

Editorial

## Salud comunitaria: una actuación necesaria

## Community health: action needed

M. Isabel Pasarín\* y Elia Díez

Servei de Salut Comunitària, Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España



## La salud de la comunidad y su mejora

Para hablar de salud comunitaria es indispensable reconocer que la salud de personas y grupos está determinada por múltiples factores, los determinantes, algunos de los cuales están muy cerca y otros alejados del control individual<sup>1,2</sup>, y que existen desigualdades sociales en salud, es decir, un reparto desigual de oportunidades de disfrutar la salud<sup>3</sup>.

El impacto de las intervenciones en los diferentes niveles de determinantes de la salud es variable. Así, las políticas (macroeconómicas, de empleo, de derechos, etc.) influyen en mayor medida y sobre más cantidad de personas que las intervenciones más cercanas a los individuos<sup>4</sup>. Además, la acción simultánea en diversos niveles suele potenciar los efectos de las intervenciones, por lo que conviene alinear las acciones sobre la persona y su entorno próximo, como la familia y el lugar de estudio o de trabajo, con las que actúan más alejadas a ella, como las políticas que influyen en el barrio, el centro de trabajo o el municipio<sup>5</sup>.

De este modo, en paralelo a las grandes políticas que modulan lentamente el mundo, podemos y debemos intervenir en los niveles intermedios. Ahí es donde opera la salud comunitaria, entendida como la acción en y desde la comunidad que puede influir positivamente en la salud<sup>6</sup>. La salud comunitaria actúa sobre los factores de carácter comunitario que influyen en la salud<sup>7,8</sup>; por ejemplo, según la evidencia disponible, las intervenciones para mejorar la salud mental que pueden trabajarse a nivel comunitario deberían orientarse a: 1) mejorar la inclusión social, 2) reducir la violencia y la discriminación, y 3) incrementar el acceso a los recursos económicos<sup>9</sup>.

Respecto a la medicina tradicional, la salud comunitaria desplaza el foco desde la enfermedad al bienestar, y desde la restitución de la salud a su promoción. La evaluación de las necesidades de la comunidad señala las áreas donde actuar en el entorno más cercano a las personas, más allá de la intervención sanitaria. La actuación para la mejora de la salud comunitaria incluye también los servicios sanitarios e integra la atención social, promoviendo el autocuidado, la independencia y las redes de soporte familiar<sup>10</sup>. Para los servicios sanitarios, en especial la atención primaria, la adopción de una visión comunitaria implica introducir cambios en la atención individual y en la relación con la comunidad (se aconseja leer el trabajo de Montaner et al.<sup>6</sup>). Para la salud pública, implica adaptar su quehacer a poblaciones pequeñas (análisis de necesidades, priorización de áreas de intervención, métodos de evaluación, etc.).

## Bases de la acción comunitaria

Un plato con múltiples ingredientes: la mirada salutogénica, los activos en salud, el trabajo en red (intersectorialidad y participación comunitaria), la equidad, la sostenibilidad...

Empezando con un ejemplo, imaginemos que en un barrio se ha detectado una alta tasa de embarazos en adolescentes. Los esfuerzos pueden concentrarse en el abordaje del problema en su expresión final y actuar con el objetivo de incrementar el uso de preservativos, poniendo en marcha una intervención para eliminar las barreras de acceso para los jóvenes e incrementar las habilidades en su uso. Pero si además queremos añadir una mirada salutogénica, ¿qué deberíamos considerar? Entendiendo la salutogénesis como «el proceso del movimiento que va hacia el extremo de la salud en un continuo bienestar-enfermedad»<sup>11</sup>, el abordaje salutogénico implicaría, en primer lugar, no entender el problema de forma dicotómica sino como un proceso dirigido al «bienestar sexual y reproductivo», incluyendo aspectos como la cultura de origen, las relaciones familiares, la vida afectiva y, también, las necesidades de una adolescente o de una pareja adolescente con un embarazo. La mirada salutogénica para prevenir los embarazos precoces (en nuestra cultura) implicaría, por ejemplo, facilitar las relaciones de igualdad y respeto entre madres y padres, niños y niñas, y más tarde en chicos y chicas adolescentes, favoreciendo la autonomía y la autoconfianza. En la práctica, la intervención, además de favorecer el uso de preservativos en el momento oportuno, debería orientarse a que las personas tengan oportunidades de vivir en entornos educadores, que fomenten el crecimiento personal, que promuevan la adquisición de habilidades sociales, comunicativas y negociadoras, etc. Se tratará de que la infancia y la adolescencia se vivan de una manera promotora de salud. La evidencia apoya esta perspectiva, ya que además de las intervenciones escolares de salud sexual y las intervenciones individuales de consejo contraceptivo recomienda programas de soporte a las familias durante la crianza en la primera infancia, e intervenciones de promoción del desarrollo personal en adolescentes<sup>12</sup>.

Este ejemplo pone de manifiesto que todo esto no puede hacerse desde un centro de salud ni por los profesionales sanitarios. Sin excluirnos en absoluto, el abordaje del problema requiere la colaboración de los diversos sectores que se relacionan con las familias, los niños y las niñas, y los/las adolescentes, como las escuelas, los recursos destinados al ocio de jóvenes, los servicios sociales, las entidades de barrio, etc. El trabajo en red, otra de las bases de la salud comunitaria, consiste en crear alianzas para establecer objetivos compartidos y actuar cooperativamente para alcanzarlos. Esta red debe incluir no sólo a los diferentes servicios implicados (intersectorialidad) sino también a la propia comunidad (participación comunitaria), ya que el compromiso de unos y otros facilitará la implantación y el mantenimiento de los cambios<sup>13</sup>. El trabajo en

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mpasarin@aspb.cat](mailto:mpasarin@aspb.cat) (M.I. Pasarín).

red constituye también una de las grandes dificultades de la acción comunitaria, ya que en él se conjugan diferentes saberes, concepciones y bases, y es en ese entorno de diferencias donde debe construirse un proyecto común. El trabajo en red requiere altas dosis de confianza, respeto y liderazgo compartido, de manera que cada participante debe poder mostrarse líder en su ámbito y colíder en el proyecto.

Además, hay que tener en cuenta los activos de la propia comunidad. Por activos de salud se entienden los recursos colectivos que pueden ser un instrumento para promover la salud o para proteger a la comunidad frente a problemas de salud. Ejemplos de activos son tanto una biblioteca como unas pistas deportivas o una coral de barrio, siempre que se organicen y sirvan para potenciar la salud<sup>14</sup>.

Otro elemento capital en la intervención comunitaria es la equidad, que debe tenerse en cuenta desde el mismo diseño de la intervención, ya que de no ser así puede llegar a incrementar las desigualdades en salud. En el ejemplo anterior, deberá garantizarse que las intervenciones para prevenir el embarazo en las adolescentes lleguen a los colectivos más vulnerables, incluyendo en la vigilancia del programa, por ejemplo, no sólo el número de asistentes sino también su perfil socioeconómico. Si las personas que se benefician de la intervención son las que menos lo necesitan, la desigualdad se agrava.

Hay que recordar que los cambios sociales se gestan a lo largo del tiempo, y es por ello que la acción comunitaria requiere que las intervenciones se mantengan durante periodos prolongados. Además, la intervención comunitaria precisa esfuerzos intensos: tanto la intersectorialidad como la participación comunitaria requieren el compromiso continuado de muchos agentes, y cuando los procesos cuyo desarrollo e implementación han costado meses o años se paran, no es fácil reactivarlos.

Por último, como toda intervención sanitaria o social, la acción comunitaria exige una evaluación. Desde el principio hay que definir una buena estrategia evaluativa, midiendo el proceso y los resultados, y a largo plazo el impacto en la salud<sup>15</sup>.

### Lo conseguido y los retos

*Se hace camino al andar...*

En los últimos tiempos, la salud comunitaria ha entrado en varias agendas institucionales, por lo que existen experiencias de salud comunitaria que se sustentan más allá del voluntarismo de profesionales entregados. Sin embargo, este relativo éxito es frágil, y algunos proyectos han salido o están en riesgo de salir de las agendas<sup>16,17</sup>. También ha habido avances desde sectores profesionales, con el desarrollo de diversas redes de actividades comunitarias y de promoción de la salud<sup>16</sup>.

La identificación de los retos puede ayudar a mejorar la situación actual. Señalamos a continuación algunos de ellos referidos a la intersectorialidad, la participación, los tiempos y la evaluación.

La incorporación de los sectores no sanitarios en el desarrollo de la acción comunitaria es una meta necesaria, ya que todavía es frecuente que la salud se relacione exclusivamente con el sector de la atención sanitaria. Además, hay que asumir que el trabajo intersectorial y participativo es lento, con idas y venidas, sin atajos ni caminos rectos, y debe superar la desconfianza, los intereses contrapuestos o las agendas ocultas, que dificultan la participación comunitaria y la intersectorialidad.

Otro reto hace referencia al desajuste entre el tiempo que utilizamos para los "rendimientos de cuentas" (evaluaciones anuales,

rendimientos políticos, etc.) y el que precisa la salud comunitaria, que sólo tiene impacto a medio o largo plazo. Es importante recordar esta realidad a todos los agentes, decisores y comunidad, para avanzar.

Y por último, sigue siendo un gran reto la medición y la visibilidad de los resultados de la intervención comunitaria, superando las dificultades metodológicas y de recursos inherentes a la evaluación. La evaluación es importante porque ayuda a identificar las actuaciones y componentes que funcionan, lo que es mejorable, lo que debe abandonarse y lo que debe potenciarse.

### Declaraciones de autoría

M.I. Pasarín ha realizado la propuesta de contenido y la primera versión del texto. E. Díez ha hecho aportaciones al texto y modificaciones en las diversas versiones y en la revisión final.

### Financiación

Ninguna.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

1. Wilkinson R, Marmot M. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
2. Renals A, Smith TH, Hale PJ. A systematic review of built environment and health. *Fam Community Health*. 2010;33:68-78.
3. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit*. 2008;22:465-73.
4. Frieden TR. A framework for public health action; the health impact pyramid. *AJPH*. 2010;100:590-5.
5. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2012;26:182-9.
6. Montaner I, Foz G, Pasarín MI. La salud: ¿un asunto individual? *AMF*. 2012;8:374-82.
7. Pasarín MI, Miller R, Segura A. Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria. *Aten Primaria*. 2008;40:115-7.
8. Pasarín MI, Forcada C, De Peray JL, et al. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*. 2010;24:23-7.
9. Keleher H, Armstrong R. Evidence-based mental health promotion resource. Melbourne: Report for the Department of Human Services and VicHealth; 2005.
10. WHO. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe: WHO; 2004.
11. Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico: camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Documenta Universitaria, Universitat de Girona, Càtedra de Promoció de la Salut; 2011.
12. Harden A, Brunton G, Fletcher A, et al. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *BMJ*. 2009;339:b4254.
13. Klebanoff A, Schuchter JW. Revitalizing communities together. The shared values, goals, and work of education, urban planning and public health. *J Urban Health*. 2012;90:187-96.
14. Asset based approaches for health improvement: redressing the balance. Glasgow: Glasgow Centre for Population Health; 2011. Concept Series: Briefing paper 9. (Consultado el 24/9/2013.) Disponible en: <http://www.assetbasedconsulting.net/uploads/publications/Asset%20based%20approaches%20for%20health%20improvement.pdf>
15. Informes de evaluación de la estrategia de Salud als barris de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública. (Consultado el 24/9/2013.) Disponible en: <http://www.aspb.cat/quefem/documents.salut.barris.htm>
16. Cofío R, Pasarín MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26:88-93.
17. Díez E, Pasarín MI, Daban F, et al. Salud als barris en Barcelona, una intervención comunitaria para reducir las desigualdades sociales en salud. *Comunidad*. 2012;14:121-6.