PrS/RAS. Hay diversas experiencias exitosas de las cuales aprender, en las que el enfoque en activos ha desempeñado un papel fundamental. Estas experiencias han demostrado que trabajar con una perspectiva salutogénica es factible y contribuye a mejorar el bienestar de las personas (Saluts als Barris en Cataluña³⁴, Mapeando Carabanchel en Madrid³⁵, Estrategia Atención Comunitaria en Aragón³⁶ o el Observatorio de Asturias¹⁰, entre otras).

Cada comunidad autónoma, además, ha ido creando guías y procedimientos, existiendo variabilidad en el modelo de implementación y práctica en referencia a los niveles de Kimberlee o la estructuración de las iniciativas. Existen también diferencias en cuanto al origen de los programas de PrS/RAS (ya sea del sistema sanitario o de salud pública) o su liderazgo, el cual puede ser compartido o parte de un modelo de coordinación y participación intersectorial en el contexto de una acción comunitaria más amplia.

Muchas administraciones sanitarias autonómicas están creando (o revisando) sus estrategias de salud comunitaria, en las que han de incluir el objetivo D del Plan de AP y desarrollar el servicio de atención comunitaria en la cartera básica de servicios de AP. Estas estrategias plantean acciones de reorientación comunitaria de los servicios sanitarios, que son una de las líneas de acción de la promoción de la salud.

A nivel local, son muchas las entidades locales que están trabajando en la construcción de mesas intersectoriales y la identificación de activos en salud en el contexto de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud³⁷. Los objetivos de estas iniciativas son dar visibilidad y accesibilidad a los recursos locales que pueden mejorar la salud de la comunidad. Para lograrlo, se cuenta con la herramienta Localiza Salud³⁸ y una convocatoria de ayudas anual³⁹.

Además, existen redes locales de promoción de la salud, como la Red de Actividades Comunitarias, la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud, las Redes de Escuelas Promotoras, la Red Aúpa, Asturias Actúa, Proyecto Riu, Relas y Consejos de Salud, entre otras. Estas redes aplican la metodología de activos para la salud local y representan una oportunidad para la implementación de modelos de PrS/RAS en nuestros territorios. En muchas comunidades, estas redes son la referencia, ya que establecen los vínculos comunitarios necesarios para que los programas de PrS/RAS sean viables. Su participación en todo el proceso, desde el diseño hasta la evaluación, es clave.

Los retos relacionados con la implementación de iniciativas de PrS/RAS en AP en España están estrechamente vinculados a los desafíos que enfrenta la AP en general, entre los que cabe destacar los siguientes:

- La infrafinanciación, las plantillas mal dimensionadas y la inestabilidad laboral del personal en AP dificultan (si no impiden) la priorización e implicación de sus profesionales en procesos comunitarios, que terminan siendo postergados por la magnitud de la demanda asistencial más inmediata.
- Existe, además, escasa autonomía a nivel de centro de salud para reorganizarse y reorientar las agendas conforme a las necesidades y prioridades comunitarias identificadas.
- Evaluar es difícil cuando no hay tiempo, financiación ni infraestructura destinada a la investigación en AP. Esta termina siendo asumida por sus profesionales de forma extraordinaria, lo cual dificulta su práctica y condiciona la calidad de los procesos evaluativos.
- La falta de coordinación entre equipos de AP e iniciativas de PrS/RAS impide el aprendizaje entre pares y la reflexión sobre los principales retos y oportunidades, lo que da lugar a solapamientos y duplicidades.
- Existe una falta de consenso sobre lo que es (y no es) la PrS/RAS, haciendo necesario establecer un marco común que evite situar la PrS/RAS como *solución* a problemas estructurales y que relacione la calidad de los programas con la presencia de las dimensiones previamente descritas (figura 1).
- Existe, además, gran variabilidad en la apuesta por la PrS/RAS entre comunidades autónomas, con diferencias sustanciales en el presupuesto, la información de los mapas de activos o el apoyo y reconocimiento a las iniciativas comunitarias locales.
- La falta de sostenibilidad de los activos comunitarios constituye, también, un problema. Si parte de las necesidades en salud pretenden ser abordadas desde la comunidad, esta debería estar suficientemente dotada y contar con políticas públicas que garanticen la sostenibilidad, la suficiencia y la calidad de los activos comunitarios en el medio-largo plazo.

En definitiva, la implementación de una PrS/RAS de calidad (acorde a la definición ofrecida en la figura 1) requiere un fortalecimiento de la AP, la salud pública, servicios sociales y la comunidad en su conjunto. Estos desafíos deben abordarse de manera integral para permitir el pleno desarrollo de la PrS/RAS en el contexto de la AP.

CONCLUSIONES

- La implementación de los modelos de PrS/RAS es un proceso complejo que requiere la adaptación a los recursos, contextos y necesidades de la población local a la que está dirigida. Es importante evitar la estandarización de la PrS/RAS.
- Recordemos que estos programas no buscan subsanar problemas como la infrafinanciación de los servicios públicos o las injusticias sociales, sino ofrecer un mejor apoyo, amparo y acompañamiento a las personas con mayor necesidad sociosanitaria en AP.
- La calidad de la PrS/RAS viene determinada por la accesibilidad, integralidad, integración, inclusión, participación y continuidad de los programas. Es esencial que los esfuerzos de evaluación se centren en identificar áreas de mejora en estas dimensiones, lo cual requiere la adopción de aproximaciones metodológicas que den cuenta su complejidad.

- En España, a nivel estatal, el Marco Estratégico de la AP y el objetivo D suponen una oportunidad para el desarrollo de la PrS/RAS. Es preciso que a nivel gubernamental se siga apoyando la PrS/RAS técnica y presupuestariamente, se fomente la formación e investigación y se facilite el intercambio internacional de buenas prácticas entre sistemas sanitarios.
- A nivel autonómico, la implementación de la PrS/RAS es una oportunidad para lograr la reorientación comunitaria de los sistemas de salud. Para ello, es clave continuar con el desarrollo de la Estrategias de Salud Comunitaria, la inclusión de la atención comunitaria en la cartera de servicios y el impulso de alianzas y sinergias entre administraciones y agentes locales. Esto requiere la adecuación de recursos técnicos, económicos y humanos para la práctica sostenible de la PrS/RAS en AP.
- A nivel local, es importante ejercer la PrS/RAS (y la AP en general) con perspectiva biopsicosocial. Esto implica valorar la relación entre profesionales de la salud y pacientes, y reconocer la importancia de la continuidad asistencial en la comprensión de las necesidades, problemas y activos de nuestros pacientes y poblaciones de referencia. De esta forma evitamos el riesgo de convertir la PrS (e incluso la práctica médica) en un mero hecho transactivo.
- Una PrS/RAS de calidad necesita de una AP, salud pública, servicios sociales y comunidades fortalecidas. La apuesta por la PrS/RAS debería acompañarse de medidas políticas y presupuestarias que refuercen cada uno de los sectores y agentes implicados de manera integral.

BIBLIOGRAFÍA

1. López S, Suárez O, Cofiño R. Guía ampliada para la recomendación de activos («prescripción social») en el sistema sanitario. [Internet]. Principado de Asturias: Observatorio de Salud en Asturias; 2018 [citado: 8 de octubre de 2023]. Disponible en: https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/guia_ampliada_af.pdf
2. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 4.ª ed. Madrid: Elsevier; 1999.
3. Kimberlee R. What is social prescribing? *Adv Soc Sci Res J*. 2015;2(1).
4. Calderón-Larrañaga S, Braddick F. De la prescripción social a la recomendación de activos: ¿qué funciona, para quién, en qué contexto y cómo? *FMC-Form Médica Contin en Atención Primaria*. 2021;28(3):3-11.
5. el Grupo sobre Activos para la Salud de la Estrategia de Atención Comunitaria en Atención Primaria. Atención comunitaria basada en activos: Recomendación Activos para la Salud en Atención Primaria. Estrategia Atención Comunitaria en Atención Primaria. [Internet]. Zaragoza: Departamento Sanidad. Gobierno de Aragón; 2018 [citado: 8 de octubre de 2023]. Disponible en: https://atencioncomunitaria.aragon.es/wp-content/uploads/2018/09/Gu%C3%ADa-Recmendaci%C3%B3n-de-Activos-para-la-salud-en-Atenci%C3%B3n-Primaria-9_2018-1.pdf
6. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, Tierney S, Polley M, Giurca B, et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Global Health*. 2022;7:e008524.
7. Oster C, Skelton C, Leibbrandt R, Hines S, Bonevski B. Models of social prescribing to address non-medical needs in adults: a scoping review. *BMC Health Services Research*. 2023;23:642.
8. González JC, Martín MJ, Farran JC, González Viana A. La prescripción social en España: El ejemplo de Cataluña. *FMC-Formación médica continuada en Atención Primaria*. 2021;28:12-20.
9. Samper-Pardo M, Formento-Marín N, Oliván-Blázquez B, León-Herrera S, Benedé-Azagra B. Use of community resources as health assets for rehabilitation of people with Long COVID in northeastern Spain two years after the outbreak of the COVID-19 pandemic: qualitative study. *Arch Public Health*. 2023 Jul 6;81(1):125. doi: 10.1186/s13690-023-01139-7. PMID: 37415256; PMCID: PMC10324243.
10. Calderón-Larrañaga S, Greenhalgh T, Clinch M, Robson J, Dostal I, Eto F, et al. Unravelling the potential of social prescribing in individual-level type 2 diabetes prevention: a mixed-methods realist evaluation. *BMC Med*. 2023;21(1):91.
11. NHS Long Term Plan. [Internet]. [citado: 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.longtermplan.nhs.uk/>
12. Golubinski V, Wild E-M, Winter V, Schreyögg J, et al. Once is rarely enough: can social prescribing facilitate adherence to non-clinical community and voluntary sector health services? Empirical evidence from Germany. *BMC Public Health*. 2020;20:1827.
13. Heijnders ML, Meijjs JJ. «Welzijn op Recept» (Social prescribing): a helping hand in re-establishing social contacts-an explorative qualitative study. *Prim Health Care Res Dev*. 2018;19:223-31.
14. Hoffmeister LV, Nunes MF, Figueiredo CEM, Coelho A, Fraga Oliveira MF, Massano P, et al. Evaluation of the impact and implementation of social prescribing in primary healthcare units in Lisbon: a mixed-methods study protocol. *Int J Integr Care*. 2021;21:26.
15. Rempel ES, Wilson EN, Durrant H, Barnett J. Preparing the prescription: a review of the aim and measurement of social referral programmes. *BMJ Open*. 2017;7(10):e017734.
16. Elston J, Gradinger F, Asthana S, Lilley-Woolnough C, Wroe S, Harman H, et al. Does a social prescribing «holistic» link-worker for older people with complex, multimorbidity improve well-being and frailty and reduce health and social care use and costs? A 12-month before-and-after evaluation. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e135.
17. Gibson K, Pollard TM, Moffatt S. Social prescribing and classed inequality: A journey of upward health mobility? *Soc Sci Med*. 2021;280:114037.
18. Loftus AM, McCauley F, McCarron MO. Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. *Public Health*. 2017;148:96-101.
19. Calderón Larrañaga S, Greenhalgh T, Finer S, Clinch M. What does the literature mean by social prescribing? A critical review using discourse analysis. *Social Health Illn*. 2022;44(4-5):848-68.
20. Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet*. 1971;297(7696):405-12.
21. Murphy SM, Edwards RT, Williams N, Raisanen L, Moore G, Linck P, et al. An evaluation of the effectiveness and cost effectiveness of the National Exercise Referral Scheme in Wales, UK: a randomised controlled trial of a public health policy initiative. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(8):745-53.
22. Calderón-Larrañaga S, Milner Y, Clinch M, Greenhalgh T, Finer S. Tensions and opportunities in social prescribing. Developing a framework to facilitate its implementation and evaluation in primary care: a realist review. *BJGP Open*. 2021;BJGPO.2021.0017.
23. Glass TA, McAtee MJ. Behavioral science at the crossroads in public health: Extending horizons, envisioning the future. *Soc Sci Med*. 2006;62(7):1650-71.
24. Tierney S, Wong G, Roberts N, Boylan AM, Park S, Abrams R, et al. Supporting social prescribing in primary care by linking people to local assets: a realist review. *BMC Med*. 2020;18(1):49.
25. Popay J, Attree P, Hornby D, Milton B, Whitehead M, French B, et al. Community engagement in initiatives addressing the wider social determinants of health. A rapid review of evidence on impact, experience and process. Universities of Lancaster, Liverpool and Central Lancashire; 2007.
26. Cubillo-Llanes J, Botello-Díaz B, Gea-Caballero V, March S, Segura-Benedicto A, Hernán-García M. Activos: de los mapas al territorio. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018;32:98-102.
27. Garcés M. Común (sin ismo). *Pensaré Cartoneras*; 2014.
28. Calderón-Larrañaga S, Braddick F. De la prescripción social a la recomendación de activos: ¿qué funciona, para quién, en qué contexto y cómo? *FMC-Form Médica Contin en Atención Primaria*. 2021;28(3):3-11.
29. Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019 [citado: 8 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
30. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado: 8 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf (Última consulta: 8 de octubre de 2023).
31. Cubillo Llanes J, Terol Claramonte M, Gil Lucano A, González Herrera A (coord.). Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado: 8 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTécnicos/docs/recomendaciones_estrategia_salud_comunitaria.pdf
32. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. [Internet]. BOE, núm. 22, de 16 de septiembre de 2006 [citado: 8 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>

33. Consulta pública previa sobre el proyecto de orden por la que se modifica el anexo II del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [citado: 8 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/normativa/docs/PPP_OM_actualizacion_cartera_AP.pdf
34. Salut als barris. [Internet]. Barcelona: Agència de Salut Pública. [Citado: 8 de octubre de 2023]. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/salut_comunitaria/salut_als_barris/
35. Mapeando Carabanchel Alto. [Internet]. 2022 [citado: 8 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://mapeandoporcarabanchelalto.blogspot.com/>
36. Benedé Azagra CB, Gallego Diéguez J, Lou Alcaine ML, Marzo Arana J (coord.). Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón Atención Primaria. [Internet]. Zaragoza: Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón; 2019 [actualizada en febrero de 2023] [citado: 8 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://atencion-comunitaria.aragon.es/wp/wp-content/uploads/2023/03/Texto-EACA-REV-2023.pdf>
37. Implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. [Citado: 8 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/home.htm>
38. Localiza Salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. [Citado: 8 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://localizasalud.sanidad.gob.es/maparecursos/main/Menu.action>
39. Convocatoria ayudas 2023. [Internet]. RECS. [Citado: 8 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://reces.es/convocatoria-ayudas-2023/>