

Informe SESPAS 2018

¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018

Carlos Sobrino Armas^{a,*}, Mariano Hernán García^b y Rafael Cofiño^{b,c}^a Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Tenerife III-La Palma, Canarias, España^b Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España^c Dirección General de Salud Pública de Asturias, Oviedo, Asturias, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de febrero de 2018

Aceptado el 2 de julio de 2018

On-line el 25 de septiembre de 2018

Palabras clave:

Salud poblacional

Salud comunitaria

Determinantes de la salud

Promoción de la salud

Atención primaria de salud

Keywords:

Population health

Community health

Health determinants

Health promotion

Primary health care

R E S U M E N

El término «salud comunitaria» es ampliamente utilizado en nuestro medio, con una recuperación progresiva de su interés en los últimos 10 años. Consideramos que, aunque muy difundido, se trata de un término impreciso, por lo que percibimos la necesidad y la pertinencia de una mejor definición operativa. Se realizó una revisión de la literatura especializada, que fue contrastada con la experiencia y el conocimiento de los autores, así como con las perspectivas sobre el tema recogidas en un trabajo de campo con entrevistas realizadas a personas de reconocida relación con la cuestión. Como resultado se proponen algunas aclaraciones terminológicas que puedan facilitar una adecuada definición operativa; se describen las principales influencias teóricas en su formación; se realiza una propuesta de niveles de acción comunitaria que pueden desarrollarse desde atención primaria y salud pública; finalmente, se señalan algunos elementos fundamentales que consideramos que toda acción para mejorar la salud comunitaria debería contemplar.

© 2018 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/>).

What we mean when we talk about “community health”. SESPAS Report 2018

A B S T R A C T

“Community health” is a widely used term in our context. Although interest in the concept has gradually increased over the past decade, we believe the term is still vague. Therefore, we think a better working definition is required. We conducted a review of the specialized literature on the topic. This was later contrasted with the professional backgrounds of the authors, as well as with the results of field work consisting of interviews with individuals with recognized experience and intellectual authority in the area. As a result, we intend to clarify some core terms to achieve a better working definition of community health; we describe the main theoretical influences on the formation of the term; we propose some levels of community action that could be developed through the primary health care and public health services; and finally, we identify some core aspects that should be taken into account in every action for improving community health.

© 2018 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/>).

Introducción

¿Conoces algún pájaro que cambiara los bosques por la palabra «bosque»?

Martha Asunción Alonso

En los últimos 10 años, la salud comunitaria ha cobrado un renovado interés, tanto en su relación con la atención primaria^{1,2} como vinculada a determinadas prácticas de promoción de la salud^{3–6}. Ejemplo patente de ello es el presente Informe SESPAS, monográfico sobre esta cuestión.

¿De qué hablamos cuándo hablamos de «salud comunitaria»? Se trata de una pregunta que en muchos casos se nos presenta a mitad de camino, después de llevar más o menos tiempo en la práctica de lo que simplemente llamamos muchas veces «la comunitaria». A pesar de ello, existe bastante imprecisión al intentar darle una respuesta. En lo concreto, esto se traduce en una considerable heterogeneidad práctica en lo que hacemos en el ámbito local cuando «hacemos comunitaria» en nuestros barrios y pueblos^{7–10}. Por todo esto, consideramos de utilidad el esfuerzo por afinar mejor nuestras definiciones conceptuales para así mejorar nuestra forma de actuar^{11,12}.

El término «salud comunitaria» lleva varias décadas presente, tanto en el medio sanitario asistencial como en otros ámbitos vinculados de un modo u otro al campo de la salud pública y el desarrollo social comunitario¹³. Los marcos conceptuales de los que se nutren las diferentes perspectivas teóricas sobre salud comunitaria tienen

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: erasureunavez.csa@gmail.com (C. Sobrino Armas).

Puntos clave

- La *salud comunitaria* es un término impreciso.
- El ámbito del trabajo comunitario es complejo y diverso en tradiciones y disciplinas.
- La imprecisión conceptual sobre *salud comunitaria* genera prácticas heterogéneas desde el sector sanitario, dificultando el trabajo intersectorial e interdisciplinar.
- Una aclaración terminológica permitiría avanzar hacia la construcción de un glosario común en relación a la acción comunitaria que integre saberes y marcos teóricos diversos.
- Identificamos los principales marcos teóricos y conceptuales de influencia en el desarrollo de la *salud comunitaria* dentro de nuestro medio sanitario.
- Avanzamos un modelo de niveles de actuación que busca servir de ayuda para determinar el rol de los equipos de atención primaria y salud pública del territorio en la acción comunitaria en salud.
- Señalamos los elementos de participación, evaluación y equidad como elementos indispensables que toda acción comunitaria dirigida a mejorar el bienestar o la salud de las comunidades deberían tomar en consideración.

todos ellos en común ciertos rasgos fundamentales, relacionados principalmente con una visión de la salud de las personas más allá de la dimensión estrictamente individual, pero más acá de la perspectiva estrictamente poblacional tan propia de la epidemiología clásica. Así pues, la salud comunitaria encuentra su espacio privilegiado en el ámbito local: el barrio, el pueblo o el municipio¹⁴⁻¹⁶. Al mismo tiempo, desde sus respectivas tradiciones (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, sociología, antropología, ciencias de la educación...) se aportan herramientas y saberes híbridos que enriquecen mucho los respectivos marcos teóricos de cada entorno específico, convirtiendo el espacio del trabajo comunitario en un amplio campo de conocimiento, mestizo e interdisciplinario¹⁷. Por su parte, tampoco podemos ignorar la importante influencia que tienen en la construcción de estos marcos teóricos y prácticas las experiencias concretas vinculadas a movimientos sociales, políticos, vecinales e incluso artísticos, muy próximas al ecologismo social, el feminismo, el urbanismo crítico o la defensa de los derechos de colectivos vulnerados^{18,19}.

Dentro del ámbito sanitario, consideramos importante detenernos a pensar de la mano de quienes ya lo hicieron antes²⁰, aprovechar la tradición que en nuestro contexto han mantenido instituciones relevantes como el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), y preguntarnos una vez más de qué estamos hablando y qué estamos haciendo en relación con la salud comunitaria. Un esfuerzo en este sentido podría ayudar a desarrollar modelos teóricos y prácticas de acción comunitaria más consistentes desde nuestros respectivos campos de actuación.

Así pues, este trabajo tiene como objetivos: 1) avanzar conceptualizaciones que faciliten un glosario común para quienes trabajamos en acción comunitaria desde diversos sectores y disciplinas; 2) identificar las principales influencias teóricas utilizadas en nuestro contexto al hablar de salud comunitaria; 3) sistematizar las diferentes acciones para mejorar la salud de la comunidad desde el trabajo en atención primaria y salud pública; y 4) señalar elementos clave que deberían contemplar las acciones para mejorar la salud de la comunidad.

Método

“Cuando creíamos tener todas las respuestas, de pronto cambiaron todas las preguntas.”

Mario Benedetti

Este artículo es el resultado de un trabajo de interpretación crítica, de acuerdo con un método cualitativo de enfoque constructivista. Sus fuentes de información incluyen la revisión bibliográfica, el estudio de campo y la revisión crítica de las propias experiencias en relación con la teoría y la práctica de la salud comunitaria según nuestros resultados. Somos conscientes de que este trabajo está fuertemente influenciado por nuestras perspectivas personales de partida, que a su vez han sido construidas desde nuestras experiencias en relación con el trabajo en salud comunitaria en un sentido amplio y plural.

Partimos de una reflexión en profundidad a partir de nuestras experiencias profesionales, además de la revisión del conocimiento disponible en la materia. Se tomaron como referencia los principales modelos de trabajo en salud comunitaria desde atención primaria y salud pública en España, así como las diferentes experiencias formativas y de trabajo desarrolladas en este campo en los últimos 15 años. Nuestras conclusiones fueron contrastadas en un trabajo de campo mediante entrevistas semiestructuradas a personas de reconocida relación con el campo de la salud comunitaria, con el objetivo de recoger sus perspectivas y principales marcos conceptuales, así como identificar los principales temas relacionados con esta cuestión. Esta investigación se realizó bajo la forma de un trabajo de fin de máster²¹. Los resultados de las entrevistas fueron triangulados de nuevo entre los autores de este artículo y ampliados con información procedente de algunos informes ampliamente reconocidos en el campo de la salud comunitaria.

Resultados

“¿De qué hablamos cuando hablamos de amor?”

Raymond Carver

Aclarando algunos términos

Este trabajo se pregunta por los significados de algunos términos como «salud comunitaria», partiendo de la idea de que el modo en que nos referimos a las cosas define lo que podemos hacer con ellas. Por esta razón, nos parece importante plantear algunas consideraciones terminológicas de partida.

En primer lugar, sería conveniente señalar que cuando hablamos de «salud comunitaria» estamos usando una metonimia, es decir, nos estamos refiriendo a una parte por medio de un todo. Así, cuando decimos que «hacemos» salud comunitaria, lo que realmente estamos queriendo decir es que «trabajamos en un proyecto para mejorar el estado de salud de una comunidad o un colectivo». Este apunte, aparentemente irrelevante, puede ayudarnos a entender la relación que guardan las acciones que se desarrollan en una comunidad desde el sector sanitario con aquellas otras que se desarrollan desde otros sectores (cultura, educación o medio ambiente).

Al mismo tiempo, consideramos que podría ser más apropiado hablar de «acciones comunitarias» que de «intervenciones comunitarias». El término «intervención» puede tener connotaciones más cercanas a dirigir, fiscalizar, controlar o disponer, mientras que «acción» es un término con interpretaciones más abiertas, que se acerca a formas de práctica comunitaria menos directivas y sectoriales, como las que suscribimos preferentemente en este artículo.

De esta forma, y procurando mantener la coherencia con glosarios previos, el término «salud comunitaria» se definiría mejor en nuestro contexto como «acciones para mejorar la salud de la comunidad», o simplemente «acción comunitaria para la salud» y «acción comunitaria en salud». Además, fuera del sector sanitario prefieren referirse a ello como «acción comunitaria» o «acciones

para mejorar el bienestar de la comunidad», evitando el uso de un término muy cargado de connotaciones específicamente sanitarias como es «salud» y empleando en su lugar otro mucho más amplio como es «bienestar».

En relación con esto último, no estimamos que sea este el espacio adecuado para detenernos a discutir en detalle las diferentes conceptualizaciones de un término tan amplio como «salud». Asumimos que el público de este informe cuenta con un conocimiento previo sobre la complejidad del concepto. Por tanto, mencionaremos tan solo que tanto al hablar de bienestar como de salud de una comunidad nos estamos refiriendo a aspectos en los que la incidencia del sector sanitario es limitada y en los que el nivel estructural, social y político es mucho más determinante²².

Por otro lado, observamos que desde el ámbito de la atención primaria y la salud pública existen algunas dificultades para establecer límites entre los campos de promoción de la salud, la educación para la salud y la salud comunitaria o acción comunitaria para la salud. Existen, efectivamente, puntos en común y solapamiento entre algunos enfoques de promoción y educación para la salud^{23,24} con las propuestas de acción comunitaria para la salud aquí planteadas, siendo el elemento común a todas ellas la preocupación por la cuestión del «poder» de las personas y de las comunidades para hacerse cargo de sus propios procesos de salud y enfermedad a partir del reconocimiento de sus condiciones de vida y de los determinantes sociales de estas. Ahora

bien, frente a estos modelos comunes, también encontramos otros centrados en la dimensión individual, la corrección de factores de riesgo modificables y la recomendación de estilos de vida y conductas saludables, de acuerdo con modelos que ahondan en la victimización y la culpabilización de los sujetos, ajenos a sus contextos.

En la **tabla 1** presentamos un pequeño glosario de algunos de los términos utilizados en este apartado y de sus singularidades, así como de sus elementos relacionados. Puede observarse que existe mucha similitud entre la acción comunitaria y la acción comunitaria para la salud. También destacamos cómo el papel de la promoción de la salud puede trascender la influencia de un solo territorio por su potencialidad para generar políticas y legislación de ámbito autonómico o estatal.

Principales influencias teóricas de la salud comunitaria

A continuación señalamos los diferentes modelos teóricos que hemos identificado en nuestra revisión y estudio de campo sobre las principales influencias conceptuales de la salud comunitaria en nuestro contexto:

- 1) El modelo APOC (Atención Primaria Orientada a la Comunidad), con origen en los trabajos de Sidney y Emily Kark, conceptualizados por Rosa y Jaime Gofin²⁵, con una implantación importante

Tabla 1
Glosario de términos para mejorar el bienestar de una comunidad

	Acción comunitaria/ procesos comunitarios	Salud comunitaria y acción comunitaria para la salud	Promoción de la salud	Educación para la salud
Definiciones	“Dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un determinado ámbito o espacio de convivencia con el objetivo de mejorar el bienestar cotidiano de los mismos”. <i>IGOP y Ayuntamiento de Barcelona</i>	Salud Comunitaria: “Expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características individuales y familiares, el medio social, cultural y ambiental, así como los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales.” Acción comunitaria para la salud: “Todas las acciones individuales, colectivas e intersectoriales orientadas a ese esfuerzo”. <i>Alianza de Salud Comunitaria. Glosario.</i>	“Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”. <i>OMS/OPS. Glosario de Promoción de la Salud.</i>	“Oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conducen a la salud individual y de la comunidad”. <i>OMS/OPS. Glosario de Promoción de la Salud.</i>
Temas clave específicos	- Trabajo en territorios locales. - Bases metodológicas centradas en la organización, la dinamización y los procesos relacionales. - Procesos de empoderamiento de la comunidad	- Trabajo en territorios locales. - Proceso de análisis de situación, acción y evaluación con participación de los diferentes agentes de la comunidad. - Perspectiva de equidad.	- Procesos a varios niveles: políticas, entornos, acción comunitaria, habilidades personales, reorientación de servicios. <i>Carta de Ottawa.</i> - Diversidad de enfoques con perspectivas más colectivas o más individuales. <i>Carta de Yakarta, Carta de Shangai.</i>	- Intervenciones individuales con mayor o menor atención a los contextos. - Habilidades y conductas - Conductas de riesgo
Temas transversales posibles	-Determinantes sociales y estructurales de la salud individual y colectiva. -Capacidad de control y poder por parte de las personas y de las comunidades. -Abordaje de las desigualdades desde las diferentes acciones. -Diferentes niveles de generación de entornos de bienestar: desde lo más individual (educación para la salud) a lo colectivo en un territorio (acciones comunitarias), hasta la generación de políticas y legislación (promoción de la salud).			

Fuente: elaboración propia.

- en Cataluña a través de redes y grupos de trabajo profesionales vinculados a la CAMFiC (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària)²⁶.
- 2) Las investigaciones de Turabián y Pérez Franco¹³ sobre atención contextualizada, atención individual con orientación comunitaria y participación comunitaria desde su práctica profesional en atención primaria.
 - 3) Los modelos de educación para la salud con un claro componente de empoderamiento de las personas y de los grupos basado en aprendizajes significativos, desarrollados desde diferentes centros en nuestro país, pero con un gran desarrollo desde la salud pública de Navarra por Pérez-Jarauta et al.²³.
 - 4) El modelo de procesos correctores comunitarios desarrollado por Mirtha Cucco y difundido por el Centro de Desarrollo en Salud Comunitaria Marie Langer²⁴, y otras prácticas en este sentido como pueden ser los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria de Andalucía (GRUSE).
 - 5) Los modelos teórico-prácticos de la medicina social latinoamericana²⁷, a través de su influencia en la formación de algunas de las personas implicadas en la reforma de la atención primaria y la creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria en nuestro país durante la década de 1980.
 - 6) El modelo de desarrollo social comunitario propuesto por Marco Marchioni, con diferentes experiencias vinculadas al ámbito municipal en nuestro país desde 1965, con una rica participación de equipos de atención primaria^{14,28} y actualmente con varios proyectos de intervención comunitaria intercultural en todo el Estado.
 - 7) El modelo ABCD (*Asset-Based Community Development*, desarrollo comunitario basado en activos) desarrollado en los Estados Unidos por Kretzmann y McKnight¹⁵ y con aplicación en nuestro país desde hace unos 10 años.
 - 8) Los modelos de acción comunitaria, muy vinculados a la investigación del Instituto de Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad Autónoma de Barcelona y con aplicación desde el ayuntamiento de Barcelona²⁹, junto con las experiencias de participación comunitaria desde la Red CIMAS.

Todos ellos son modelos conceptualmente relacionados (si bien no siempre vinculados entre sí) con propuestas metodológicas concretas para mejorar la «salud» o el «bienestar» de una comunidad. Podríamos diferenciar dos grandes grupos: los cinco primeros modelos con mayor influencia en atención primaria o salud pública, y los tres segundos con más influencia en las acciones comunitarias realizadas desde otros sectores no sanitarios y que pueden tener diferentes denominaciones: desarrollo social comunitario, procesos comunitarios, acción comunitaria o desarrollo comunitario basado en activos.

Atención primaria en salud y salud pública: su papel en las acciones para mejorar la salud de la comunidad

Existe un renovado interés por la orientación comunitaria desde la atención primaria y la salud pública, recuperando (a 40 años de su celebración) parte de los principios inspiradores de la atención primaria en salud planteados en la Conferencia de Alma Ata. En nuestro medio, esto se vincula directamente con la necesidad de reformar el modelo asistencial de los equipos de atención primaria³⁰, creados bajo la influencia de aquel paradigma, según un enfoque de atención familiar y comunitaria³¹. Este trabajo pretende contribuir a definir mejor el papel que la atención primaria y los servicios de salud pública pueden desempeñar, en las acciones para mejorar la salud de las comunidades. Todo ello sin dejar de advertir que el

campo de la acción comunitaria desborda el sector estrictamente sanitario.

De un modo didáctico, según nuestra experiencia práctica en la Unidad Docente de Atención Primaria de Asturias desde 2016, y partiendo de muchas de las referencias revisadas para este artículo, proponemos tres posibles niveles de actuación que podrían desarrollarse desde los equipos de atención primaria (y de salud pública en el territorio) para que sean coherentes con las diferentes acciones comunitarias desarrolladas desde otros sectores:

- Nivel 1. Asistencia individual y familiar con orientación comunitaria: «pasar consulta mirando a la calle».

Se trata del nivel de trabajo en la práctica asistencial habitual. En él hay espacio para un enfoque sensible a los determinantes sociales de los problemas individuales cotidianos. La metodología para ello tiene que ver con el modelo familiar y comunitario clásico: enfoque biopsicosocial en el abordaje individual y familiar de las personas. Contamos con numerosas herramientas: el uso de los códigos Z, los modelos de cuidados, los genogramas, la exploración de redes de apoyo individual, la entrevista motivacional, la educación para la salud desde un modelo de aprendizaje significativo o la recomendación de activos personales o comunitarios desde la consulta.

- Nivel 2. Trabajo grupal con orientación comunitaria: «educación grupal trabajando sobre las causas de las causas».

Se trata de un nivel de trabajo con grupos reducidos practicado desde el ámbito de los equipos sanitarios. En este nivel pueden llevarse a cabo acciones educativas y grupales enfocadas no solo al síntoma, sino también a la reflexión y la discusión sobre las causas de las causas de los problemas de las personas. El trabajo puede incorporar una perspectiva de equidad y de determinantes sociales, buscando el fortalecimiento de los recursos personales a través de la acción grupal por medio del trabajo entre iguales. Existen experiencias en este sentido, como los Procesos Correctores Comunitarios (ProCC) y el modelo de Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE).

- Nivel 3. Acción comunitaria en salud o participación en procesos comunitarios: «el centro de salud no es el único centro de salud».

Se trata del nivel de acción comunitaria en salud por medio del desarrollo de procesos comunitarios. En el territorio local existen numerosos agentes que tienen influencia para mejorar el bienestar de una comunidad trabajando desde diferentes sectores. Desde este nivel es posible desarrollar acciones comunitarias con un carácter verdaderamente intersectorial e interdisciplinario. Sabemos que los procesos comunitarios son muy diversos según las características de los diferentes territorios o comunidades, y por eso mencionaremos tan solo algunos elementos generales facilitadores: la creación de grupos motores de coordinación entre los diferentes sectores, la generación de análisis de situación comunes, la generación de procesos de participación comunitaria, la influencia en políticas y la generación de entornos saludables. Los equipos sanitarios pueden participar de modos diversos, y en la mayoría de los casos es importante su presencia junto con otros sectores. También pueden resultar de gran interés las aportaciones metodológicas que puedan facilitar los equipos de salud pública del territorio, por ejemplo en los análisis de situación, la búsqueda de evidencias o la evaluación de los procesos. La acción comunitaria a este nivel puede adoptar diversas formas. En este sentido, puede resultar de utilidad categorizar los procesos comunitarios

Tabla 2

Categorización de acciones comunitarias en salud

	Fortalecimiento comunitario	Voluntariado y trabajo entre iguales	Colaboración y trabajo intersectorial	Acceso a recursos de la comunidad
Objetivos	Fomentan y construyen capacidades de acción frente a los determinantes sociales de salud de una comunidad. Consisten en procesos en los que las personas identifican problemáticas a nivel local, imaginan propuestas de mejora y llevan a cabo acciones sociales sostenibles al respecto.	Fomentan las capacidades individuales para proporcionar consejo, información o apoyo para la organización de actividades en sus comunidades de origen o en otras. Las personas de la comunidad ofrecen su experiencia, sus redes y activos personales para la mejora de la misma.	Involucran a la comunidad y a los servicios locales en un trabajo conjunto a cualquier nivel del ciclo de la planificación, desde la identificación de necesidades y su priorización, hasta la implementación y evaluación de los procesos. La colaboración de la comunidad en los procesos permite construir servicios locales más equitativos, apropiados y efectivos.	Conectan a las personas y sus familias con recursos comunitarios, ayuda práctica, grupos de actividades y ofertas de voluntariado que atienden necesidades de salud, al mismo tiempo que fomentan la participación social. El rol de los equipos de atención primaria a este nivel resulta fundamental.
Algunos ejemplos de nuestro entorno	El Progreso (Badajoz). Ventanielles Participa. Proyecto RIU. Mapeando Carabanchel. Mapeando Oliver. Plan de acción local de salud de Cabra. Plataforma de afectados por la Hipoteca (PAH).	Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE). Procesos Correctores Comunitarios (ProCC). Terapia de reencuentro. Bancos de tiempo. Movimiento asociativo y vecinal Redes de apoyo local. Grupos de personas cuidadoras. ^a Grupos de apoyo a pacientes. ^a	Asturias Actúa. Salut als Barris. Ciudades Saludables. Madrid Salud. Proyectos ICI (Intervención Comunitaria Intercultural).	Recomendación de activos comunitarios desde la consulta ("prescripción social") Mapeo de activos en salud Diagnósticos comunitarios participativos

^a Se incluirían en este apartado si son grupos que trabajan con enfoque de determinantes, hacia las causas de las causas y con perspectiva de equidad.

Fuente: Adaptación de la categorización incluida en *A guide to community-centred approaches for health and wellbeing*¹⁶ incluyendo algunos ejemplos de nuestro entorno.

presentes en el territorio según algún criterio. De acuerdo con un documento reciente de Public Health England³², en la [tabla 2](#) mostramos una categorización de las diferentes acciones comunitarias en salud según sus objetivos.

Esta propuesta de niveles de trabajo desde atención primaria y salud pública puede relacionarse asimismo con algunos de los diferentes modelos conceptuales mencionados anteriormente, tal como se propone en la [tabla 3](#).

Elementos fundamentales que deben considerarse en toda acción comunitaria en salud

En nuestro trabajo de campo hemos identificado los principales temas de discusión en relación con las acciones para mejorar la salud de una comunidad. Como resultado, proponemos tres elementos que consideramos que toda acción comunitaria debería considerar:

- 1) Participación: la participación de la comunidad en las intervenciones no debería darse por supuesta en todos los casos, ya que existen muchos ejemplos en los que es muy limitada. El grado de control o poder que la comunidad puede llegar a tener sobre los procesos y las acciones comunitarias en las que participa es muy variable. Consideramos un requisito imprescindible de toda acción comunitaria una valoración del grado de participación que cada proceso permite a la comunidad en su conjunto^{33,34}.
- 2) Equidad: las acciones comunitarias son una herramienta fundamental en el abordaje de las desigualdades sociales y su impacto concreto en el bienestar de las comunidades. Si bien las acciones no tienen que tener específicamente como objetivo las personas más vulnerables, sí consideramos que no podremos hablar de una verdadera participación de la comunidad si estos colectivos

no están presentes en los procesos que se lleven a cabo. Participación social y equidad, por lo tanto, van íntimamente ligadas en la puesta en marcha de cualquier acción comunitaria.

- 3) Evaluación: la evaluación de las acciones comunitarias es imprescindible. Aunque todavía es una asignatura pendiente, contamos con buenas metodologías de evaluación disponibles y en otros sectores fuera del sanitario ya existe una importante tradición evaluadora de la que aprender. En algunos casos, la evaluación de las acciones se percibe como una limitación que incluso puede llegar a inhibir procesos comunitarios. En relación a ello, sería importante señalar algunas cuestiones: a) las metodologías de evaluación de los procesos comunitarios no pueden ser las mismas que las de las actuaciones individuales, como tampoco lo son las variables que midamos como resultado de ellas; b) debemos valorar la evaluación de los procesos, no sólo de los resultados, que además pueden ser muy difíciles de medir e implicar períodos de tiempo mucho mayores que los propios proyectos que realicemos; c) las metodologías cualitativas y mixtas resultan fundamentales para este tipo de evaluaciones; d) la evaluación de acciones comunitarias es fundamental para su devolución a la comunidad, así como para su divulgación fuera de nuestros entornos locales, no sólo como una medida de justificación de cuentas; e) la evaluación de las acciones es también el único modo que tenemos para poder valorar su impacto en salud, así como para detectar sus efectos indeseables, que también existen³⁵ e incluso pueden llegar a incrementar las desigualdades sociales que buscan atajar, o contribuir a desmovilizar el tejido social existente cuando no se observan aspectos como los aquí propuestos.

En la [tabla 4](#) se señalan diferentes guías metodológicas y herramientas de evaluación de la acción comunitaria en salud disponibles en nuestro contexto.

Tabla 3
Niveles de acción para mejorar la salud comunitaria: marcos teóricos y roles desde atención primaria y salud pública

	Marcos teóricos	Atención primaria	Salud pública
Nivel 1 "Pasar consulta mirando la calle"	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo biopsicosocial. - Atención individual orientada a la comunidad. - Educación para la Salud con perspectiva de determinantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilización de un abordaje biopsicosocial. - Modelo de cuidados y atención centrada en las personas y su contexto. - Trabajo integrado del equipo de atención primaria. - Recomendación de activos para la salud. - Integrar la perspectiva de equidad en la práctica clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer información epidemiológica sobre los determinantes de salud de los territorios que puedan ser útiles para conocer la realidad de la práctica clínica. - Ofrecer información sobre los activos existentes en los territorios que puedan ser útiles para conocer la realidad de la práctica clínica.
Nivel 2 "Educación grupal trabajando sobre las causas de las causas"	<ul style="list-style-type: none"> - Educación para la Salud con perspectiva de determinantes. - Procesos Correctores Comunitarios (ProCC). - Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE). 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar con modelos de aprendizaje significativo. - Trabajar con prácticas educativas empoderadoras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo en la metodología y formación para desarrollar intervenciones grupales. - Coordinación entre los diferentes proyectos de promoción de la salud que se desarrollan en los territorios. - Apoyo a la evaluación de estas acciones.
Nivel 3 "El centro de salud no es el único centro de salud"	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). - Modelo ABCD (Asset-Based Community Development). - Desarrollo social comunitario. - Acción comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participación y acompañamiento de procesos comunitarios que estén en marcha. - Impulso y dinamización de procesos comunitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participación y acompañamiento de procesos comunitarios que estén en marcha. - Coordinación con otros sectores que ya estén trabajando en los territorios (por ejemplo cultura, medio ambiente, igualdad, participación...) - Apoyo metodológico en las diferentes fases de un proceso comunitario: análisis de la situación (de las necesidades y de los activos), priorización, búsqueda de evidencias, evaluación.
Comunes a todos los niveles:			
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una apuesta política hacia servicios de atención primaria y de salud pública de calidad. - Realizar una apuesta política y estratégica hacia una atención primaria y una salud pública con orientación comunitaria. - Potenciar el papel de los equipos y de las estructuras directivas de atención primaria para realizar abogacía en salud sobre elementos relacionados con determinantes sociales. 			

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4
Guías y herramientas de evaluación sobre acción comunitaria en salud

Guías disponibles sobre acción comunitaria en salud				
¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?	Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria	2003	http://www.pacap.net/pacap/recursos/	
Guía para trabajar en Salud Comunitaria	Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública de Asturias	2016	http://obsaludasturias.com/obsa/guia-de-salud-comunitaria/	
Guía para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria	Departamento de Salud, Gobierno Vasco	2016	http://www.euskadi.eus/informacion/salud-comunitaria/web01-a2osabiz/es/	
Guía operativa d'acció comunitària	Acció Social i Ciutadania. Ajuntament de Barcelona	2009	https://goo.gl/zbMxMy	
Herramientas disponibles para evaluación de acción comunitaria y acción comunitaria en salud				
Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria	IGOP. Universidad Autónoma de Barcelona	2016	http://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2016/03/Guia_operativa-EAC.2016.pdf	
Algunos métodos para evaluar iniciativas comunitarias integrales	Community Tool Box	2017	https://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/evaluar/evaluar-iniciativas-comunitarias	
Criterios de calidad en promoción de la salud	Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud. Gobierno de Aragón	2007	https://goo.gl/qtjcf3	
Community Health Assessment aNd Group Evaluation (CHANGE)	Centers for Disease Control and Prevention	2018	https://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/state-local-programs/change-tool/index.html	
Herramienta de evaluación de equidad en intervenciones comunitarias	Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública de Asturias	2017	http://obsaludasturias.com/equidad/web/formulario	
Orientación comunitaria: Hacer y no hacer en Atención Primaria	Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). SemFYC.	2018	http://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria	

Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

El campo de la acción comunitaria es complejo y heterogéneo. Con este trabajo hemos intentado poner de relevancia tal complejidad, que precisamente se expresa a través de las dificultades en el lenguaje que empleamos cuando intentamos referirnos a él.

Las acciones para mejorar la salud comunitaria están recuperando relevancia en el ámbito de las organizaciones sociales, sanitarias y académicas por varios motivos. Por una parte, permiten una aproximación fértil a los problemas que plantean los complejos escenarios epidemiológicos y sociales en nuestras sociedades contemporáneas. Por otro lado, surgen asimismo como respuesta ante la situación de crisis estructural que afrontan nuestros sistemas de protección social desde hace ya por lo menos una década. Esta acción comunitaria se realiza en un entorno local, en el territorio del barrio, del pueblo o del municipio; se trata de una acción situada en contextos concretos. Su ámbito no es el individual ni el poblacional, ampliando de este modo una dicotomía muy extendida en salud pública. Consideramos, por tanto, que se trata de un espacio intermedio, privilegiado para poder abordar el impacto concreto de los determinantes sociales y su resultado en desigualdades sobre los territorios y sus comunidades.

En relación con la terminología utilizada al hablar de salud comunitaria, consideramos que sería más apropiado hablar de acciones para mejorar la salud de la comunidad, acciones comunitarias para la salud o acciones comunitarias en salud. Siendo más inclusivos con otras tradiciones comunitarias no sanitarias, podríamos también hablar de acciones comunitarias para mejorar el bienestar de una comunidad. Como hemos explicado, preferimos asimismo hablar de acción comunitaria que de intervención comunitaria. Desde nuestro punto de vista, detrás de estas preocupaciones por la terminología se encuentran importantes connotaciones teóricas y conceptuales; intentar hacerlas visibles puede contribuir a que podamos construir glosarios verdaderamente intersectoriales e interdisciplinarios, así como definiciones operativas útiles. Además, esto permitiría abrir nuestro ámbito sanitario hacia otras tradiciones comunitarias bien consolidadas desde sectores diferentes, mejorando en definitiva la coordinación de la acción comunitaria en los territorios y sus resultados globales, y también, pero no sólo, en términos estrictamente sanitarios.

En nuestro sistema sanitario existe desde hace décadas un interés comunitario explícito tanto por la atención primaria como por la salud pública. Sin embargo, creemos que su desarrollo efectivo, así como su apertura hacia otras tradiciones de acción comunitaria (otros sectores profesionales, ciudadanía y movimientos sociales), ha sido muy limitada y fragmentaria. Además, en los casos en los que existe, es frecuente que haya una colonización de los espacios comunes, lo que conduce a una resignificación sanitaria de muchos conceptos. Esto se traduce en las dificultades terminológicas a las que nos referimos en este trabajo, lo que a su vez complica más aún la tarea de conseguir una acción comunitaria desde paradigmas que superen una perspectiva estrictamente sanitaria y biomédica del concepto «salud».

Nuestro trabajo pretende servir, por un lado, para que desde el ámbito sanitario al que pertenecemos (y una gran parte del público al que va dirigido este Informe SESPAS) sepamos acercarnos de un modo menos invasivo y protagonista a otras tradiciones de acción comunitaria que, aún no perteneciendo al ámbito sanitario, tienen un notable impacto en el bienestar de las comunidades desde paradigmas más integradores y amplios de aquello a lo que nos referimos con «salud comunitaria».

Por otro lado, pretende ser de ayuda al discutir cuál debe ser el papel de la atención primaria y la salud pública dentro de la acción comunitaria realizada desde los territorios, siendo un papel que no queremos dejar de reivindicar, aunque consideremos importante

discutirlo en espacios como este. En este sentido, creemos que nuestra propuesta de niveles de trabajo puede servir para ordenar y diferenciar actividades muy diferentes, que en ocasiones caen de manera genérica bajo el amplio rótulo de «la comunitaria».

El trabajo de la práctica totalidad de los equipos de atención primaria de nuestro medio responde fundamentalmente a una tarea asistencial directa, correspondiendo sobre todo al nivel 1 y en ocasiones también al nivel 2. Así pues, las propuestas de acción comunitaria planteadas en el nivel 3 no son asumibles como una tarea propia ni específica. Este hecho es percibido con frustración por parte de muchos equipos de atención primaria con interés en el trabajo comunitario. Si bien es cierto que consideramos que es el nivel 3 desde donde tiene sentido estricto hablar de acción comunitaria, también consideramos que se trata de un nivel eminentemente interdisciplinario e intersectorial. Por esta razón, no consideramos que tenga que ser tarea específica de los equipos de atención primaria (ni de salud pública del territorio, donde estos existan) el ocuparse de su liderazgo ni de su dinamización.

Por supuesto, cada territorio tiene sus particularidades, de manera que la acción comunitaria en cada caso puede venir dinamizada desde sectores o agentes distintos. En algunas ocasiones puede estar impulsada desde los equipos de atención primaria, o también desde los de salud pública, pero la mayoría de las veces es el propio tejido asociativo y ciudadano, o el ámbito municipal, quienes lo están desarrollando. Creemos que es muy importante que desde atención primaria y salud pública se participe en estos procesos, pero también que se respeten sus ritmos específicos; formar parte de ellos como equipo, pero no intentar ser sus protagonistas, ni pretender colonizarlos con actividades centradas únicamente en diagnósticos sanitarios, casi siempre centrados en cuestiones de estilos de vida, sin una perspectiva más amplia de determinantes sociales. Esta colonización podría tener efectos medicalizadores contraproducentes sobre los procesos en marcha.

A diferencia del nivel 3, los niveles 1 y 2 sí son específicos del trabajo de los equipos sanitarios. Aun cuando no se trate de niveles de acción comunitaria, nos parece que se trata de dos niveles irrenunciables para la práctica de una atención primaria con una orientación verdaderamente familiar y comunitaria, centrada en las personas y sus comunidades desde un abordaje biopsicosocial sensible a la determinación social de la salud y la enfermedad. Introducimos la expresión «orientación comunitaria» siendo conscientes de que puede resultar una terminología confusa, al no tratarse de una acción comunitaria en sentido estricto. Sin embargo, creemos que puede servir para explicar que el trabajo asistencial no debe ser contrapuesto al trabajo comunitario; antes bien, puede contribuir a la participación y la dinamización de procesos y acciones comunitarias, aun cuando estas no sean necesariamente protagonizadas o lideradas por los propios equipos sanitarios. Consideramos, además, que este enfoque debería guiar la formación específica de las y los jóvenes profesionales de atención primaria y salud pública a través de sus respectivos itinerarios formativos oficiales.

En el momento actual estamos asistiendo a la confluencia de diferentes tradiciones en acciones comunitarias concretas. Esto abre horizontes de diálogo entre sectores y disciplinas diversas, enriqueciendo mucho las posibilidades los procesos comunitarios. Ello supone, por supuesto, un reto fundamental de adaptación de las formas de organización institucional tradicionalmente implicadas en el trabajo en las comunidades (sanidad, educación, servicios sociales) para lograr un trabajo intersectorial efectivo, pero también abierto a otras disciplinas, saberes y prácticas procedentes de ámbitos no institucionales (movimientos sociales, agrupaciones vecinales, organizaciones sociales). A pesar de que en algunos lugares se están explorando formas organizativas de colaboración en este sentido (Madrid ciudad de cuidados, Asturias Actúa en Salud, Plan de

Barrios y Salud en los Barrios en Barcelona, Redes de Acción Local de Andalucía, Proyecto RIU, Proyecto de Orientación Comunitaria en Atención Primaria en Aragón, Proyectos de Intervención Comunitaria Intercultural, entre otros), la dedicación de recursos es variable y requiere una mayor presencia en las agendas políticas y técnicas. La participación de los equipos de atención primaria y salud pública en estos procesos, así como la complementaria orientación comunitaria desde sus niveles asistenciales específicos, requieren igualmente una apuesta política, institucional y formativa firme, lo que plantea la necesidad de una reorientación de estos servicios.

Consideramos fundamental reforzar las alianzas y avanzar en espacios conjuntos de reflexión con otros sectores que se encuentran en el territorio trabajando desde la perspectiva de la acción comunitaria. La Alianza de Salud Comunitaria ha sido un paso importante, pero será preciso integrar otras disciplinas y entidades de otros sectores ajenos al sanitario. Es necesario profundizar con ellos en la búsqueda de glosarios comunes para la acción comunitaria: aprender a perder palabras para ganar otras que consigan que nos entendamos mejor; salir de los modelos teóricos a las prácticas y volver de nuevo a los marcos conceptuales para mejorarlos; y visibilizar acciones y procesos comunitarios que incluyan, entre otros, elementos nucleares sobre participación, equidad y evaluación. Por último, también es importante marcar hitos y avances sobre lo que ya hemos conseguido, y referenciarlos desde las buenas prácticas y desde la evidencia del impacto que están consiguiendo en mejorar el bienestar, fortalecer las comunidades y disminuir el impacto en ellas de las desigualdades sociales.

Contribuciones de autoría

La concepción y el diseño del trabajo de investigación de campo corresponde a C. Sobrino Armas, con la supervisión metodológica de M. Hernán y R. Cofiño en calidad de tutores de un trabajo de fin de máster. La escritura del artículo ha correspondido a C. Sobrino Armas, con importantes contribuciones intelectuales y críticas de M. Hernán y R. Cofiño. La redacción, la construcción y la aprobación de la versión final para su publicación ha corrido a cargo de los tres autores, que se responsabilizan de que todos los contenidos de este manuscrito han sido revisados y discutidos entre ellos, con la finalidad de que sean expuestos con la máxima precisión e integridad.

Agradecimientos

A todas las personas participantes en las entrevistas del trabajo de campo, por su tiempo, disponibilidad y valiosas reflexiones. A Miguel Prieto, Valentín Sánchez y la Unidad Docente de Atención Primaria de Asturias, por 10 años de trabajo en la formación de residentes en «salud comunitaria». A Sergio Minué por la inspiración para el título de este trabajo en homenaje a su querida obra de Carver. A varias referencias clave que no han podido aparecer en la bibliografía por falta de espacio. A todas las personas que trabajan para mejorar la salud de nuestras comunidades en Asturias, Andalucía y el resto de los territorios de nuestro entorno. Al equipo docente y alumnado del XXXII Master de SP y GS de la EASP por lo que comenzó con valiosos debates y acabó tomando forma en un trabajo de investigación sobre salud comunitaria.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- 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.
- 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.
- Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
- Morgan A. Revisiting the asset model: a clarification of ideas and terms. *Global Health Promot.* 2014;21:3–6.
- Azpeitia ME. La promoción de la salud: un reto, una utopía. *Comunidad.* 2014;14:2.
- Álvarez-Dardet C, Morgan A, Cantero M, et al. Improving the evidence base on public health assets — the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69:721–3.
- Azpeitia ME. Atención comunitaria: estado de la cuestión. *AMF.* 2017;13:302–3.
- 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.
- Benedé Azagra CB. Actividades comunitarias desarrolladas en la atención primaria de salud a través de los equipos de atención primaria de Aragón [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2016.
- Foro del Congreso Activos para la Salud Comunitaria. (Consultado el 25/6/2017.) Disponible en: <http://www.congresoactivosgrx.es/>
- Goodman RA, Bunnell R, Posner SF. What is community health? Examining the meaning of an evolving field in public health. *Prev Med.* 2014;67:558–61.
- Reunión de Expertos en Salud Comunitaria. «Definición de la Salud Comunitaria en el Siglo XXI». OPS, OMS, PAHO; 2017. (Consultado el 16/9/2017.) Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13486%3Acommunity-health-experts-meeting-defining-community-health-in-the-21st-century&catid=9318%3Ahealthy-life-course&Itemid=42391&lang=es
- Turabián JL, Pérez Franco B. Atención médica individual con orientación comunitaria. Atención contextualizada: la figura es el fondo. *Rev Clínica Electrónica en Atención Primaria.* 2008:1–5.
- Marchioni M. Planificación social y organización de la comunidad: alternativas avanzadas a la crisis. 7.a ed. Madrid: Popular; 2007. p. 160 p.
- Kretzmann J, McKnight JP. Assets-based community development. *Natl Civ Rev.* 1996;85:23–9.
- Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016;30:93–8.
- Segura J. «Comunitaria». Salud pública y otras dudas. 2018. (Consultado el 23/1/2018.) Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2018/01/06/editado-comunitaria-de-descarga-gratuita/>
- Gutiérrez Aguilar R. Horizontes comunitario-populares. Madrid: Traficantes de Sueños; 2017. p. 156 p.
- Iconoclastas. 2018. (Consultado el 5/4/2018.) Disponible en: <http://www.iconoclastas.net/quienes/>
- Ruiz-Jiménez JL, Domínguez Bidagor J. Reflexiones sobre «lo comunitario» en nuestro sistema sanitario. *Aten Primaria.* 2006;38:421–4.
- Sobrino Armas C. ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud comunitaria? Análisis temático sobre salud comunitaria. [Tesis]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2017.
- Krieger N. Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? *Am J Public Health.* 2008;98:221–30.
- Pérez-Jarauta MJ, Echaurren M, Ancizu E, et al. Manual de educación para la salud. Pamplona: Instituto de Salud Pública, Gobierno de Navarra; 2006.
- Aguiló Pastrana E. La metodología de los procesos correctores comunitarios (ProCC). *Rev Clínica Electrónica en Atención Primaria.* 2008:1–5.
- Abramson JH, Kark SL. Community oriented primary care: meaning and scope. *Community Oriented Prim Care New Dir Health Serv Deliv.* 1983; 21–59.
- Gofin J, Gofin R. Salud comunitaria global: principios, métodos y programas en el mundo. Barcelona: Elsevier; 2012. 270 p.
- Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, et al. Social medicine then and now: lessons from Latin America. *Am J Public Health.* 2001;91:1592–601.
- Marchioni M. Comunidad, participación y desarrollo. Madrid: Popular; 1999. p. 192 p.
- Carmona M, Rebollo O. Guia operativa d'acció comunitària. Barcelona: Institut de Govern i Polítiques Públiques (IGOP). Ajuntament de Barcelona. 2009.
- Montaner I, Foz G, Pasarín MI. La salud: ¿un asunto individual? *AMF.* 2012;8:374–82.
- Casado Vicente V. La historia de la medicina de familia en España (1978–2018). *AMF.* 2018;14:133–44.
- South J, coordinador. A guide to community-centred approaches for health and wellbeing. London: Public Health England; 2015.
- Irigoyen J. Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. *Comunidad.* 2004;7:73–9.
- Escartín P, López Ruiz V, Ruiz-Jiménez JL. La participación comunitaria en salud. *Comunidad.* 2015;17:16.
- Popay J, Whitehead M, Carr-Hill R, et al. The impact on health inequalities of approaches to community engagement in the New Deal for Communities regeneration initiative: a mixed-methods evaluation. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2015.