

- 1.1. Introducción: la salud como derecho humano universal
- 1.2. La salud: definiciones y evolución del concepto
- 1.3. Los determinantes sociales de la salud (Determinants of health)
- 1.4. ¿Qué entendemos por salud comunitaria?: definiciones y enfoques
- 1.5. ¿Qué es la Promoción de la Salud?
- 1.6. ¿Cómo incorporar la acción comunitaria en salud en un proyecto de Intervención Comunitaria?
- 1.7. Bibliografía

1

Salud comunitaria

Milagros Ramasco Gutiérrez
María Victoria Antón Nárdiz

Objetivos

- Desarrollar la evolución del concepto de salud como derecho humano universal.
- Describir los determinantes sociales de la salud.
- Identificar los fundamentos sobre los que se asienta el modelo de promoción de salud.

1.1. Introducción: la salud como derecho humano universal

Multitud de acuerdos, convenios y declaraciones internacionales y regionales han reconocido la salud como derecho humano. Así, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) en su artículo 25 consagra el derecho a la salud:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

Pero ¿en qué consiste el derecho a la salud? Este “no debe entenderse como un derecho a estar sano”. Según el Comité de los Derechos Económicos, sería muy difícil que los Estados “pudieran garantizar la buena salud, ni brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano [...] Los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona.”. “Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.”

Este derecho, está consagrado de manera extensa en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales:

“Los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a. La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños y niñas;
- b. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y el medio ambiente;
- c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas;
- d. La creación de las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”

El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las **libertades** figura la de toda persona a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica; la de no padecer injerencias; el estar libre de torturas o de padecer tratamientos médicos no consensuales. Entre los **derechos** figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud, dentro de un Estado pluralista, que impida las discriminaciones de todo tipo.

También nuestra Constitución se ocupa del derecho a la protección a la salud de

un modo directo y concreto en su art. 43, pero en otros muchos de sus preceptos hay referencias a la salud y a las acciones protectoras relativas a la misma. El art. 43, apartado 1º, ocupa un lugar preeminente al decir que *“se reconoce el derecho a la protección de la salud”*. En su apartado 2º dice que *“compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”*, añadiendo en su inciso segundo que *“la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respec-*

to”. En su apartado 3º, también compuesto por dos incisos, dice que *“los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte”* y que *“asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio”*.

Por su lado, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

1.2. La salud: definiciones y evolución del concepto

No es posible hablar de salud comunitaria, sin antes aclarar qué entendemos por salud, la relación salud-enfermedad y lo que se denomina salud pública.

Clásicamente la salud se ha definido en contraposición a la enfermedad. Así, salud es *“el estado del ser orgánico que ejerce normalmente todas las funciones”*, mientras enfermedad se refiere a la *“alteración más o menos grave de la salud”*.

En la antigüedad estar sano equivalía a poder desarrollar las actividades cotidianas. Alguien con capacidad para el trabajo y las relaciones familiares y sociales era considerada sana, aunque padeciese algunos de los procesos que hoy consideramos enfermedades. Se trataba de una noción sumamente pragmática que hacía compatible la definición de sano con el sufrimiento de algunas molestias, siempre que éstas no afectaran decisivamente a la actividad ordinaria.

Con el advenimiento de la medicina científica se generaliza la visión fisiologista, dominada por criterios negativos al considerar que la salud es la ausencia de enfermedad. Se buscaban lesiones subyacentes como causa de enfermedad. El es-

tado de salud se define negativamente como ausencia de una *“entidad morbosa”*, es decir, de una lesión orgánica o un trastorno funcional objetivables.

En la segunda mitad del pasado siglo comenzó a adoptarse una perspectiva de la salud que trascendía este binomio. En 1956, René Dubos expresó una concepción bidimensional de la salud, referida tanto al bienestar físico como mental: *“Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde, por elección, está ubicado”*. También en la década de 1950 Herbert Dunn aportó una descripción de la salud en la que incluía tres grandes aspectos de la misma: orgánico o físico, psicológico y social. Esta incorporación de la dimensión social fue adquiriendo un progresivo énfasis en los años sucesivos.

El máximo exponente de esta perspectiva amplia de la concepción de la salud, es la definición de la OMS recogida en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946 y concebida originalmente por Stampar

(1945): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”. Se trata de una definición que resultó sumamente innovadora, ya que abría las puertas a una concepción más subjetiva y menos “normativa” de entender la salud. Intenta incluir las cuestiones relevantes en la vida, al incorporar tres aspectos básicos del desarrollo humano: físico, mental y social. Además, busca una expresión en términos positivos, partiendo de un planteamiento optimista y exigente.

Una de las principales críticas que ha sufrido esta definición, es la de resultar excesivamente utópica y poco realista, al equiparar la salud con alguna noción de felicidad. Tampoco facilita la medición de la salud de acuerdo con los parámetros que emplea. Su subjetividad hace que la definición de la OMS no ofrezca criterios de medición para cuantificar la salud. Ciertamente, esta definición tiene una reducida capacidad operativa, ya que, por ejemplo, todo aquel afectado –incluso aunque no sea personalmente– por la tiranía, la injusticia, la desigualdad, o la marginación social, no puede ser incluido en la definición y debería ser etiquetado como insano.

Algunas voces críticas, como Milton Terris, cuestionaron este sentido absoluto de bienestar que incorpora la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y propusieron la eliminación de la palabra “completo” de la misma. En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Esta definición es utópica, pues se estima que sólo entre el 10% y el 25% de la población mundial se encontraría completamente sana.

En 1986, en la Carta de Ottawa, la OMS volvió a definir la salud como: “un recurso

para la vida cotidiana, no el objetivo de la vida en sí. Un concepto positivo que hace hincapié en los recursos personales, sociales y culturales además de en las capacidades físicas, no siendo la salud un estado abstracto, sino un medio para un fin que puede ser expresado de manera funcional como un recurso que permite a las personas llevar una vida individualmente, socialmente y económicamente productiva” (WHO, 1986). Es decir, la habilidad de un individuo de alcanzar su potencial y responder de manera positiva a los desafíos de su entorno. Esta amplia concepción tiene una implicación importante: todas las políticas e intervenciones (proyectos de desarrollo, por ejemplo) tienen que tener en cuenta que los cambios socioeconómicos tendrán un importante impacto sobre la salud y el bienestar individual y colectivo.

En el mismo espíritu de esa definición, la Carta de Ottawa define la salud como un derecho humano fundamental y menciona condiciones y recursos fundamentales para la salud: paz, refugio, educación, alimento, ingresos, ecosistema estable, recursos sostenibles, equidad¹ y justicia social. El reconocimiento de estos requisitos subraya las relaciones intrínsecas que existen entre las condiciones económicas y sociales, el medio ambiente físico, el estilo de

¹ Equidad en salud significa que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su *salud*, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios. Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el *estado de salud*. Las desigualdades en cuanto al *estado de salud* entre los individuos y las poblaciones son consecuencias inevitables de las diferencias genéticas, de diferentes condiciones sociales y económicas o de elecciones de un *estilo de vida personal*. La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. En tales casos, las desigualdades en cuanto al *estado de salud* surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida.

vida individual y la salud. Reconocer estos lazos es fundamental para entender la extensa definición de la salud. De este modo, la salud es un componente esencial de nuevos conceptos como la seguridad alimentaria, la seguridad y el desarrollo humano.

Existen otras relecturas de la definición de salud, como la que realiza L. Salleras Sanmartí en 1989, que la define como “El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social, y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad”.

Por otro lado, la enfermedad y la salud son conceptos muy ligados a cada cultura. Son el objeto de representaciones sociales en donde el cuerpo es sólo uno de los aspectos. La incidencia de enfermedades concretas varía entre sociedades y al interno de éstas, entre los grupos humanos, y las culturas interpretan y tratan las dolencias de formas diferentes. Las normas sobre cuerpos sanos y enfermos son construcciones culturales que varían en el tiempo y en el espacio².

Las nociones generales ignoran habitualmente la manera en la que nos diferenciamos como individuos, así como también la enorme diferencia en expectativas de salud que tenemos entre los diferentes grupos sociales. Por lo tanto, para tener una mayor comprensión de la prevalencia y la distribución de la salud y la enfermedad en una población, hace falta un enfo-

que integral que combine cuestiones sociológicas y antropológicas, además de las puramente biológicas y de conocimientos médicos sobre salud y enfermedad.

Ejemplo: Los cánones de belleza femenina y masculina han variado a lo largo del tiempo, el espacio y según las modas, condicionando la valoración de la imagen corporal. Una joven puede resultar bella, saludable y equilibrada en una cultura y, sin embargo en otra, con el mismo peso, puede representar un problema que afecte a su autoestima y derive en problemas de salud.

Reconociendo, por lo expuesto hasta aquí, la complejidad de la controversia, proponemos, entender la salud como una dimensión biológica y social del proceso vital, que se expresa en la forma como los individuos y los grupos experimentan, valoran y resuelven sus necesidades fundamentales.

Específicamente la salud se manifiesta en dos dimensiones inseparables: las condiciones materiales y sociales en que se da el proceso vital (dimensión objetiva del proceso salud-enfermedad), y la forma como las personas interpretan y valoran estas condiciones (dimensión subjetiva del proceso salud-enfermedad). En ambos casos, tanto las condiciones objetivas como las experiencias subjetivas que se relacionen con la salud, son el producto de aquellos procesos sociales usualmente inconscientes, donde vamos generando, interpretando y dando valor a la realidad cotidiana.

Nuestra interpretación y valoración del proceso vital no ocurren al azar ni de manera caprichosa; ambas son construcciones sociales, históricamente determinadas y profundamente relacionadas con el resto de ideologías y paradigmas predominantes en el grupo, que se van incorporando a nuestra manera de pensar y que han dado lugar a puntos de vista diferentes, algunos de ellos antagónicos e irreconciliables.

² Existen muchas novelas que ilustran esta afirmación mostrando cómo diferentes civilizaciones y sociedades enfrentaron, a lo largo de la historia de la humanidad, la supervivencia, estableciendo determinada organización, roles y jerarquías, tratando los problemas de salud con métodos y terapéuticas naturales y desarrollando conocimientos al respecto. En los años 80 tuvo mucho éxito la colección; “El Clan del oso cavernario” de la autora norteamericana Jean M. Auel, apasionada aventura de la época prehistórica que reconstruye la forma de vida, costumbres, normas, etc., de diferentes clanes.

Ejemplo: Una cantante, diagnosticada de cáncer de mama por segunda vez, afirma que no se siente enferma y que los

grandes problemas suelen ayudar a aflorar una fortaleza que no sabía que poseía.

1.3. Los determinantes sociales de la salud (Determinants of health)

Tener una visión integral de la salud, supone considerar la influencia de los determinantes sociales en la salud, es decir, el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que condicionan y determinan el estado de salud y el bienestar individual y colectivo de una comunidad.

El imperativo de actuar sobre los determinantes sociales ha llevado al desarrollo de marcos conceptuales para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, para así identificar los puntos de entrada de las intervenciones. La revisión de los modelos planteados y su evolución, ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud.

Uno de los primeros y más influyentes fue el **modelo de Lalonde y Laframboise** (1974), el cual supuso un marco conceptual comprehensivo por su carácter integrador, y tuvo repercusión internacional en las políticas de salud pública para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria. Según este modelo, los factores condicionantes de la salud en la población se ubican en cuatro grandes dimensiones de la realidad denominadas “campos de la salud”: los estilos de vida, el medio ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención³.

Este mismo autor destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes.

El modelo de los “campos de la salud” puso de manifiesto, en el plano de las políticas nacionales de salud y no sólo en el académico, los siguientes postulados fundamentales:

- La importancia de considerar una visión más holística o integral de la salud pública.
- Que la forma como se organizan o se dejan de organizar los sistemas de salud es, en sí misma, un elemento clave para la presencia o ausencia de enfermedad en la población.
- Que la prestación de servicios de atención de salud y la inversión en tecnología y tratamiento médicos no son suficientes para mejorar las condiciones de salud en la población.
- Que los múltiples factores que determinan el estado de salud y la enfermedad en la población trascienden la esfera individual y se proyectan al colectivo social.

Ejemplo. La calidad de vida de los ancianos en una comunidad depende en gran parte de la concepción que se tengan de esta etapa. Frecuentemente, tanto familia como profesionales de la salud, consideran normal que estas personas pierdan movilidad, interés por salir o relacionarse, falta de apetito, etc., por su edad, cuando las razones que hay tras estas situaciones

³ CANADA. Department of National Health and Welfare. A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document. 1981. Ed. Ottawa: Information Canada. 1974.

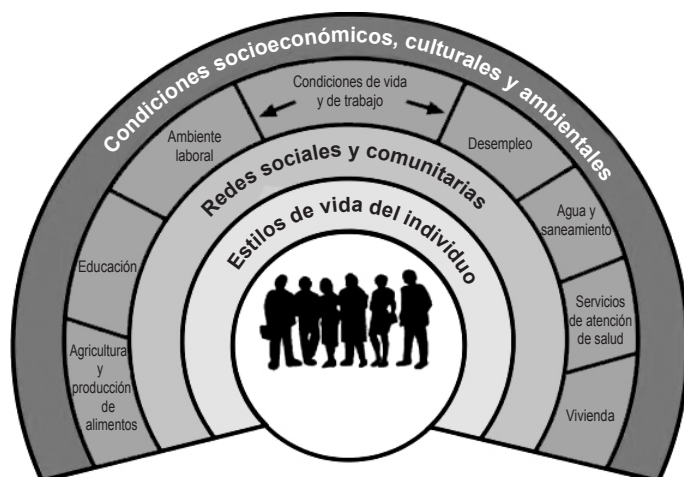


FIGURA 1. Modelo de capas de Dahlgren y Whitehead.

pueden tener que ver con problemas muy concretos (necesidad de adaptar la dentadura para que no moleste al masticar, problemas de callos o uñas encarnadas, ajuste adecuado de la medicación). Una vez resueltos estos problemas la persona poco a poco recupera la actividad y mejora potencialmente su estado.

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, en particular las condiciones sociales, quedan diagramadas en el modelo planteado por Dahlgren y Whitehead⁴ y adoptado por Acheson en su influyente informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña⁵. Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia (figura 1).

En el centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son modificables. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de

modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud. Pero los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos; hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables.

Ejemplo: Una mujer activa, de cuarenta y tres años con asma bronquial, vive en un quinto piso sin ascensor. La dificultad para salir a la calle le lleva a perder un trabajo con las consecuencias de empobrecimiento, aislamiento y síntomas depresivos. Los vecinos sensibles a su problemática, deciden solicitar y lo consiguen, las ayudas necesarias para que se instale un ascensor en la vivienda.

Los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores mencionados:

⁴ DAHLGREN G, WHITEHEAD M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991.

⁵ ACHESON, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. 1998.

- Los comportamientos y estilos de vida individuales: en ocasiones entendidos tan solo como derivados de la responsabilidad individual, de decisiones y opciones adoptadas a través del libre arbitrio de las personas (por ejemplo, fumar, beber, la forma de conducir, tomar o no protección frente a riesgos laborales), aunque en realidad han de ser considerados como parte de los determinantes sociales de salud, ya que tales opciones están fuertemente condicionadas por ellos a través de la legislación, la información, la propaganda, la presión de los pares, las posibilidades de acceso a alimentación saludable, espacios de recreación, etc.

Ejemplo: No cabe duda de la relevancia de la legislación y las normativas en materia de salud pública (prevención de accidentes, violencia de género, medidas sanitarias frente al tabaquismo, contaminación, eliminación de residuos).

- La influencia de las redes comunitarias y de apoyo social: el nivel de cohesión social dentro del barrio, en la calle, o en el bloque, es fundamental para la salud.

Ejemplo: El ayuntamiento de un barrio obrero, facilita espacios a grupos de mujeres para actividades diversas, yoga, cocina y talleres de habilidades manuales, sin coste alguno ya que son autosuficientes. Estos espacios suponen un lugar de encuentro para compartir problemas, salir del aislamiento de su casa y divertirse, todo lo cual ha contribuido a la reducción de las visitas al centro de salud.

- El desgaste del “capital social”; de las relaciones de solidaridad y confianza entre personas y grupos es un importante mecanismo a través del cual las inequidades de renta impactan negativamente sobre la salud. No son las sociedades más ricas las que poseen

mejores niveles de salud, sino las que son más igualitarias y con alta cohesión social. Como muestran algunos estudios⁶, dedicarse a labores de voluntariado incluso en condiciones muy adversas, puede mejorar la salud.

- Las condiciones de la vida y del trabajo (empleo y renta), acceso a los alimentos y a ambiente y servicios esenciales: salud, educación, viviendas adecuadas, red de transportes, ambiente saludable.
- Las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales: en el último nivel están situados los macrodeterminantes relacionados con las condiciones políticas, económicas, culturales y ambientales generales de la sociedad en la que está inserta la comunidad, y que poseen influencia sobre las demás capas. Ejemplo: el gasto público dirigido a mejorar las viviendas, la accesibilidad para las personas ancianas y con minusvalías, financiar los cambios en calderas, repercute directamente en la salud, mientras que otros proyectos (rehabilitación de edificios públicos, ampliación de zonas macro comerciales, construcción de campos de golf) en ocasiones, no tienen repercusiones tangibles en la calidad de vida de la colectividad.

Construyendo sobre los modelos anteriores, intentando aclarar aún más los

⁶ El voluntariado tiene un importante beneficio para los individuos, incluso para su salud. La revista *The New England Journal Of Medicine*, en un estudio sobre los efectos en la población del atentado a las torres gemelas afirma que cuatro de cada diez estadounidenses reaccionaron a la tragedia ofreciéndose como voluntarios y esto les sirvió para superar esos momentos de gran dramatismo. Luis Rojas Marcos cree que el voluntariado es un medio adecuado para comunicarse y convivir y esto alivia los efectos nocivos de muchas calamidades, estimula la autoestima, nos hace sentirnos bien con nosotros mismos y se disminuye la ansiedad (Rojas, 2001).

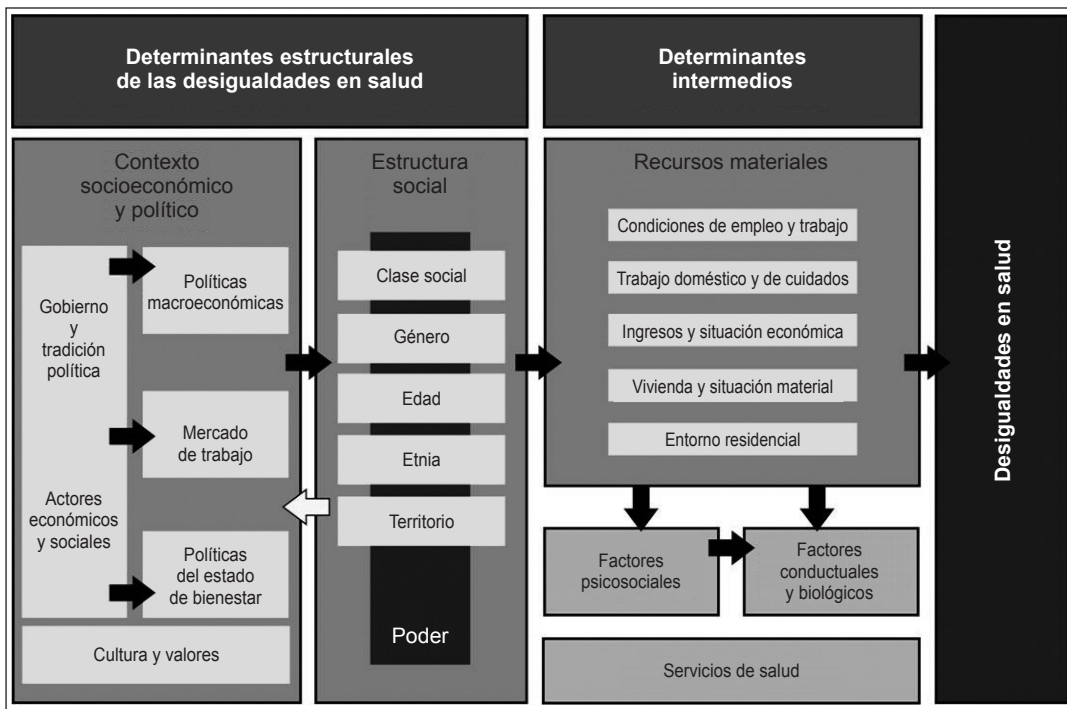


FIGURA 2. Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España 2010. Basado en Solar e Irwin y Nava.

mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan inequidades en salud, y desvelando la relación entre los principales determinantes, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud plantea un marco conceptual para actuar sobre ellos^{7,8}. Este marco traza el camino a partir del cual, el contexto social y político, incluyendo las instituciones políticas y los procesos económicos, da origen a posiciones socioeconómicas desiguales. Esta estratificación de los grupos sociales por ingreso, educación, ocupación, género y otros factores, lleva a la

creación de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo. Ejemplo: Los efectos de los medicamentos, tanto en términos de eficacia como de seguridad, pueden no ser iguales en hombres y mujeres. Si en los estudios que se realizan participan más hombres que mujeres no controlando el sesgo, como a menudo ha ocurrido, tendremos dificultades en extrapolar esos datos al conjunto de la población (figura 2).

Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados determinantes estructurales de inequidades en salud. Son estos mecanismos los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos.

Siguiendo la reflexión acerca de los modelos comentados sobre la influencia de los determinantes sociales en la salud y,

⁷ SECRETARIAT Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.

⁸ Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España 2010. Basado en Solar e Irwin y Navarro.

según se señala en el texto de la futura Ley General de Salud Pública:

“Los servicios sanitarios mediante cuidados de calidad consiguen evitar los perjuicios de las enfermedades, en ocasiones permiten que se recobre la salud perdida y mejoran la calidad de vida de los enfermos, pero no es el dispositivo sanitario el principal condicionante de nuestro nivel de salud. Aunque la asistencia sanitaria pueda implantar alguna acción preventiva, la salud se gana y se pierde en otros terrenos: antes del nacimiento pueden producirse exposiciones que de forma indeleble determinen la salud futura, y desde el nacimiento hasta la muerte se van acumulando experiencias vitales positivas o negativas que perfilan nuestra salud. El entorno familiar, la educación, los bienes materiales, las desigualdades sociales y económicas, el acceso al trabajo y su calidad, el diseño y los servicios de nuestras ciudades o barrios, el aire que respiramos, el agua que bebemos, los alimentos que comemos, el entorno social en el que nos desenvolvemos, todo ello y mucho más determina nuestra salud. Prácticamente todas las acciones de gobierno, a cualquier nivel, todas las intervenciones públicas o privadas tienen en mayor o menor grado repercusiones sobre la salud. De ahí que el enfoque de la salud pública actual se dirija a conformar acciones que rebasan el ámbito de los servicios sanitarios y requieren nuevas formas de organización.”

Dever, en un estudio clásico realizado en 1976 que mantiene vigencia estimó la contribución potencial de los diversos determinantes de la salud, a la reducción de la mortalidad en relación a la inversión de los recursos en Estados Unidos de América. El estudio mostraba que tanto la biología como el entorno y, especialmente el estilo de vida tenían mayor impacto y, sin embargo se gastaba más en el sistema sanitario (hasta un 90% de los recursos).

Los sistemas de salud de los países desarrollados han realizado un notable esfuerzo al dedicar importantes recursos al diagnóstico y tratamiento de enfermedades, fundamentalmente procesos agudos. Las medidas

de salud pública iniciadas ya en el siglo pasado (mejora y control de la calidad del agua, de los alimentos, los residuos, la contaminación atmosférica) han logrado mejoras fundamentales para la salud de la población en los países desarrollados. La implantación de los planes de vacunación ha contribuido a disminuir la morbimortalidad. Sin embargo, las enfermedades crónicas vinculadas a los hábitos de salud de los individuos y a factores de riesgo, presentan todavía una prevalencia preocupante.

Tanto a nivel nacional como internacional, desde organismos como la Unión Europea y la OMS, se considera prioritario incluir *“la salud en todas las políticas”*, basado en el siguiente principio: la salud está influenciada en gran medida por los estilos de vida y las condiciones del medio ambiente, en consecuencia, las decisiones que influyen en la salud de las personas no sólo conciernen a los servicios sanitarios, sino a muchos otros ámbitos de la política. En este sentido es fundamental la inclusión de estrategias saludables globales, como por ejemplo:

- En los proyectos educativos escolares (salubridad del medio escolar, cuidado de la dieta, de las relaciones de los escolares en el patio, inclusión efectiva de la educación en valores como la autoestima, capacidad para resolver conflictos, solidaridad o respeto a la diversidad).
- En las políticas dirigidas a hacer efectiva la igualdad de género; ley de conciliación familiar, ley de dependencia, ley contra la violencia de género, etc.
- En los proyectos urbanísticos, inclusión de medidas y recursos para la convivencia, la mejora del medio ambiente y la lucha contra la contaminación.

Para ello será necesaria una colaboración intersectorial intensiva entre los diferentes

organismos y sectores implicados (ayuntamientos; concejalías de salud, urbanismo, educación, cultura. Institución escolar; claustro de profesores, AMPAs (asociaciones de madres y padres de alumnos). Institución sanitaria; centros de salud, red de salud mental, hospitales o servicios de salud pública. Asociaciones y entidades ciudadanas, ONG, grupos de ayuda mutua, etcétera.

El sistema nacional de salud español, goza de un alto nivel de reconocimiento y

valoración por parte de los ciudadanos, ahora bien, tal como diferentes informes han señalado⁹, para responder a los retos de la sociedad del siglo XXI, no basta con construir más hospitales, realizar más pruebas diagnósticas, adquirir nuevas tecnologías y/o recetar más, sino que habrá que actuar sobre los auténticos *determinantes de la salud* que juegan un papel fundamental en el estado de salud de la población.

1.4. ¿Qué entendemos por salud comunitaria?: definiciones y enfoques

La salud comunitaria hace referencia al movimiento ideológico iniciado en Europa y Estados Unidos a mediados del siglo pasado, en Québec (70') y que tuvo en la práctica un desarrollo diferencial según los países. Este movimiento surgió como respuesta a:

- El reconocimiento de la existencia de problemas de salud colectivos que no podían ser abordados desde la óptica individual y biologicista. Por ejemplo, la obesidad en la infancia y su relación con el cambio de ritmos, roles y dieta familiar.
- El cambio en el perfil epidemiológico de las sociedades avanzadas con el paso a primer plano de las enfermedades crónico-degenerativas, los tumores, los accidentes, las violencias; problemáticas multicausales, ligadas a los "estilos de vida".
- Importancia del apoyo social. La vulnerabilidad social y psicológica constituyen elementos centrales para comprender la causalidad de determinadas enfermedades, así lo evidencia la si-

tuación de salud de la población residente en asentamientos marginales, guetos o barrios deteriorados.

- Crisis económica e ineficacia del sistema asistencial basado en la atención especializada, asistencialista/curativa y la medicalización. Por ejemplo, la medicalización y la infravaloración del relato del paciente frente a las pruebas diagnósticas: "usted no tiene nada en los análisis", limita la capacidad de valorar la salud de manera integral, de relacionar los síntomas con el contexto para encontrar sentido al malestar.

Los fundamentos en los que se basa la Salud Comunitaria son:

- *Atención integral* (concepto holístico), próxima y continuada y con énfasis en la Promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- *Métodos e instrumentos para la planificación* con punto de partida en el diagnóstico de salud comunitario participativo, y la evaluación de las necesidades de salud expresadas por la población. La participación de la población en la definición del estado de salud como indispensable.

⁹ Informe SESPAS 2010 (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria).

- *Trabajo en equipo multidisciplinar e intersectorial.* Se trata de coordinar el Centro de Salud, el Hospital, la Residencia de Ancianos así como el resto de instituciones comunitarias, escuela, asociaciones, ONG, cuyos modelos conceptuales y prácticas contribuyen a enriquecer la visión sobre la salud.
- *Descentralización de los recursos materiales y humanos y coordinación e integración funcional de los diferentes niveles del sistema de salud.*
- *Asegurar adecuación entre necesidades de salud (sentidas) y los recursos disponibles.*

1.5. ¿Qué es la Promoción de la Salud?

Hemos señalado que algunos de los fundamentos en los que se basa la salud comunitaria es el énfasis en las acciones de Promoción de la Salud. Esta trata fundamentalmente de la acción y la abogacía destinada a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un

claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud.

Entendemos, por tanto, la Promoción de la Salud como el proceso político y social global dirigido a que las personas incrementen su control sobre los determinantes de la salud. Abarca tanto las acciones dirigidas a fortalecer habilidades y capacidades de los individuos y grupos, como las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, a fin de mitigar su impacto en la salud pública. La participación es esencial para sostener la acción en materia de Promoción de la Salud.

1.6. ¿Cómo incorporar la acción comunitaria en salud en un proyecto de Intervención Comunitaria?

La **Carta de Ottawa** identifica tres estrategias básicas para la Promoción de la Salud. Éstas son la *abogacía* por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas; *facilitar* que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y *mediar* a favor de la salud entre los distintos intere-

ses encontrados en la sociedad. Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acciones prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud:

- Establecer una *política pública saludable*.
- Crear *entornos que apoyen la salud*.

- Fortalecer la *acción comunitaria para la salud*.
- Desarrollar las *habilidades personales*.
- Reorientar los servicios sanitarios.

Además, existe una evidencia clara de que:

- Los enfoques globales para el desarrollo de la salud que utilizan combinaciones de estas cinco estrategias son más eficaces que los enfoques de una sola vía.
- Los *escenarios para la salud* ofrecen oportunidades prácticas para la aplicación de estrategias globales.
- La participación es esencial para sostener los esfuerzos. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces. La *alfabetización sanitaria/aprendizaje sanitario* fomenta la participación. El acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva al igual que el *empoderamiento* de las personas y las comunidades.

Los escenarios para la salud (*settings for health*) hacen referencia al lugar o contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar. Un escenario es también el lugar donde las personas usan y moldean activamente el entorno, creando o resolviendo problemas relacionados con la salud. Los escenarios normalmente pueden identificarse por tener unos límites físicos, una serie de personas con papeles definidos, y una estructura organizativa.

Las acciones para promover la salud a través de distintos escenarios, pueden adoptar muchas formas diferentes, que a menudo consisten en algún tipo de modi-

ficación organizativa, incluido el cambio del entorno físico, de la estructura de la organización, de la administración y de la gestión. Los escenarios también se pueden utilizar para promover la salud llegando a las personas que trabajan en ellos, usándolos para acceder a los servicios, y haciendo que interactúen con la comunidad. Como ejemplos de escenarios se pueden citar los centros de enseñanza, los lugares de trabajo, los hospitales, las poblaciones y las ciudades.

La **Declaración de Yakarta** identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

- Promover la *responsabilidad social para la salud*.
- Incrementar las *inversiones para el desarrollo de la salud*.
- Expandir la *colaboración para la promoción de la salud*.
- Incrementar la *capacidad de la comunidad* y el *empoderamiento de los individuos*.
- Garantizar una *infraestructura para la promoción de la salud*.

Una idea central en un proceso de intervención en salud comunitaria es apoyar el desarrollo de la comunidad, en este sentido, el **empoderamiento** para la salud se entiende como el proceso social, cultural, psicológico o político, mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.

El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

Es importante diferenciar entre acciones de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad puesto que, aunque se trata de áreas de intervención que están muy interrelacionadas, el énfasis varía respecto a los objetivos que en un caso u otro se persiguen, la población diana a la que van dirigidas y los modelos y estrategias que utilizan para su implementación. En este sentido:

- Las acciones de Promoción de la Salud tienen como meta potenciar la salud, persiguen actuar sobre los determinantes sociales creando opciones saludables y, por lo general, se dirigen al conjunto de la población y/o a grupos específicos, teniendo en cuenta sus características biológicas, sociales y culturales y los contextos de referencia (jóvenes/adolescentes, amas de casa, escolares...). Por su lado, las acciones de Prevención de la enfermedad tienen como finalidad evitar la enfermedad, en este sentido tienden a reducir los factores de riesgo y a proteger individuos o grupos que se considera están o pueden estar expuestos a dichos factores de riesgo, por tanto se dirigen a esas personas/ grupos específicos o a enfermos que tienen ya algunos síntomas.
- Los modelos de implantación y las estrategias también difieren de mane-

ra sustancial, en el caso de la Promoción de la Salud y en consonancia con sus objetivos, se trata de modelos que incorporan la acción e influencia en las políticas de Salud, medioambientales, económicas, etc., y sus estrategias incluyen la información, la educación, la comunicación y la participación social. En el caso de las acciones de Prevención de la Enfermedad, se basan en modelos clásicos de la Salud Pública y de la Medicina Preventiva donde la epidemiología es la herramienta básica, por lo que sus estrategias pasan por los *screening* poblacionales, el diagnóstico precoz, los tratamientos y la rehabilitación. Si bien hay que señalar que en el caso de las acciones de Prevención primaria, las estrategias de intervenciones se asemejan bastante.

De acuerdo a lo planteado, la acción comunitaria para la salud desde la perspectiva ciudadana intercultural implica la contribución y el esfuerzo coordinado de recursos, instituciones y agentes sociales, aplicando métodos y estrategias orientados a incrementar el control de la comunidad sobre sus determinantes de salud, con el fin de mejorar las oportunidades de alcanzar el mayor nivel de salud posible, de manera participativa, equitativa y teniendo en cuenta la diversidad.

1.7. Bibliografía

Artazcoz, L., Oliva, J., Escribà-Agüir V. y Zurriag, O. (Editores). *Informe SESPAS 2010: La Salud Pública en la sociedad española: Hacia la salud en todas las políticas*. Gac Sanit. 2010;24(Supl.1). Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. Dirección

General de Salud Pública y Sanidad Exterior. *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.

Gérvás J. *Atención Primaria de salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma*. Rev. Bras. Epidemiol. 2004;7(3).

Organización Mundial de la Salud. *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Serie publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1. OMS: 2002. Disponible en: www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionSpanish.pdf.

Promoción de la Salud. *Glosario*. OMS: 1998.

Solar, O. e Irwin, A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. April 2007.

Whitehead, M. y Dahlgren, G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health*. Levelling up (part 1). En: World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health. N° 2. Denmark: WHO; 2006.