

Javier Segura del Pozo

Salud Comunitaria: Qué es y qué no es



Ediciones “Salud Pública y otras dudas”
<https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com>



Salud Comunitaria: qué es y qué no es



Ediciones “Salud Pública y otras dudas”

<http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>

Enero de 2023

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento No Comercial 2.5 España !

Citación recomendada:

Segura del Pozo, Javier. *Salud Comunitaria: qué es y que no es*. Ediciones Salud Pública y otras dudas (<http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>). Tres Cantos, 2023

Foto de la portada: *Arolario, 2018, Juan Genovés (1930-2020alud), giclée intervenida a mano, 74 x 100 cm*

Dedicado a los y las profesionales de los Centros Municipales de Salud Comunitaria de Madrid y del equipo de dirección de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid), con los que a lo largo de casi 12 años (2008-2019), aprendí casi todo lo que sé de salud comunitaria, especialmente lo que no estaba en los libros. También a las personas de fuera de esta institución que se acercaron a nosotros para desarrollar sus ideas y métodos innovadores, crear juntos nuevos proyectos comunitarios y enriquecer nuestro conocimiento sobre la salud comunitaria.

INDICE

1. Prólogo	7
2. Introducción: polisemia y conflicto	9
3. Un intento de definición	15
4. Deconstruyendo la salud comunitaria en once piezas	20
5. Participación comunitaria: la prueba del algodón	32
6. Modelos de participación comunitaria	42
7. Por dónde empezar sin desanimarse	49
8. Sí se puede: diez ejemplos	52

1. Prólogo

Resumir lo que entiendo por salud comunitaria en un texto de extensión acotada y hacerlo con la suficiente claridad para personas que se inician en el oficio del cuidado de la salud colectiva, es todo un reto, que solo afrontas cuando alguien te lo pide. Las ideas están ahí como fruto de muchos años de práctica profesional y de reflexiones sobre la misma. Pero sintetizarlas y expresarlas ordenadamente, seleccionar el grano de la paja, no ser repetitivo sino original, aportando elementos prácticos que a mí me hubiera gustado que me contaran cuando me inicié en este mundo salubrista y comunitario, no es nada fácil.

Escribí este texto en el verano de 2021, unos meses después de jubilarme, por encargo de la Cátedra de Promoción de la Salud de la Universidad de Girona, dirigida por Dolors Juvinya. Iba a ser un capítulo de un libro pendiente de publicar (Juvinya D; Reig G; Baltasar A; Romero A (editores). "Atención Primaria y Salud Comunitaria". Documenta universitaria, Girona). El capítulo se iba a titular "Salud Comunitaria" y debía tener estos cuatro epígrafes: introducción, principios y valores, participación comunitaria, programas de salud comunitaria. Las más probables destinatarias iban a ser las alumnas de enfermería de la Universidad de Girona. Ante el atraso en su edición, me animé, con permiso de Dolors, a compartirlo en mi blog "Salud Pública y otras dudas", en forma de nueve entregas que vieron la luz (de finales de agosto a octubre de 2022) con el título "Introducción a la Salud Comunitaria".

Hace unos meses, Amaia Bacigalupe del grupo de investigación OPIK de la Universidad del País Vasco, me pidió dar la conferencia inaugural del Master de Promoción de la Salud y Salud Comunitaria que dirige, centrándome en el contenido de este texto. Ahora bien, sugirió un título con más gancho: "Salud comunitaria: ¿qué es y qué no es?". Con ese afán de atracción al posible lector, lo he usado en este libro.

Sin embargo, debo matizar que no pretendo sentar cátedra de lo que es o no es la salud comunitaria. De hecho, verán ustedes que considero que la polisemia es una de las características del término, bajo el que se refugia una amplia variedad de enfoques y prácticas. Esta heterogeneidad puede ser problemática de cara a la comunicación (de qué estamos hablando), pero a la vez ser interesante: propia de la frescura, complejidad y rebeldía de lo comunitario frente a intenciones de institucionalizarlo académicamente, estableciendo patrones canónicos o simplificaciones. Por eso, el título correcto debería ser: "Salud comunitaria: qué es y qué no es (para mí)". Es decir, el texto expresa qué es lo que yo entiendo por Salud Comunitaria, basado en mi práctica y mi enfoque. Y definir qué perspectivas y prácticas, que a veces llevan el título de *Salud Comunitaria*, para mí no cumplen los criterios que yo sigo o entiendo como tal, aunque sin ningún ánimo de desvalorizarlas.

Intento pues responder a preguntas como: ¿Cómo definimos el trabajo comunitario? ¿Qué es y qué no es "comunitario"? ¿Es todo aquello que no es ni individual, ni grupal?

¿"Comunitario" es lo que se hace fuera del centro de salud u hospital? ¿Hay actividades individuales que pueden considerarse comunitarias? ¿Una charla es un actividad comunitaria? ¿Hay actividades fuera del centro de salud que no se pueden considerar como comunitarias? ¿Cuándo se puede considerar una actividad grupal como comunitaria? ¿Cuándo se realiza fuera del centro de salud? ¿Hay acción comunitaria sin un proceso participativo vecinal asociado? ¿Qué entendemos por participación cuando "hacemos" salud comunitaria?

Por otra parte, bajo mi experiencia, es frecuente que se impartan elementos teóricos sobre la salud comunitaria, sin que el alumnado conozca ejemplos de proyectos y programas de salud comunitaria, ajenos al contexto de la atención a la demanda asistencial. La existencia de pocos ámbitos o dispositivos especializados en salud comunitaria donde se puedan realizar prácticas docentes, dificulta que el alumnado, tanto de las ciencias de la salud como de las ciencias sociales, tenga un imaginario de lo que sería "trabajar" la salud comunitaria. Especialmente "sin la bata puesta": fuera de los pasillos hospitalarios o las consultas clínicas de los centros de salud. ¿Cómo trabajo "en la calle"? ¿Por dónde empiezo?

La falta de este imaginario favorece que se arrincone frecuentemente a la salud comunitaria en el terreno de lo bello, pero utópico, o bien se considere más propio del activismo socio-político que de la actividad profesional. La dificultad de estar implicado en procesos de participación comunitaria desde el trabajo institucional, así como el déficit de herramientas metodológicas cuando se abre la oportunidad para unirse a estos procesos, son algunas de las barreras principales y motivos de esa "utopización". Por ello, consideré importante introducir ejemplos claros de métodos y prácticas de salud comunitaria, relacionados con mi vida profesional, algunas de las cuales siguen vigentes. Otras ya no. De nuevo, es instalarnos en el animoso, esperanzador y fructífero "¡Sí, se puede!".

Lo que siempre me ha resultado más difícil en este tipo de discursos o textos es encontrar el punto medio entre evitar la banalización de la salud comunitaria (desmontar el "cualquiera pueda hacer actividades comunitaria", sin necesidad de conocimientos especiales, ni metodologías específicas), pero a la vez animar a la acción comunitaria en cualquier contexto profesional (desmontar la idea de que solo es propio de determinados profesionales y/o en condiciones sociales, políticas e institucionales muy especiales). Otro punto medio difícil: cómo advertir del carácter conflictivo y difícil del trabajo comunitario, sin desanimar de su práctica.

Espero haberlo conseguido un poco y que les sea de utilidad a quienes se acerquen al campo de la salud comunitaria. Agradecería a los y las más veteranas en esta práctica cualquier comentario para mejorar futuras versiones. Tal como en su día hicieron Fernando Fantova, Angela María Guerra Cordero, Ana María Martínez, Elena Aguiló Pastrana y Pilar Serrano Gallardo. A quienes quiero agradecer de nuevo la revisión crítica del texto y las valiosas aportaciones que hicieron.

2. Introducción: polisemia y conflicto

Un término polisémico

La salud comunitaria es un concepto, una orientación, un área de trabajo y un modo de acción, dentro de la salud colectiva, que es escurridizo y polisémico, pues se ha utilizado para denotar ideas y prácticas muy diversas. Desde la simple práctica clínica con una mirada contextualizada sobre el vecindario y las condiciones de vida del paciente, hasta los complejos proyectos de desarrollo comunitario de base participativa, orientados a la mejora de la salud de un territorio.



Metamorphosis II (1940) de Maurits Cornelius Escher (1898-1972)

Como veremos, la propia historia del término aboca a la confusión. Muchos textos sitúan su origen en la Conferencia de Alma Ata de 1978 que enunció el concepto de atención primaria de salud (APS)^[1], por lo que frecuentemente esta no se discrimina de la salud comunitaria. Tampoco de la promoción de la salud, que igualmente invoca la mayoría de los principios y enfoques de la salud comunitaria. Sin embargo, la realidad es que el término fue enunciando y usado muchas décadas antes de 1978 o 1986 (Carta de Ottawa de promoción de la salud^[2]).

A veces, la salud comunitaria era un mero sinónimo de salud pública, higiene social o medicina social. Otras fue usada para nombrar a la atención sanitaria de base territorial, vecinal o incluso, simplemente: “extrahospitalaria”. Sin embargo, a partir de la década de 1940’ se fueron incorporando a las acciones de mejora de la salud colectiva, ciertos conceptos y métodos de la sociología y del trabajo social (organización comunitaria), del desarrollo económico y la cooperación internacional (desarrollo comunitario), de la

pedagogía social (educación comunitaria; pedagogía crítica o emancipadora) o de ciertos movimientos políticos que reivindicaba una mayor participación social y el derecho a la salud, como parte de los derechos humanos.

Este déficit en la formación histórica sobre la genealogía del término y de su uso, dificulta que el alumnado de las ciencias de la salud que se acerca al concepto de salud comunitaria, pueda tener el conocimiento suficiente sobre los contextos sociales, políticos e históricos en los que ha ido apareciendo. Ni de las razones por las que a cada periodo de auge, le ha seguido un periodo de declive, como consecuencia de las reacciones de resistencia y oposición que provocan algunas de estas acciones comunitarias en ciertos actores profesionales, sociales y políticos que tienen un concepto muy diferente de las prácticas de salud.

Un campo de acción conflictivo

Por ello, adelantamos, que la salud comunitaria es un enfoque y campo de acción conflictivos, en la medida que busca el cambio social para mejorar la salud; por lo que, bien ejercida, acaba impugnando el *statu quo* del reparto de la riqueza y el poder en un territorio. O mejor dicho, busca el cambio de los determinantes sociales de la salud, que previamente ha identificado en la fase de análisis, y reducir la brecha de las desigualdades en salud.

Con esto no queremos decir, que el o la que se dedique a la salud comunitaria tenga que ser una revolucionaria, sino que tiene que estar preparada para bregar con el conflicto social, y que probablemente (como en cualquier practica de salud, pero aquí más) tenga que poner en juego sus valores ideológicos sobre la igualdad y la equidad.

Aunque, como hemos dicho antes, también se denominan como salud comunitaria las prácticas clínicas que se limitan a conocer alguna información del contexto social del paciente para modular el diagnóstico o el tratamiento clínico, sin considerar que sea de su incumbencia intervenir sobre este contexto.

Asimismo, se bautiza a veces como salud comunitaria a la provisión de servicios de salud pública orientados a las personas que viven en un territorio, organizados en programas de prevención de enfermedades (tuberculosis, malaria, ETS, cáncer, obesidad, etc) o de protección de la salud de grupos vulnerables (embarazadas, mujeres, infancia, escolares, etc.). Muchos de estos programas y actividades tienen un débil componente participativo, se limitan a dar servicios estandarizados y protocolizados (vacunación, exámenes de salud, derivaciones, consejos sanitarios) y apenas impugnan el contexto social de los problemas de salud que quieren prevenir.

La noción de comunidad

Tampoco es extraña esta polisemia, pues las dos palabras que la conforman, salud y comunidad, son igualmente de difícil acotamiento y precisión definitoria. En eso, precisamente, está su atractivo. No obstante, intentaremos acercarnos a una definición operativa, aunque siempre con la conciencia que no saturaremos nunca, ni atraparemos todos sus posibles campos semánticos.

Podríamos hacerlo a partir del concepto de salud y del concepto de comunidad. El primero, ya se ha desarrollado en otros capítulos, por lo que no vamos a detenernos

aquí. Nos remitimos a la definición de salud que contiene el primer punto de la declaración de Alma Ata^[3]. Respecto al concepto de comunidad, remitimos a varios artículos^{[4] [5]}, pero a efectos de síntesis diremos que la mayoría coincide en que la comunidad es un conjunto de personas que habitan un territorio, donde se desarrollan relaciones, vínculos sociales y conductas, determinadas por pautas culturales, valores sociopolíticos y condiciones de vida, que pueden acabar generando un sentimiento de pertenencia (sentimiento de comunidad) y que tienen una importante implicación para el bienestar y la salud de esas personas.

La definición de comunidad que figura en el glosario de promoción de la salud de la OMS^[6], es muy similar:

«Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas».

Es decir, la definición de comunidad tiene elementos sociológicos (relaciones sociales, organización social), antropológicos (culturales, usos y costumbres), psicológicos (sentimiento de pertenencia, emociones asociadas al espacio), geográficos (el territorio^[7]), urbanísticos (las infraestructuras presentes), ecológicos (interrelaciones de los seres vivos con el medio que habitan), históricos (la historia de ese territorio y sus gentes) y políticos (relaciones de poder y distribución de la riqueza, condiciones de vida).

La salud comunitaria busca analizar colectivamente todos estos elementos, asociarlos a los riesgos y problemas de salud prevalentes, identificar (entre estos elementos constitutivos) aquellos que son o pueden ser activos en salud, y convertir este conocimiento en dinámicas, estrategias y proyectos para la mejora de la salud.

Los límites de la comunidad

Los límites de esa unidad socio-territorial pueden ser muy variados, pero elementos fundamentales para esa delimitación sería: el sentimiento de pertenencia de sus pobladores (la unidad significativa), el lugar donde se realizan las interacciones sociales con una cierta densidad (la unidad de máximo intercambio social significativo) y el objeto de acción comunitaria del equipo de salud (la unidad operativa).

Respecto al primero, decir que en las ciudades, los barrios definidos administrativamente, a veces, no son los territorios sentidos como “mi comunidad” por sus gentes, que por ejemplo se definen como pertenecientes (“yo soy de...”) a unidades más pequeñas (colonias, vecindarios, urbanizaciones, comunas, etc.). Probablemente, debido a que son los lugares donde más densidad de relaciones significativas ha tenido en su biografía. Lo mismo ocurre a nivel rural.

Es decir, una comunidad podría estar limitada por un barrio o un pueblo, pero también por unidades más pequeñas o más grandes (ciudad, comarca, región, nación, etc.),

dependiendo del sentimiento de pertenencia, que puede ser múltiple, de sus gentes, y del ámbito de interrelación más pertinente para la acción de salud.

Es importante resaltar que la comunidad no es un sistema autónomo y cerrado, sino, en todo caso, un subsistema de otros sistemas (el barrio respecto a la ciudad, esta con respecto a la nación, y esta respecto a la globalidad, etc.) que lo determinan. Eso supone que cualquier análisis o intervención en la salud de una comunidad debe tener en cuenta los límites y oportunidades de ese contexto, es decir, en salud comunitaria debemos tener una perspectiva *glocal* (actuar localmente, pero pensar globalmente).

Como hemos mencionado antes, los límites también van a estar determinados por las fronteras del ámbito de la actividad o del proyecto de salud del equipo que actúa en ese territorio, definidos por una demanda social o por un encargo institucional. Nos referimos al territorio que es significativo no solo para sus habitantes, sino para el objeto de trabajo profesional. Desde ese punto de vista, nuestro ámbito de acción comunitaria puede ser la zona básica de salud de un centro de salud, pero también un pueblo, un barrio o una colonia, donde se está desarrollando una acción comunitaria o desde donde se ha demandado la ayuda del equipo de salud. O bien puede ser un distrito municipal o comarca desde donde la institución está impulsando un proyecto de desarrollo o participación comunitaria



Arolario, 2018, Juan Genovés (1930-2020), giclée intervenida a mano, 74 x 100 cm

Homogeneidad, diversidad y cooperación

A veces pensamos en comunidades como entidades social y culturalmente homogéneas, como son las comunidades definidas por la etnia (comunidad indígena, comunidad gitana) o por el origen migratorio (barrio chino, barrio italiano-“Little Italy”, etc.). Sin embargo, la heterogeneidad es la norma en casi todos los grupos sociales y territorios, independientemente de las dinámicas homogeneizadoras o de negación o exclusión de la diversidad. Precisamente, por el origen inmigrante de casi todas nuestras ciudades, forjadas a golpe de sucesivas oleadas históricas, y a pesar de las dinámicas urbanísticas de segregación social y territorial, la diversidad es un elemento fundamental de nuestras comunidades urbanas.

Y como veremos, uno de los objetivos centrales de la salud comunitaria es buscar la cooperación entre desiguales, lo que el sociólogo estadounidense Richard Sennet^[8] llamó la *cooperación exigente*, pues es bastante más difícil de conseguir que la cooperación entre iguales, que se construye a partir de la diferenciación con el otro y su exclusión. Ejemplos de cooperación entre iguales, son las organizaciones de inmigrantes, pero también los son los exclusivos clubs de campo o casinos, donde las élites sociales se relacionan entre ellas, se acuerdan favores mutuos y facilitan uniones matrimoniales. Otro ejemplo son las despensas organizadas por los grupos ultranacionalistas o sectarios para dar alimentos solo a los “pobres de aquí” o a los que abrazan determinada religión o fé.

Mediante la cooperación entre desiguales conseguimos acumular lo que otro sociólogo estadounidense, Robert Putnam^[9], llamaba *capital social puente* (*bridging social capital*). Al contrario, la cooperación entre iguales genera el *capital social cohesivo* (*bonding social capital*), basada en la exclusión del diferente (por eso, Sennet denomina *cooperación destructiva* a esta forma de cooperación).

Lo que es importante, volviendo a los conceptos anteriores, es que el sentimiento de pertenencia a un territorio (algunos lo llaman *barrionalismo*^[10] o *patriotismo de barrio*), se ha generado por los vínculos sociales establecidos y vividos. Y, a veces, las emociones comunes en relación al mismo espacio son un buen instrumento para favorecer la cooperación entre desiguales que habitan en ese territorio y que tienen intereses comunes en mejorarlo.

Estos elementos de cooperación entre iguales o desiguales tiene una especial importancia en la salud comunitaria, si incluimos en sus objetivos y orientación el análisis de las *desigualdades sociales en salud* en ese territorio y la acción para reducir la brecha social que genera esas desigualdades en salud. En este caso, la reducción de la brecha pasa por remover los mecanismos de discriminación social (por clase social, género, etnia, orientación sexual, origen migratorio etc.) que tienen un notable coste en salud.

Lo cual requiere potenciar la empatía entre grupos sociales: el reconocimiento del otro y la otra y el ponerse en su lugar. En resumen, educar en la diversidad y contra todas las fobias (la xenofobia, aporofobia, LGTBIfobia) que están en el origen de la exclusión y discriminación social.

Citas del capítulo

[1] OMS. Declaración de Alma Ata de Atención Primaria de Salud, 1978. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

[2] OMS. Carta de Ottawa de Promoción de la Salud, 1986. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

[3] OMS, 1978, op cit, pag 1

[4] Arizano Carvajal Burbano. Sobre el concepto de comunidad. EN: Apuntes sobre desarrollo comunitario. Eumed.net, Universidad de Málaga-España, Julio de 2011. http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/elibros_internet/55714.pdf

[5] Segura del Pozo, J: La noción de comunidad y el equipo de salud. *Area 3*, Cuadernos de temas grupales e institucionales, nº 2, primavera 1995. <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-2-Comunidadyequipodesalud.JSegura.pdf>

[6] OMS: Glosario de Promoción de la salud, 1998. Hay una versión traducida por el ministerio de sanidad accesible en <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

[7] Se pueden encontrar definiciones de comunidad que no consideran necesario el compartir un territorio. Es decir, es un conjunto de personas que se definen por sus lazos comunes (incluidos sus problemas de salud, en el caso de comunidades o grupos de ayuda mutua de pacientes o familiares), no por el territorio que habitan. En nuestro caso, consideramos que la **territorialidad** es un elemento fundamental, pues concreta el contexto geográfico e histórico en el que se desarrollan los fenómenos de salud y enfermedad y sus determinantes sociales.

[8] Richard Sennet. “Juntos: rituales, placeres y políticas de cooperación”. Anagrama, 2012

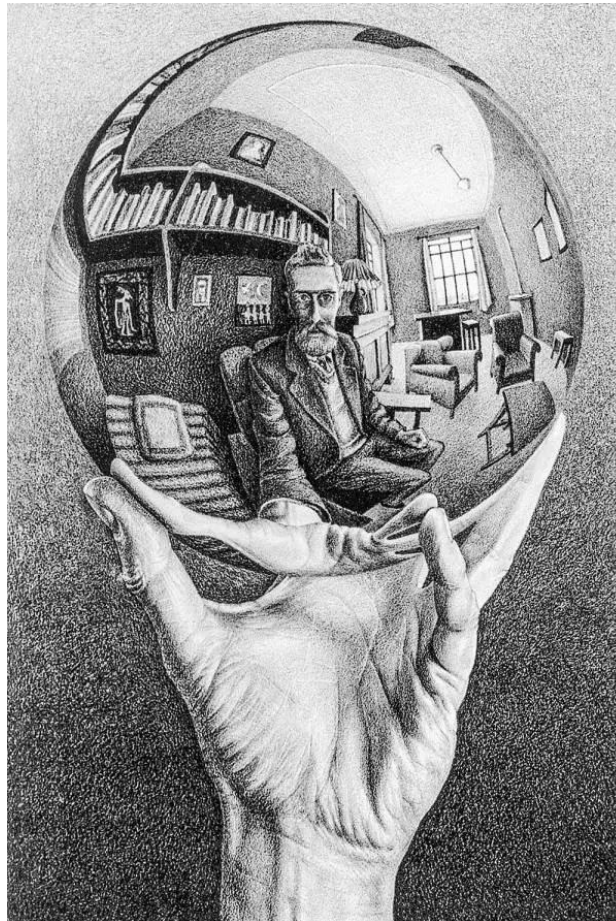
[9] Robert Putnam. “Bowling alone: The Collapse and Revival of American Community”, Simon and Schuster, 2001

[10] Luis de la Cruz. “Barrionalismo”. Editorial Decordel, 2018

3. Un intento de definición

Desde estas definiciones de lo que es salud y lo que es comunidad, expuestas en el anterior capítulo, podríamos aproximarnos a que la salud comunitaria se interesa por las dinámicas del proceso de salud y enfermedad en ese territorio, cómo están determinados social y ambientalmente los problemas y las oportunidades de salud, y cuáles son las acciones a emprender para mejorar, promocionar y proteger la salud colectiva en ese territorio, con el mayor protagonismo posible de la propia comunidad.

Como hemos dicho al principio, la salud comunitaria es a la vez un concepto, una orientación, un área de trabajo y un modo de acción, dentro del campo de la salud colectiva. Se acerca a las definiciones de salud pública y de promoción de la salud, pero tiene características propias, relacionadas con la territorialidad y el enfoque participativo.



Mano con esfera reflectante (autorretrato). M.C. Escher, 1935. [Escher Collection Kunstmuseum, La Haya \(Países Bajos\)](#) Técnica: [Grabado](#) (31,1 x 21,3 cm.)

Debemos advertir que en los últimos años han aparecido definiciones de salud comunitaria que se han empeñado en diferenciar la salud comunitaria como fin (resultado de salud o bienestar), del sentido de la acción para conseguirlo (medio).

Así se reserva el propio término de salud comunitaria solo para el primero y se usa "acción comunitaria en salud" para designar el esfuerzo colectivo y el conjunto de la metodologías (dinamización de redes sociales) para alcanzar ese fin. Se basan en que en el glosario de promoción de la salud de la OMS no figura el termino de salud comunitaria, sino el de *acción comunitaria para la salud* (traducción de *Community health action*^[1]):

"La acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud."

Así en la recién publicada guía del Ministerio de Sanidad, "Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida"^[2], encontramos estas dos definiciones en el glosario final:

- *"Acción Comunitaria en Salud: Dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un determinado ámbito o espacio de convivencia con una triple función transformadora: mejorar las condiciones de vida, reforzar los vínculos y la cohesión social y potenciar las capacidades de acción individual y colectiva."*
- *Salud comunitaria: expresión colectiva de la salud individual y grupal de una capacidad 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 políticos y globales."*

Por nuestra parte, consideramos que esta distinción aporta poco a la comprensión del concepto y puede confundir más al renunciar a usar un término que ya se ha acuñado y consolidado para definir un campo de acción social y profesional, como el de la salud comunitaria (que semánticamente puede abarcar tanto el fin como el medio, es decir, la expresión y el esfuerzo). Como ya lo hace el concepto de salud pública^[3].

Por otra parte, cuando nos encontramos con los términos medicina comunitaria, enfermería comunitaria, psicología comunitaria o psiquiatría comunitaria, lo coherente sería definirlos como los profesionales de esas ramas que tienen a la salud comunitaria como marco conceptual, referencial y operativo. Es decir, que practican la salud comunitaria, desde sus respectivas funciones y conocimientos profesionales.

Sin embargo, en la realidad no siempre es exactamente así y es otro ejemplo de la polisemia de la salud comunitaria. Así, con frecuencia, la enfermería comunitaria es casi indistinguible de la enfermería de salud pública, tal como la medicina comunitaria lo es de medicina social o salud pública. Igualmente, a veces se utiliza psiquiatría comunitaria para nombrar a psiquiatras que trabajan fuera del hospital psiquiátrico

Lo contrario de salud comunitaria

Podríamos también intentar una definición operativa a partir de sus antónimos, partiendo de lo que NO es la salud comunitaria. Desde ese punto de vista, lo contrario

de salud es enfermedad, y lo contrario de comunidad, podría ser individuo. Es decir, con la salud comunitaria nos referiríamos a una mirada y una acción que se centra más en la salud que en la enfermedad, y cuyo sujeto de trabajo, no son las personas de una en una, sino en relación a los vínculos que establecen con otras personas y grupos sociales (familia, vecindario, amigos, colegas de trabajo, etc.), en un territorio y en un momento histórico preciso. Y la relación que tienen estos vínculos, este territorio y estas formas y condiciones de vida con su salud colectiva.

Pasar de operar de la enfermedad a la salud y del individuo a la comunidad, es alejarse del modelo de la medicina clínica o la enfermería clínica, que es el referente principal de nuestra formación médica y de enfermería. Esta es una de las razones por las que es tan difícil trabajar la salud comunitaria: requiere dominar habilidades y métodos (también conceptos) que no son los que hemos aprendido en nuestra formación pregraduada, generalmente, muy centrada en el método clínico.

Voluntarismo comunitario

Pero también porque frecuentemente las instituciones sanitarias en las que trabajamos están más orientadas a la atención a la demanda clínica, que a la salud comunitaria. Esta, aunque es enunciada entre los valores y orientaciones (¡cuántas veces se ha mencionado e invocado a la conferencia de Alma Ata en los capítulos iniciales de los planes y estrategias!), por desgracia, no suele formar parte de las prioridades centrales del sistema de salud. El primer indicador que confirma esto es el tiempo disponible en un centro de salud para desarrollar actividades comunitarias, no dependientes de la atención a la demanda.

Por ello, frecuentemente queda como un campo de acción marginal, que en los equipos se delega en los profesionales que tienen “más vocación comunitaria”, generalmente enfermeras y trabajadoras sociales. Como si fuera una cuestión de afición personal, más que un modelo de análisis e intervención asumido por la institución. Con esto no queremos decir que la salud comunitaria sea incompatible con la práctica clínica. Todo lo contrario: de hecho, consideramos^[4] que la atención primaria de salud fue un intento de introducir la mirada salubrista y comunitaria dentro de la atención sanitaria. De acercar la salud pública a la sanidad asistencial.

Hibridar la clínica con la salud pública

El concepto de salud comunitaria es muy anterior a la conferencia de Alma Ata y fue usado, especialmente en los países anglosajones, como un [sinónimo de salud pública, higiene social o medicina social](#). Áreas de trabajo que se diferenciaban de la práctica clínica individual, generalmente en la sanidad privada. Es decir, la salud pública ponía la mirada en la salud colectiva de la población y en las características de su territorio (ciudad, barrio, aldea, nación) y la clínica se limitaba a la persona, sus síntomas y sus órganos. Una era una [mirada macro o “zoom out”](#), es decir, abriendo el foco (de lo particular a lo general o social). Y la otra es una [mirada micro o “zoom in”](#), esto es cerrando el foco (de lo personal a lo orgánico, microscópico, tisular, fisiológico y genético).

¿Podían hibridarse las dos miradas? Ese fue el intento de Alma Ata. Y eso explica el carácter híbrido de la salud comunitaria, en el que pretendemos atender los problemas de salud, pero a la vez contextualizarlos en sus dimensiones sociales y comunitarias, para entender los elementos comunes que favorecen el riesgo de enfermar o la muerte prematura en esa comunidad. Pero también aquellas oportunidades y activos en salud que hay en ese territorio que protegen o promocionan la salud. Y una vez analizados, identificados y entendidos estos determinantes sociales de la salud de esa comunidad, poder abordarlos. Bien sea minimizando o eliminando los riesgos; o bien potenciando los activos en salud.



Obstáculo, Juan Genovés, 2006, Colección particular del pintor. Fuente: <https://lauragandiadecock.com/tag/centro-del-carmen/>

Salud y bienestar

Acabamos esta introducción ^[4b], señalando que cualquier acción de salud comunitaria es parcial si no considera a otros agentes ajenos al sistema sanitario y la importancia de otros bienes, además de la salud, generadores de bienestar e interrelacionados entre sí. Lo importante, como dice el consultor social vasco Fernando Fantova, es que: “cuando se hable de salud comunitaria o de acción comunitaria en salud, haya un claro reconocimiento de la influencia de otros bienes (la vivienda, el empleo u otros) en el bien “salud” y un reconocimiento de otras tradiciones y campos (los servicios sociales, por ejemplo) en o desde los que se hace también acción comunitaria. Cabría añadir que, contra la definición canónica de salud, el bienestar es justamente la resultante de disfrutar de esos bienes (salud, vivienda, empleo y otros) y que los bienes de los que se ocupan otros agentes (como los servicios sociales, los de seguridad o los de transporte) pueden ser tan importantes como la salud. Es coherente que una médica diga que la vivienda es un determinante de la salud (que tener una buena vivienda es bueno para

tener salud), como lo es que una orientadora laboral diga que la salud es un determinante del empleo (que tener buena salud es bueno para tener empleo). Una mayor conciencia de la parcialidad de la aportación del sistema sanitario haría al personal del sistema de salud más consciente de cuál es el punto en el que, en la acción comunitaria y en general, toca a otro agente o toca a varios agentes”^[5].

Citas del capítulo

^[1] OMS, 1998, op cit. Pag 15

^[2] Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021. Pag 84 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf

^[3] La OMS define la salud pública como “El arte y la ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y mantener la salud mental, física y social, además de la rehabilitación ocupacional a través de esfuerzos organizados de la sociedad en sus varios niveles para el saneamiento del ambiente, control de las enfermedades transmisibles, educación en higiene personal, organización de servicios médicos y de enfermería y el desarrollo de la maquinaria social para asegurar a cada ciudadano un estándar de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. Se focaliza primariamente en la salud de las poblaciones más que en individuos y acepta la responsabilidad social”. (OMS, 1998, op cit, pag 12)

^[4] [Segura Del Pozo J. Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: tres ramas del mismo árbol \[Public health, primary health care and community health: three branches from the same tree\]. Gac Sanit. 2021;35\(2\):107-108. doi:10.1016/j.gaceta.2020.07.004](#)

^[4b] Como dije la pasada entrega, este texto que editaré en nueve entradas es un capítulo titulado "Salud comunitaria" del libro Juvinya D; Reig G; Baltasar A; Romero A (editores). "Atención Primaria y Salud Comunitaria". Documenta universitaria, Girona 2022. El capítulo está a su vez dividido en cuatro partes: I. Introducción a la salud comunitaria; II. Principios y dimensiones de la salud comunitaria; III. Participación comunitaria y IV. Programas y proyectos de salud comunitaria. La primera parte la hemos publicado en estas dos primeras entradas del blog. Las otras tres, las tendréis en las siguientes siete entregas.

^[5] Correspondencia personal con Fernando Fantova, 28 de agosto de 2021

4. Deconstruyendo la salud comunitaria en once piezas

Intentaremos aprehender mejor la salud comunitaria a partir de describir algunos principios, valores, ideas y dimensiones que están detrás de su práctica. Es un ejercicio de deconstrucción para que cada una mire las once piezas separadas y las arme como le convenga en su área de acción.^[1]

1. La atención a la salud basada en la demanda tiene unos límites

La salud comunitaria surge de la reflexión sobre los límites que tiene la atención a la salud basada en la demanda. La imagen de una consulta individual, protagonizado por la relación médica-paciente, es la que nos resultará más familiar al pensar en los servicios de salud. Sin embargo, esta consulta tiene unas limitaciones, que se resumen en tres puntos:

- a. Las personas que consultan no son siempre las que más lo necesitan, es decir, hay una diferencia entre demanda y necesidad
- b. Los problemas de salud individuales están relacionados con el contexto familiar, comunitario y laboral
- c. Las enfermedades y los riesgos en salud están determinados socialmente, por lo que las soluciones no pueden estar solo basados en los medicamentos y los consejos individuales, instrumentos más a mano del profesional, sino que también tienen que ser sociales.



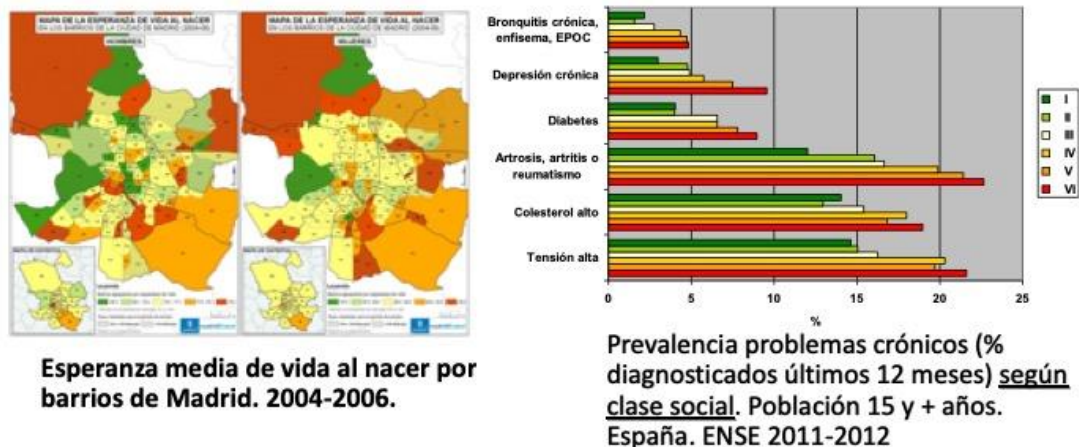
La consulta a demanda, el encuadre habitual del trabajo sanitario

2. Las desigualdades sociales en salud como objeto de trabajo

Esta determinación social de la enfermedad da lugar a diferencias en salud injustas y evitables, que se denominan desigualdades sociales en salud y que habitualmente quedan escondidas. Afloran en mapas como el que refleja una diferencia en esperanza media de vida de más de 9 años entre los barrios más ricos y más pobres de Madrid, o en gráficos como los resultantes del análisis de la Encuesta Nacional de Salud, que muestran un gradiente según clase social, en la prevalencia de los principales problemas crónicos de salud (hipertensión, colesterol alto, artrosis, diabetes, depresión crónica, etc.). Solo si tenemos en cuenta estas desigualdades sociales de salud en nuestra práctica podremos ser eficaces en disminuir la carga de enfermedad y las muertes prematuras del territorio o comunidad que atendemos.



Desigualdades sociales en salud



Las escondidas desigualdades sociales en salud que se desvelan con mapas y gráficos

3. De las batas a las botas

Este lema “de las batas a las botas” sintetiza la “Estrategia Barrios Saludables”^[2], desarrollada entre 2010 y 2019 en el municipio de Madrid por los 16 centros municipales de salud comunitaria (CMSc), cuyos profesionales, de vez en cuando, desviaban su mirada de la sala de espera (la demanda), *se quitaban la bata*, prenda que simboliza el referente médico-clínico, y *se ponían las simbólicas botas* para salir a la comunidad, patear y conocer el barrio (su necesidad), encontrarse y aliarse con otros actores, al servicio de la salud de esos barrios. Como veremos luego es un cambio de mirada, pero también un cambio de los encuadres y escenarios habituales de trabajo propios de la clínica

Este cambio de mirada supone un importante proceso de cambio en el que hay que operar con nuevos conceptos como barrio, vida cotidiana, malestares, activos en salud, etc., pero también reconocer los límites de la acción desde el sector sanitario.

4. La necesidad de alianzas

El profesional sanitario no puede, ni debe aspirar a que va a conseguir ciertos objetivos de salud comunitaria solo (o sola) y desde su exclusivo saber profesional o sector sanitario. Aunque cualquier impulso voluntarista tiene mérito, mal dimensionado, aboca a la frustración, la ineficiencia y a aumentar la legión de profesionales quemados y desilusionados con la salud comunitaria, que pueblan nuestros centros de salud, hospitales y oficinas. Los cambios que pretende la salud comunitaria son cambios psicológicos, sociales, culturales y ambientales de una gran complejidad y que, además, desafían los privilegios de potentes enemigos.

Se necesita la confluencia de saberes de diferentes disciplinas y profesiones, además de conseguir la complicidad de múltiples actores y actrices que habitan o tienen importantes influencias en un territorio. Por eso, cualquier proyecto de salud comunitaria necesita: desde lo profesional, equipos multiprofesionales e interdisciplinarios; desde lo institucional, transversalidad intersectorial (sectores sociales, sanitarios, educativos, urbanísticos, medioambientales, deportivos, consumo, etc.) y desde lo político, un espacio participativo y democrático que tenga en cuenta la mayoría social y sus prioridades, junto con el respeto de las minorías. En estos espacios se deben trabajar, a la vez, los conflictos de poderes y las resistencias al cambio, encontrando la ventana de oportunidades que identifique el cambio posible en ese momento y en ese contexto.

La realidad es que es muy difícil que nos encontremos de inicio con todos estos elementos de interdisciplinariedad, intersectorialidad y participación social. Lo cual no debe paralizarnos, sino buscar las alianzas que sean accesibles y, a partir de ellas, ampliarlas. Por ejemplo, puede que no haya educadoras sociales, mediadores socioculturales, artistas, nutricionistas, técnicos deportivos o arquitectos en nuestro equipo de salud o institución, pero podemos articular nuestra acción con otras instituciones u organizaciones donde tengan presencia estos profesionales. Asimismo, lo más probable es que no haya espacios vecinales institucionalizados de gobernanza participativa, pero seguro que hay pequeñas experiencias de asociaciones o redes vecinales con vocación comunitaria que debemos identificar y potenciar.

5. El [barrio](#) como escenario básico del proceso salud y enfermedad

Hablar de comunidad en una ciudad es hablar de barrio. El barrio es el territorio significativo para quien lo habita, fronterizo entre el mundo privado y el público, donde se desenvuelve la vida cotidiana y se construyen las relaciones y vínculos sociales. En el barrio es donde se forjan las conductas más importantes para la salud (relacionadas con la alimentación, actividad física, sexualidad, ocio, adicciones, etc.). En el barrio es donde se pueden desvelar las desigualdades en salud determinadas por clase social, género, etnia, situación migratoria, laboral, orientación sexual, etc. y donde se puede intervenir sobre ellas. Intervención facilitada cuando la significación de este territorio para sus habitantes, genera un sentimiento de pertenencia (*barrionalismo*) y solidaridad, especialmente entre los diferentes (*cooperación exigente*), como dijimos antes.

La práctica de salud comunitaria hace imprescindible el conocimiento en profundidad de ese escenario: conocer bien la geografía, la historia y la sociología de ese barrio, más allá del conocimiento parcial que se obtiene con las visitas domiciliarias.

El otro escenario fundamental para la salud es el ámbito laboral. Es el lugar donde se trabaja, se pasan muchas horas, se establecen importantes vínculos sociales y sobre el que se construye una identidad social. Trabajo, tiempo, vínculos e identidades que tienen importantes implicaciones para la salud. Aunque la acción en el ámbito laboral (prevención de riesgos laborales y promoción de la salud laboral) generalmente está separada de la salud comunitaria^[4], siempre tiene que ser tomada en cuenta por esta, pues son las mismas personas quienes transitan cotidianamente entre el ámbito residencial y laboral.



La salud comunitaria se interesa por las escenas de la vida cotidiana: madre volviendo de acompañar a un hijo o hija al colegio

6. El valor de la vida cotidiana

De ser expertos, como profesionales sanitarios, en lo que rompe la normalidad, en lo extraordinario: una enfermedad o un brote epidémico, pasamos como profesionales de la salud comunitaria a interesarnos por lo ordinario, lo repetitivo, lo normal: los modos y condiciones de vida del vecindario. Es decir, la vida cotidiana^[5].

Los hábitos (nocivos o positivos) de salud se generan en la vida cotidiana del barrio, tanto en el espacio privado (la casa), como en el público (la calle). La mayoría de los hábitos están asociados a los cuidados y, por lo tanto, a ese mundo reproductivo femenino^[6]. En casa aprendemos las pautas de alimentación y de higiene, incluido el sueño y la limpieza corporal (ducha, lavado de manos, cepillado de dientes, etc.)^[7]. Aprendemos a familiarizarnos con los signos y lenguajes del cuerpo enfermo: a tomar la temperatura, a bajar una fiebre, a abordar un problema digestivo: a aplicar los remedios

caseros, antes de “ir al médico”. Sabiduría y remedios transmitidos de madres a hijos e hijas, y de estas últimas, a sus hijos e hijas.

También se aprende cómo cuidar a las personas mayores y discapacitadas, a lavarlas, a cambiarles de postura, a alimentarlas, a darles la medicación, etc. Este conocimiento del cuidado sin embargo se transmite fundamentalmente de madres a hijas (cuidadoras) y mucho menos de madres a hijos. En la calle, sin embargo, aprendemos otros hábitos y habilidades para la vida, especialmente a juntarnos y relacionarnos con otros y otras^[8].

Los problemas y las preocupaciones de la vida cotidiana tienen un gran potencial de generar vínculos y dinámicas participativas para resolverlos. A partir de estas dinámicas enfocadas a resolver problemas cotidianos concretos (alimentación, vivienda, educación, crianza, trabajo, etc), pueden surgir reflexiones sobre los determinantes sociales de los mismos y cómo abordarlos. Esto es especialmente importante en el caso de las mujeres, que siempre son atraídas más fácilmente a procesos participativos centrados en preocupaciones ligadas “al espacio propio” de la reproducción y la cotidianidad, determinados por su rol de género^[9].

Sin embargo, la vida cotidiana no suele ser objeto de atención de los dispositivos de salud, a pesar de la importancia que tiene en el desarrollo de esas habilidades para la vida y, por lo tanto, para la salud, o en la generación de vínculos de apoyo mutuo. En el caso de la salud comunitaria, es imprescindible tener una mirada antropológica sobre sus ritmos, escenarios y guiones.

7. De los riesgos a los activos en salud

Asimismo debemos pasar del enfoque clásico de la salud pública, centrado en los riesgos y déficits de salud (es decir, de ver la comunidad como un vaso medio vacío), a interesarnos por los activos en salud (a verla como un vaso medio lleno).

La palabra “activo” es la traducción de la palabra inglesa “asset”^[10], que también podría traducirse por patrimonio, capacidad, recurso o riqueza. Una posible definición es:

Cualquier factor (o recurso) identificado por personas, grupos y comunidades como apoyo para mantener y sostener la salud y el bienestar, así como para reducir las desigualdades en salud. Estos recursos presentes en la comunidad pueden actuar a nivel individual, familiar y/o comunitario y tienen como denominador común la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud física, psíquica y/o social y contrarrestar situaciones de estrés^[12].

Es decir, en la salud comunitaria complementamos el conocimiento que nos enseñaron de la *patogénesis* (cómo se produce la enfermedad), con el de la *salutogénesis* ^[13] (cómo se genera y conserva la salud). Se concreta en la pregunta: *¿qué es lo que hace a esta comunidad (barrio) más sana y más fuerte?* y en el instrumento de los mapas de activos de salud. La salud comunitaria combina el uso de mapas de riesgo y vulnerabilidad con mapas de activos en salud.



Patogénesis o salutogénesis: ¿ver el vaso medio vacío o medio lleno?

8. De las enfermedades a los malestares de la vida cotidiana

Pero incluso cuando abordamos los problemas de salud, también tenemos que cambiar la mirada: de las enfermedades a los malestares de la vida cotidiana. Mirtha Cucco los define como “los malestares que la gente sufre y habitualmente no analiza ni cuestiona, porque los considera normales, por lo que NO generan demanda explícita ni intervención específica, quedando la mayor parte de las veces en tierra de nadie”^[14].

Frecuentemente, se manifiestan más intensamente en los momentos críticos vitales (crianza, adolescencia, pareja, separación, jubilación, desempleo, nido vacío, final de vida, duelo, etc.). Identificarlos en ese momento, permite un abordaje eficiente desde el punto de vista preventivo no solo para la salud mental, sino también para la salud física y el bienestar social.

9. De las pautas de conducta al cruce de saberes

El cambio no solo es de mirada, sino de la forma de intervenir: pasar de dictar las pautas de conducta (sobre hábitos higiénicos), a favorecer el *cruce de saberes*^[15], es decir, abrir espacios donde se confronta nuestro saber profesional con el saber del vecino a la vecina, expertos en los límites que pone la vida cotidiana al cambio de conductas, y como fruto de esta dialéctica de saberes, surgen nuevas alternativas de cambio en el barrio.

10. Las personas y sus comunidades deben ser los protagonistas del cambio

La salud está determinada social, psicológica y culturalmente, pero las personas y las comunidades tienen la posibilidad de modificar esa determinación con el esfuerzo individual y colectivo. Sin embargo, frecuentemente necesitan ayuda (profesional e institucional) para iniciar y completar este cambio.

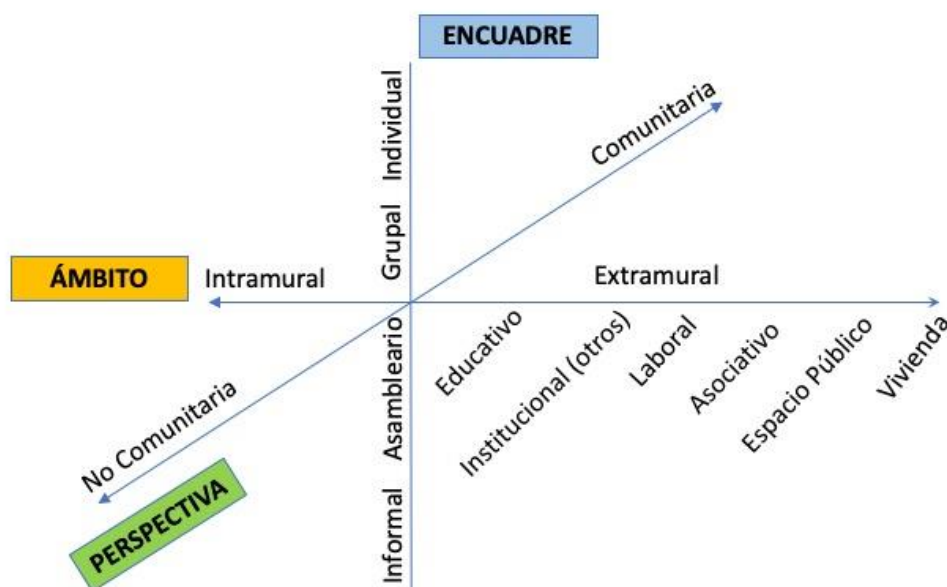
La práctica de la salud comunitaria se basa en los que Mike Newell, uno de los ideólogos de la conferencias de Alma Ata de APS, denominó “ayudar a la gente a ayudarse a sí misma”^[16]. El favorecer y escuchar la expresión local de la necesidad, el aprovechar al máximo los recursos locales existentes y el guiarse por las prioridades decididas por la propia comunidad, en función de ese conocimiento cotidiano que posee, debe ser el patrón de acción en la salud comunitaria; en vez de imponer prioridades y soluciones.

Esta escucha y respeto al saber, la autonomía y soberanía de la gente, se debe ejercer en todos los niveles y encuadres de la salud comunitaria: desde la consulta individual o los talleres grupales, hasta los procesos de organización comunitaria.

11. Perspectiva, ámbito y encuadre: las tres dimensiones de la salud comunitaria^[17]

¿Cómo definimos el trabajo comunitario? ¿Qué es y qué no es «comunitario»? ¿Es todo aquello que no es ni individual ni grupal? ¿«Comunitario» es lo que se hace fuera del centro de salud? ¿Hay actividades individuales que pueden considerarse comunitarias? ¿Hay actividades fuera del centro de salud que no se pueden considerar comunitarias? ¿Cuándo se puede considerar comunitaria una actividad grupal? ¿Cuando se realiza fuera del centro de salud?

Como alternativa a la categorización de individual, grupal y comunitaria, de amplio uso en la salud comunitaria y en el trabajo social comunitario, consideramos mas operativo un esquema nuevo a partir de tres dimensiones: perspectiva, encuadre y ámbito, que definen respectivamente la MIRADA, las REGLAS y el LUGAR de la acción.



Lo “comunitario” según un esquema tridimensional Perspectiva-Encuadre-Ámbito.
Fuente: Elaboración propia

a) **La perspectiva** se refiere al tipo de MIRADA utilizada a la hora de trabajar en un encuadre y un ámbito determinado, analizar un problema u oportunidad de salud y proponer una acción para abordarlo. Determina en qué elementos se fija y en cuáles no. La mirada está relacionada con el referente epistemológico, con la concepción de salud y enfermedad, con lo que se considera procedente o improcedente en la práctica

profesional, con su modelo ético y con la magnitud del campo de decisión que se deja al no profesional (personas usuarias o del vecindario). Cada perspectiva tiene un tipo de herramientas o metodologías de análisis e intervención asociadas. Asimismo, ciertas perspectivas privilegian encuadres y ámbitos de trabajo específicos.

En lo que nos atañe, diferenciaremos principalmente dos tipos de perspectivas:

- **Perspectiva comunitaria:** contextualiza los problemas, conductas u oportunidades de salud, aunque se presenten como individuales o grupales, en la realidad de la comunidad donde viven o trabajan las personas y en sus determinantes psicosociales y ambientales. Tiene en cuenta este contexto a la hora de analizar el problema o situación, así como a la hora de proponer soluciones o acciones para mejorar la salud. Es una mirada holística que evita el reduccionismo (médico, psicológico o social) y especialmente la medicalización de lo social, aunque pretenda proponer soluciones concretas y específicas a la persona que demanda.
- **Perspectiva no comunitaria:** apenas considera el contexto de la persona o el grupo que atiende. Tiene como referente epistemológico la historia natural de la enfermedad: los problemas son individuales, universales y fundamentalmente biológicos. Hay que encontrar qué ha fallado en el sistema anatómico-fisiológico del cuerpo de una persona. Los remedios también son individuales, biológicos y universales. Es una visión asocial y abiográfica que no considera la determinación social de la enfermedad o la historia y características de la persona, más allá del interés por sus antecedentes familiares (en busca de explicaciones genéticas), sus conductas de salud y la capacidad para entender los consejos dictados para cambiarlos

b) El **encuadre** es definido por las REGLAS espacio-temporales que determinan la relación del profesional con la población que atiende. Define quién o quiénes se juntan con quién o quiénes, dónde, durante cuánto tiempo y cuántas veces, para hacer el qué. Los encuadres formales más claros (más reglados) son los individuales y los grupales. Pero existen otros encuadres que no son individuales ni grupales, bien por abarcar un número de personas que superan un grupo, que podríamos denominar como encuadre asambleario, o bien por su informalidad (encuadres informales). Trabajar en la informalidad es muy importante en la acción comunitaria: saber organizar y acompañar en un paseo saludable, saber acercarse a un banco para ganarse la confianza de los jóvenes allí sentados, saber trabajar en una plaza, un parque, un mercado o en una fiesta local. Es decir, acercarse con otros lenguajes y actitudes a los espacios de la vida cotidiana del barrio. Trabajar en la informalidad no implica no usar un método. El arte se mueve muy bien en la informalidad al desafiar lo procedente, usar lenguajes universales inclusivos y estimular la creatividad e innovación social.

c) El **ámbito** se refiere al LUGAR o escenario donde se lleva a cabo la actividad. Una de las confusiones más frecuentes es considerar que lo comunitario es todo lo que no es ni individual ni grupal (lo que no se hace ni en una consulta ni en un grupo o taller), y especialmente lo que se hace fuera del centro. Se confunde, pues, perspectiva (comunitaria) con encuadre (el que no sea individual ni grupal) y con ámbito

(extramural). Este eje del ámbito tendrá, por lo tanto, dos categorías básicas: ámbito intramural y ámbito extramural.

- **Ámbito intramural:** es el del centro de salud o dispositivo donde trabajamos y desde donde ofrecemos nuestros servicios. Es «el adentro» en relación con un «afuera» que se mueve con otras lógicas. Es un espacio, en principio, diseñado para facilitar nuestro trabajo: lugar para la recepción, lugar para la espera, lugar para la consulta, lugar para la reunión, etc.
- **Ámbito extramural:** se define simplemente por ser «el afuera»; por ello, abarca ámbitos muy diversos que debemos diferenciar. Es un espacio menos controlado por nosotros y nosotras, no se rige por nuestras normas ni nuestros tiempos. No es del dominio de nuestra institución. No es el espacio que *nos inviste* (con la bata y la autoridad correspondiente). Estamos en territorio ajeno, incluso a veces lo sentimos como hostil. Nos sentimos vulnerables. Pero el afuera no siempre es la calle. Podemos diferenciar entre:
 - Ámbitos institucionales: educativo (formal e informal), laboral, penitenciario, de otras instituciones (socio sanitarias, deportivas o culturales).
 - Ámbitos asociativos (los lugares del vecindario organizado).
 - Ámbitos de coordinación (cruce de saberes profesionales) o de participación (cruce entre saber lego y saber profesional).
 - Ámbitos del espacio público (calle, plaza, parque, etc.).
 - Vivienda y portal (ámbito privado).

El entrecruzamiento de estas tres dimensiones nos da una rejilla sobre la cual podemos situar las principales actividades y configurar una cartografía comunitaria o, mejor dicho, una cartografía de lo comunitario y lo no comunitario. Por ejemplo, una «charla» en un aula de colegio, con enfoque de «instrucción sanitaria», es una actividad en un ámbito extramural, con encuadre grupal, pero probablemente sin perspectiva comunitaria.

Podemos concluir que, aunque es cierto que el trabajo comunitario también puede ser ejercido en encuadres individuales y ámbitos intramurales (siempre usando una perspectiva comunitaria), esto no es suficiente. Hay que dar un salto que implica cuatro cuestiones: salir a la comunidad, un *con quién* (trabajar con otros y otras), un *cómo* (escucha activa y protagonismo de la ciudadanía) y, sobre todo, un *para qué* (aumentar el control colectivo de la salud). Y esto es lo que pretende precisamente significar el lema «de las batas a las botas».

Tanto en la salud comunitaria, como en la participación comunitaria, que trataremos en la siguiente entrega, el elemento central definitorio es su *teleología*, es decir, el propósito o el *para qué* se trabaja o se abren espacios participativos.

Limitarse a trabajar fundamentalmente en ámbitos intramurales con perspectiva comunitaria es lo que define algunos servicios públicos con orientación comunitaria (incluidos, algunos centros de APS, de salud mental o de atención social primaria). Aunque no deja de ser un trabajo valioso, los diferencia de aquellos otros servicios que abarcan ámbitos y manejan encuadres más variados y complejos, incluso dinamizan o

se implican en procesos de desarrollo u organización comunitaria, a partir de sus saberes y habilidades en salud.^[18]



Actividad con perspectiva comunitaria, usando un encuadre grupal en un ámbito extramural (el espacio público). Actividad comunitaria en el marco del proyecto de innovación social aplicado a la salud comunitaria: "Puente de Vallecas Experimenta", fruto de la articulación de "Experimenta distrito" de Medialab-Prado con "Barrios Saludables" de Madrid Salud. Fuente foto: Mónica Cebada. "Mi sentir como mentora en Puente de Vallecas Experimenta". <https://www.experimentadistrito.net/mi-sentir-como-mentora-en-puente-de-vallecas-experimenta/>

Citas del capítulo

[1] Texto basado en su mayor parte en la ponencia presentada en el Foro Internacional sobre la Soledad, la Salud y los Cuidados, organizado por el Ayuntamiento de Madrid y celebrado en Madrid, entre el 21 y 23 de noviembre de 2018

[2] Segura del Pozo, J. El video resumen “De las batas a las botas” (Proceso de reorientación comunitaria de los CMSc de Madrid, 2008-2019). Salud Pública y otras dudas, marzo 2020, <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2020/03/07/el-video-resumen-de-las-batas-a-las-botas-proceso-de-reorientacion-comunitaria-de-los-cmsc-de-madrid-2008-2019/>

De 2010 a 2015 el proyecto de reorientación comunitaria de estos centros (iniciado en 2008) tuvo de nombre "Estrategia Gente Saludable". En la legislatura 2015-2019, se llamó "Estrategia Barrio Saludable" al incorporar los cambios inherentes al Plan "Madrid, Ciudad de los Cuidados".

[3] Como hemos dicho en las pasadas entregas, la “unidad territorial significativa” sobre la que operamos en salud comunitaria puede ser diferente al barrio: en el medio rural, puede ser un pueblo o una comarca, en el medio urbano, puede ser una colonia, urbanización o barrio que no coincide con el barrio administrativo. Por eso al leer el texto, se debe sustituir la palabra “barrio” por la que proceda.

[4] Frecuentemente, no coincide el lugar de residencia (la comunidad) con el lugar de trabajo.

[5] Agnes Heller. Sociología de la vida cotidiana. Península, 2004

[6] Con esta expresión no pretendemos naturalizar la mayor dedicación de las mujeres a los cuidados, sino señalar que está íntimamente ligada a ese rol de género y que, por lo tanto, es una construcción social.

[7] Michel de Certeau, Luce Guiard, Pierre Mayol. “La invención de los cotidiano”. Vol 1: artes de hacer; vol 2: habitar, cocinar” Universidad Iberoamericana, México 1999.

[8] Segura del Pozo, J. El barrio de los cuidados (2).: hábitos de salud y vida cotidiana. Blog “Salud Pública y otras dudas”. 12 febrero 2019. <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2019/02/12/el-barrio-de-los-cuidados-2a-parte-habitos-de-salud-y-vida-cotidiana/>

[9] Fassin, Didier. Más allá de los mitos: la participación política de las mujeres de sectores populares en Ecuador En: Eduardo L Menéndez y Hugo Spinelli (cords). Participación Social ¿Para qué?, Lugar editorial, pag, 177

[10] Kretzmann JP, McKnight JL. Building Communities from the Inside-Out: mobilizing a community's assets. Illinois: The Asset-Based Community Development Institute; 1993

[12] Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021.

[13] Antonovsky A. Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass;1987

[14] Mirtha Cucco Garcia. Intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Nuevos escritores, 2010

[15] Expresión acuñada por ATD Cuarto Mundo: Estudio sobre la pobreza: El Cruce de Saberes y de prácticas. Cuando las personas en situación de pobreza, universitarios y profesionales piensan y se forman juntos, Editorial Popular, Madrid, 2012.

[16] Sócrates Lisios. Kenneth Newell: el comadrón de la Atención Primaria en Salud. *Medicina Social*, Vol. 14, Núm. 1 (2021).

[17] De: Individual, grupal y comunitario: revisando un esquema de la Salud Comunitaria Javier Segura del Pozo. *Comunidad* noviembre 2019;21(3):1. ISSN: 2339-7896. <https://comunidad.semfyc.es/individual-grupal-y-comunitario-revisando-un-esquema-de-la-salud-comunitaria/>

[18] Hay una versión ampliada de este esquema tridimensional en el libro de libre acceso: Segura del Pozo, J. "Perspectiva, Encuadre y Ámbito. Un esquema alternativo para operar en Salud Comunitaria". Ediciones Salud Pública y otras dudas. (<http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>). Tres Cantos, junio 2020. 78 p. Accesible en: https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2020/06/perspectiva-encuadre-y-c3a1mbito_libro_jun-2020.pdf

5. Participación comunitaria, la prueba del algodón

Después de tratar sobre las bases conceptuales de la salud comunitaria en los tres anteriores capítulos, nos ocuparemos en los dos siguientes de la participación comunitaria, auténtica "prueba del algodón" de la salud comunitaria y frecuentemente fuente de frustración en la práctica comunitaria. Antes de meternos con los principios y modelos de participación, así como las metodologías de dinamización, haremos un repaso histórico de cuándo, por qué y cómo surge esta voluntad de "organizar", "desarrollar" o "dinamizar" una comunidad y "animar" a que "participe".

La prueba del algodón

El concepto y el ideal de práctica de la salud comunitaria siempre ha ido asociado al concepto de participación, nombrada tanto como participación social o participación comunitaria. Ha sido siempre *la prueba del algodón* para diferenciar una acción de salud pública (que suele organizarse con una racionalidad y enfoque "de arriba a abajo") de una acción de salud comunitaria (donde la participación y la búsqueda de la máxima horizontalidad son principios básicos). Sin embargo, en la realidad pocos profesionales han participado en procesos estructurados de participación comunitaria, por lo que esta se ha convertido a veces en un ideal inalcanzable que aboca a la frustración del profesional y del equipo de salud. Y, a veces, a su rechazo como un ideal utópico. Otras veces, se ha hecho pasar por participación comunitaria a dinámicas institucionales de simple consulta a usuarios o personas no profesionales.

La conferencia de APS de Alma Ata (1978) consolidó la idea de participación comunitaria en salud y pretendió convertirlo en un modelo universal asociado a los servicios de salud. Sin embargo, como ocurre con la salud comunitaria, el concepto de participación comunitaria es muy anterior y lo único que hizo Alma Ata es ligar las concepciones y metodologías de organización comunitaria y desarrollo comunitario, en las que el componente participativo (en sus diferentes expresiones) estaba implícito, a la reorganización de los servicios sanitarios o médicos.



'Sin título' (2001), obra del artista Juan Genovés.

Para entender los límites y oportunidades de la participación comunitaria en el presente y los diferentes enfoques implícitos, necesitamos tener una perspectiva histórica de este entrelazamiento y convergencia entre conceptos como organización comunitaria, desarrollo comunitario y salud comunitaria, y su relación con la salud pública y la atención primaria de salud.

Salud comunitaria, organización comunitaria, desarrollo comunitario: historia de una convergencia.

La expresión salud comunitaria la podemos encontrar ya a finales del siglo XIX y principios del XX para designar centros de salud que trabajaban en los vecindarios ([community health o neighborhoods health centers](#))^[1] de las grandes ciudades de EE.UU. Eran herederos de los [dispensarios caritativos](#)^[2], que también se llegaron a denominar *comunitarios* para significar que daban atención sanitaria fuera del hospital (como se ha dicho antes, a veces comunitario es un mero sinónimo de extrahospitalario). Eran dispositivos que surgen para satisfacer las necesidades de las masas populares inmigrantes de las ciudades industriales. Es decir, para atender la llamada *cuestión social*.

Como tal, surgen en paralelo a los propios servicios de salud pública, que acaban combinando actuaciones sobre el medio (saneamiento) con actividades preventivas dirigidas a las personas. Frecuentemente estas actuaciones sobre las personas

(vacunaciones, campañas contra enfermedades infecciosas, educación sanitaria, etc.) se proveían desde estos dispensarios o centros de salud comunitarios.

La cuestión social también dio como resultado los centros sociales comunitarios y el propio trabajo social, que en países como EE.UU adquirieron una importante influencia, merced a movimientos como el [Settlement](#) y figuras como [Jane Addams](#)^[3] [\[4\]](#) y Marie Ellen Richmond, consideradas las pioneras del trabajo social comunitario y de caso, respectivamente. La acción social y la acción sanitaria frecuentemente se entrelazaban y confundían, como ocurre en el caso de Lilian Wald^[5], a su vez considerada la madre de la enfermería comunitaria^[6] y perteneciente al mismo movimiento *Settlement*.

El elemento participativo de estos centros generalmente se limitaba a tener en cuenta las características culturales de las comunidades de inmigrantes que habitaban estos barrios y practicar una relación empática que tuviera en cuenta su dignidad, diversidad y condiciones de vida, preparándoles para ser buenos ciudadanos que conocieran e introyectarán los valores de la democracia norteamericana, mientras se mejoraba a través de la reformas sociales.

Sin embargo, hay iniciativas pioneras de participación comunitaria en salud más ambiciosas, a cargo de profesionales y activistas ligados a movimientos políticos y sindicales. Una muestra es el [Plan de la Unión Social de Milwaukee](#) (1911) impulsado por el matrimonio Wilbur y Elsie Phillips^[7], pioneros del partido socialista de EE.UU, que pusieron en práctica un modelo de acción comunitaria que combinaba la atención materno-infantil con la organización vecinal por manzanas. Y que rápidamente fue yugulado al cambiar la administración política de la ciudad. En la década de 1930', merced a las reacciones políticas y corporativas, estos centros vecinales quedaron reducidos a la mera atención sanitaria.

Sin embargo, fuera del sector sanitario, en el periodo de entreguerras (entre las dos guerras mundiales) van surgiendo propuestas de organización comunitaria muy relevantes, que, como veremos, posteriormente (de los años 50 hasta la conferencia de Alma Ata de 1978), serían adoptadas por el propio sector sanitario.

Para autores como el sociólogo peruano Giovanni Bonfiglio^[8], hay dos líneas y tradiciones en las concepciones de acción comunitaria: una es que se organiza alrededor del concepto de *organización comunitaria*, promovida por los servicios sociales, principalmente estadounidenses, y aplicada al mundo urbano desarrollado desde los años 20 del siglo pasado. La otra es el *desarrollo comunitario*, promovido por los administradores coloniales, principalmente británicos (Oficina Colonial británica), para designar técnicas de organización y dinamización del mundo rural de los países subdesarrollados que adquirieron aún mas vigencia como modelo de administración del periodo postcolonial.



El origen del desarrollo comunitario hay que buscarlo en las iniciativas de las administraciones coloniales (ejemplo, la Oficina Colonial Británica), para dinamizar el mundo rural de sus colonias y ex-colonias. En la foto: un líder de los considerados como "intocables" conversando con un oficial del gobierno de la India británica. Fuente: Getty images <https://www.bbc.com/news/world-asia-india-48619734>

Después de la II Guerra Mundial, el modelo de desarrollo comunitario es incorporado por las organizaciones internacionales, reforzado por las concepciones imperantes de *desarrollo económico y humano* que pasan a formar parte de su vocabulario y planes. Son arrastradas hasta la conferencia de Alma Ata de finales de los '70, donde impregnan la propuesta de APS.

La diferencia entre organización comunitaria y desarrollo comunitario es difícil de distinguir. Llegan a usarse indistintamente, especialmente en el periodo de los '60 y '70, cuando convergen con las aspiraciones de los movimientos nacionalistas y revolucionarios del llamado Tercer Mundo que reivindican la liberación de la dominancia económica y cultural del colonialismo y un desarrollo social y económico respetuosos con las tradiciones locales, adaptado a los recursos propios y enfocado a una mayor justicia social. Es una época que en el caso de Latinoamérica recibe bastantes influencias de la revolución cubana, la revolución china (médicos descalzos), la teología de la liberación, los movimientos cristianos de base, las ideas de la pedagogía social crítica de Paolo Freire^[9] en Brasil y de la antropología social y cultural. De alguna forma, recogen la tradición antes mencionada de los movimientos políticos urbanos del XIX

(socialismo y anarquismo principalmente), que consideraban la participación social como un instrumento para la revolución social.



La gran influencia del brasileño Paulo Freire y su pedagogía crítica en los movimientos de emancipación comunitaria

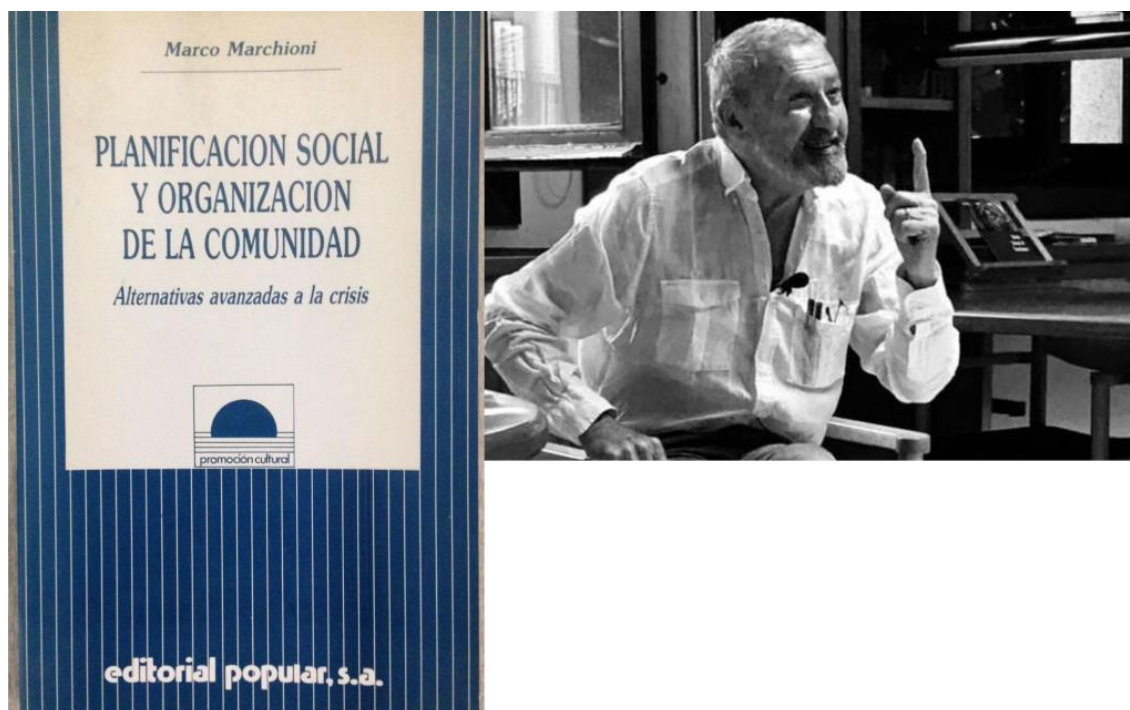
En este contexto surgen nuevos desarrollos teóricos y metodológicos de organización comunitaria, como los de Investigación-Acción-Participación^[10], que debemos a los colombianos Fals Borda^[11] y Camilo Torres, y la aplicación del desarrollo comunitario a este contexto, como los del argentino Ezequiel Anders-Egg y sus propuestas de animación socio-cultural^[12]. Aunque también son fertilizadas por reflexiones del mayo francés de 1968 sobre el poder-saber, las organizaciones sociales y las instituciones.



(Imagen de la página anterior) Investigación-Acción-Participación: nuevo desarrollo teórico y metodológico de organización comunitaria desarrollado por los sociólogos colombianos Fals Borda y Camilo Torres. Orlando Fals Borda (Izq) y Camilo Torres Restrepo (Der), fundadores de la sociología en Colombia en un acto publico de la Universidad Nacional, 1961. Fotografía: Diario El Tiempo. Fuente: https://facultadsociologia.usta.edu.co/images/documentos/Resea_Historica.pdf

La mayoría de las experiencias latinoamericanas que surgen de estos enfoques son abortadas por las sangrientas dictaduras militares que surgen a lo largo de la década de los 70 en ese continente, y muchos de sus impulsores son asesinados o tienen que exiliarse^[13]. Así llegan a Europa y a España muchas de estas ideas, métodos y pensadores. en un momento histórico (finales de 1970' y 1980') en que la recién recuperada democracia española está haciendo la reforma de los servicios de salud, muy influida por las ideas de la Conferencia de Alma Ata (1978).

Un ejemplo es la fértil aportación del trabajador social italiano Marco Marchioni^[14], del antropólogo argentino exiliado en México Eduardo Menéndez^[15] o del psiquiatra argentino Armando Bauleo^[16]. Formaron durante la década de los 80 y 90 a cientos de profesionales y equipos de salud, trabajo social y educación social en procesos comunitarios, enfoques antropológicos y dinámicas grupales y *contrainstitucionales* (antiburocráticas). Había una demanda profesional e institucional de desarrollar el mandato de participación comunitaria de APS, que difícilmente podía ser satisfecha desde la academia española.



Marco Marchioni (1937-2020), trabajador social italiano y una de las figuras más influyentes en la formación en intervención y participación comunitaria a profesionales

de la salud y servicios sociales en la España de los últimos cuarenta años. A la izquierda, portada de su popular obra "Planificación social y organización de la comunidad" (1989).

Sin embargo, en muchas otras ocasiones las concepciones de participación comunitaria han sido asumidas e importadas como “tecnologías” en los servicios sociales y de salud, sin conocer bien sus orígenes y lógicas históricas, y por ello, tampoco sus contradicciones y dificultades de aplicación.

Además de la organización comunitaria y el desarrollo comunitario, hay una tercera tradición de acción colectiva local que es la de la propia salud pública o [medicina social](#), cuyos orígenes ya hemos descrito antes y que en países como Reino Unido llega a cambiar de nombre por *medicina comunitaria* a mediados del siglo XX, para huir de la temida asociación del adjetivo “social” a socialismo. La enfermería de salud pública también había hecho su transición a la *enfermería comunitaria*.

Desde el periodo de entreguerras, hay iniciativas por parte de la Fundación Rockefeller y de la Liga de Naciones de desarrollar en países pobres proyectos piloto de servicios médicos básicos, no dependientes de la medicina privada, adaptados a los recursos y necesidades locales y con aspiración de convertirse en un modelo de servicio nacional de salud^[17].

Con la descolonización y las dinámicas que siguieron a la postguerra, las renovadas organizaciones internacionales (ONU, UNICEF, UNESCO, OMS, OIT, BM) retoman su interés por encontrar modelos sanitarios alternativos al costoso modelo clínico basado en la disponibilidad de sofisticada tecnología sanitaria y farmacéutica, inasumibles para las nuevas naciones y con pobres resultados en términos de salud pública. Ahí se funden progresivamente el desarrollo comunitario con la salud pública. También sus orientaciones de la participación comunitaria aplicada a la salud.



Con la descolonización de mediados del siglo XX, las organizaciones internacionales (ONU; OMS, etc) se interesan en modelos sanitarios alternativos y de menor coste que el

modelo occidental tecnologizado, que tenían una base comunitaria. Un médico descalzo chino recolecta medicamentos a base de hierbas en una montaña en la provincia de Fujian en la década de 1970. [Foto / IC. Fuente: <https://revueltaglobal.home.blog/2021/11/13/medicos-descalzos-chinos-un-progreso-revolucionario-en-la-idea-internacional-de-la-salud-segun-la-oms-de-1978/>]

Basta recordar que los ideólogos de Alma Ata habían trabajado en países del Tercer Mundo. El director general de la OMS, Halfdan Mahler, había trabajado en Ecuador y luego en el programa antituberculoso de la India, donde el desarrollo comunitario tuvo la máxima expresión durante el gobierno de Nehru de '1950 y en el que el componente sanitario era muy fuerte. Similares conexiones con experiencias de desarrollo comunitario las encontramos en Mike Newell, el llamado *comadrón de Alma Ata*^[18]. Después de Alma Ata, la Carta de Ottawa acaba por consolidar la llamada a la participación en todas las acciones de promoción de la salud.

En resumen, el modelo de participación comunitaria en salud, como enfoque y como metodología, que tenemos asociado a la salud comunitaria y a la atención primaria de salud, es muy anterior a Alma Ata y bebe de cuatro tradiciones, tres de las cuales son ajenas al sector sanitario: a) de la sociología y el trabajo social (organización comunitaria); b) de la descolonización, el desarrollo económico y la cooperación internacional (desarrollo comunitario); c) de los movimientos populares anticoloniales y por la justicia social (emancipación comunitaria) y d) de la aplicación del enfoque salubrista a la atención clínica (salud comunitaria).

Las cuatro tradiciones acaban entrelazándose, confundiéndose, incluso, contradiciéndose. Basta decir que la participación comunitaria puede ser una tecnología de doble filo: puede servir tanto para que los estados o instituciones que la impulsan consigan una mayor adhesión a sus programas por parte de la población movilizada o “dinamizada”, como para que organizaciones revolucionarias consigan movilizar a la misma y “emanciparla” frente de los poderes dominantes. Sirven tanto para consolidar una administración postcolonial vinculada a la metrópolis, como para facilitar la rebelión anticolonialista. En el campo de la salud, puede servir tanto para conseguir una mayor captación y adhesión a un programa o meta de salud, y, por lo tanto, la legitimización de la institución sanitaria que la impulsa, como a que tome conciencia esa comunidad de la falta de equidad en salud y reivindique otras políticas públicas a esos poderes.

Citas del capítulo

- [1] Rosen, G. "El primer movimiento de los centros vecinales de salud. Su auge y su caída". En: "De la Policía Médica a la Medicina Social". Siglo XXI editores, 1985. Os podéis descargar el artículo original (en inglés) de 1971 [Rosen, G. The First Neighborhood Health Center Movement-Its Rise and Fall. *American Journal of Public Health*, vol 61, num 8, 1620-1637 (1971)] aquí: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1530197/pdf/amjph00743-0151.pdf>.
- [2] Rosenberg CE. Social class and medical care in nineteenth-century America: the rise and fall of the dispensary. *J Hist Med Allied Sci*. 1974 Jan;29(1):32-54. doi: 10.1093/jhmas/xxix.1.32. PMID: 4589725.
- [3] Jane Addams (1910). "20 years at Hull-House", Empire Books, 2011, 276 pag.
- [4] Jane Addams Hull House: el valor de un centro social. Ediciones Paraninfo y Consejo General del Trabajo Social. 2013, 88 pags
- [5] Lilian Wald. The House on Henry street. HardPress Publishing, 2012, 382 pag
- [6] La enfermería comunitaria ha tenido un interesante desarrollo específico que ha justificado que esta profesión sea una de las que mayores aportaciones (teóricas y metodológicas) haya hecho al campo de la salud comunitaria. Para conocer mejor su historia y contenidos, recogemos la recomendación bibliográfica aportada por Pilar Serrano a este texto: Allender, J y Rector, C, *Community Health Nursing. Promoting and Protecting the Public Health*, Wolters Kluwers, 2010. Accesible en: <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/660/1/Community%20Health%20Nursing%207th%20ed.%20-%20J.%20Allender%2C%20et.%20al.%2C%20%28Lippincott%2C%202010%29%20WW.pdf>
- [7] Phillips, Wilbur C. "Adventuring for Democracy". Pp. 396. New York: Social Unit Press, 1940
- [8] Giovanni Bonfiglio, Los orígenes del "desarrollo de la comunidad". Instituto del Perú, Lima, 2019. <http://institutodelperu.pe/wp-content/uploads/2019/04/Los-origenes-del-desarrollo-de-la-comunidad.pdf>
- [9] Paulo Freire. Pedagogía del oprimido. Siglo XXI editores, 2011.
- [10] Para acercarse a la IAP: Colectivo IOE. Investigación acción participativa: propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía. Córdoba, junio 2003. <https://www.colectivoioe.org/uploads/89050a31b85b9e19068a9beb6db3dec136885013.pdf>
- [11] Fals Borda, O. y Rodríguez Brandao, C., *Investigación Participativa*, Ed. de la Banda Oriental, Montevideo, 1987,
- [12] Ezequiel Anders-Egg. *Metodología y práctica de la animación sociocultural*. Madrid: EDITORIAL CCS, 2000.

[13] Muchos de los que habían aplicado estas ideas de organización comunitaria al campo de la salud, tampoco pueden participar de la Conferencia de Alma Ata, reunión que pretendía dar a conocer ejemplos de buenas prácticas que justificaran el nuevo modelo.

[14] Marchioni, Marco. *Planificación social y organización de la comunidad*. Popular, Madrid, 1987

[15] Menendez, Eduardo L. *Poder, estratificación social y salud*. Publicaciones URV, 2018

[16] Bauleo, Armando. *Contrainstitución y grupos*. Editorial Fudamentos, 1977

[17] Weinding, Paul. "La Fundación Rockefeller y el organismo de salud de la Sociedad de Naciones: algunas conexiones españolas" *Rev. Esp. Salud Pública*, 2000, vol.74, nº.mon, p.00-00. ISSN 1135-5727.

en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v74nmon/weinding.pdf>

[18] Sócrates Lisios. 2021. Op cit

6. Modelos de participación comunitaria

Principios de la participación comunitaria

Hay múltiples documentos que enuncian los principios básicos en los que se basaría este enfoque de participación comunitaria o social. Vamos a seleccionar los cuatro principios básicos que consideraba Marco Marchioni:

- a) Nunca se podrá hacer un verdadero cambio si no es a través de la plena participación de las personas interesadas.
- b) Autodeterminación de los individuos y de las colectividades para elegir su propio camino de desarrollo.
- c) El ritmo de desarrollo no debe ser impuesto desde el exterior.
- d) La acción social deberá favorecer la maduración colectiva a través de la toma de conciencia de los problemas y la participación de la comunidad en el proceso de mejoramiento de la situación ^[1]



Participación comunitaria. Así se titula esta foto de Silvia López que aparece en la revista digital argentina "Soberanía sanitaria". Fuente: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/participacion-comunitaria/>

Modelos de participación comunitaria

Didier Fassin^[2] distingue dos modelos de participación comunitaria que no son incompatibles: como movilización y por delegación.

1. Participación como movilización

Busca ligar directamente a la población a actividades de desarrollo comunitario con interés para la salud, sin la intervención de ningún intermediario (agente de salud, consejos de salud). Puede ser un programa de vacunación, de lucha antipalúdica o de saneamiento, o cualquiera de los “clásicos” programas de prevención y promoción de la salud. Para tener éxito no solo tiene que aplicar técnicas de dinamización grupal o asamblea y de búsqueda del consenso, sino también tener en cuenta las normas culturales y sociales locales, las estructuras de poder y liderazgo local y considerar que los deseos de cambio pueden chocar con las pautas y prioridades tradicionales.



Participación como movilización. El uso de carpas en las calles, a veces aprovechando la celebración de "días mundiales", es un ejemplo de estrategia de movilización del vecindario. Estas acciones deben estar bien encuadradas en un proyecto local de salud comunitaria. Se deben utilizar estos contactos en la calle para la escucha activa del vecindario y el establecimiento de vínculos con el equipo de salud del barrio, evitando así el permanente riesgo de que se conviertan en meros actos puntuales de marketing institucional o de "alfabetización sanitaria". Acción del Centro Municipal de Salud Comunitaria de Latina (Madrid) en 2021. Fuente: <https://diario.madrid.es/latina/2021/01/29/labor-de-calle-y-escucha-activa-en-las-carpas-del-centro-municipal-de-salud-comunitaria/>

2. Participación por delegación

Se basa en el principio de delegación, por el que se utilizan agentes intermedios entre la institución y la población. A su vez, Fassin distingue dos submodelos, dependiendo si es una delegación técnica (se delega el saber) o una delegación política (se delega el poder). En uno se busca la *desprofesionalización* y en el otro la *representación*:

A) Delegación técnica: los agentes comunitarios de salud.

La inspiración original fue el modelo de médicos descalzos de la China revolucionaria, por el que se formaban a miembros de la sociedad en rudimentos de medicina y salud pública. Como dice Fassin^[3], buscaban contrarrestar el pensamiento elitista de los médicos chinos, que como clase profesional no tenía interés en atender a las poblaciones rurales desfavorecidas. En otros contextos, se aplicó para contar con el saber de personas que conocían bien las dinámicas locales y pueden mediar con la institución al recibir una formación mínima que les acerca a sus lenguajes, saberes y lógicas técnico-institucionales. Mas que sustituir a los profesionales sanitarios, los complementan y ayudan. Aunque frecuentemente acaba profesionalizándose. Por ello, un elemento crítico es cómo se eligen los agentes comunitarios de salud que van a legitimarse y formarse para esa función; y cómo se les remunera o compensa.



Los agentes comunitarios de salud son fruto de un modelo de participación por delegación técnica, ampliamente extendido. En este caso, impulsados por el ministerio de salud de Perú. "Ser agente comunitario de Salud, es una bendición de Dios, porque visitamos a las mamás, niños, familias enteras, ayudando a mejorar su alimentación, su salud, evitamos las muertes maternas en gestantes e informamos sobre enfermedades que afectan la salud en nuestra comunidad", señaló emocionada la señora Máxima Mendoza Carhuamaca, quién desde hace siete años realiza acciones de un Agente Comunitario de Salud (ACS)". Fuente: <https://nteve.com/minsa-reconoce-labor-de-600-agentes-comunitarios-%EF%BF%BC/>

A veces estos agentes de salud son usuarios o grupos de usuarios (generalmente, usuarias) de un centro de salud y de sus actividades y proyectos comunitarios (por ejemplo, de grupos de paseos saludables o de talleres de empoderamiento de mujeres u hombres), que quieren quedar vinculadas al mismo (a modo de “club de fans” del centro o programa) y contribuyen voluntariamente a la difusión y mejora de los mismos. Gracias a su doble saber: el saber comunitario lego, como miembros del vecindario, y el saber profesional adquirido como consecuencia de la formación y experiencia en esa actividad, pueden ser incorporadas al proceso de evaluación y reformulación del proyecto.

Fassin advierte contra la tentación de considerar que los agentes de salud comunitarios son un fin en sí mismo, más que un medio. Es decir, países en los que “la puesta en práctica de la APS se haya limitado esencialmente a la formación de trabajadores rurales con la enseñanza de algunas tareas estereotipadas de prevención y promoción de la salud”^[4], sin considerar el resultado de su acción, y sin implementar otros servicios. Por eso, considera que una de las causas de los fracasos para ser aceptados en algunas comunidades rurales africanas con pobre acceso a la atención médica, es que sus conocimientos, eminentemente de prevención y promoción de la salud, no incluían saberes curativos, que eran considerados prioritarios por las comunidades, ni disponían de medicamentos.



En España tenemos varios ejemplos **de** agentes comunitarios de salud. Esta acuarela corresponde al proyecto impulsado en 2015 con un grupo de 10 agentes (7 mujeres), desde el CMSc Villaverde (Centro Municipal de Salud Comunitaria del distrito de Villaverde en Madrid). Fuente: [Carmen Ramos Martín, Marta Sastre Paz, Belén Álvarez Sánchez et cols, "Puesta en marcha del proyecto Agentes Comunitarios de Salud en el distrito de Villaverde de Madrid", Comunidad, julio 2018;20\(2\):2](#)



Estudio exploratorio de cuatro casos de dinamización e intervención comunitarias (entre los que se incluye el de los agentes comunitarios de salud de Villaverde, antes mencionado), elaborado por Antonio Alcántara por encargo del Servicio de Acción Comunitaria del Ayuntamiento de Barcelona, 2019. Accesible en: https://ajuntament.barcelona.cat/acciocomunitaria/sites/default/files/documents/2019_guia_serveispublics_esp.pdf

B) Delegación política: los consejos o comités de salud

En este caso la participación se hace por representación de un grupo de miembros de la comunidad que son elegidos para representar sus creencias e intereses en la administración de un centro, de un programa o de un fondo. Estos consejos o comités de salud se convierten en los interlocutores con los administradores de los centros o fondos.

Cuando representan a los usuarios de un centro de salud pueden a veces actuar como contrapoder de los intereses de los profesionales de ese centro. De hecho, el consejo de salud frecuentemente se limita a ser un espacio de dialogo de los representantes del vecindario con los gestores y con los profesionales sanitarios. En pocas ocasiones tienen no solo voz, sino voto en las decisiones estratégicas y operativas tomadas desde la

institución. Es decir, estas formas de participación suelen consistir en una delegación de poder muy limitada. En España, los consejos de salud tuvieron un desarrollo muy modesto, a pesar de estar reconocidos en varias normativas estatales y autonómicas.



Los consejos de salud como ejemplo de participación por delegación política. Reunión del Consejo de Salud de la isla de Lanzarote de noviembre de 2021, en el que están representados instituciones, trabajadores sanitarios, pacientes y vecindario organizados: el Cabildo insular, ayuntamientos de la Isla, colegios profesionales, asociaciones de pacientes, sindicatos y asociaciones vecinales. El escenario no inspira en principio horizontalidad, deliberación e interactividad. Fuente: <https://www.lancelotdigital.com/lanzarote/el-area-de-salud-de-lanzarote-celebra-una-reunion-del-consejo-de-salud-de-la-isla>

A veces la participación comunitaria de interés para la salud no se desarrolla en el ámbito sanitario, como los consejos de salud, sino en espacios de participación vecinal, como lo son los casos en que un ayuntamiento delega la decisión sobre el destino de una parte de sus presupuestos en la decisión vecinal. Son los llamados *presupuestos participativos* que van asociados a la creación y dinamización de consejos vecinales que recojan las necesidades sentidas de la comunidad y se consensue y priorice el destino de esos presupuestos.

Según Antonio Ugalde^[5], muchas de las experiencias de participación comunitaria en salud de Latinoamérica fracasaron cuando el vecindario comprobó que la institución que los impulsó no respondía a sus demandas sociales, o cuando se acabaron los fondos a administrar de un programa. La participación comunitaria es un proceso político, y como tal, dependerá del sistema político donde se desarrolla, que determinará los límites y posibilidades de las experiencias locales. Lo que Ugalde concluye es que no debe ser organizada por gobiernos y agencias internacionales, para satisfacer sus propias necesidades políticas.

Citas del capítulo

[1] Marchioni, Marco. 1987, op cit, Pag 55-58

[2] Fassin, Didier. "Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud". En: Eduardo L Menendez y Hugo Spinelli (coords). *Participacion Social ¿Para qué?*. Lugar editorial 2006.

[3] Ibidem, pag. 131.

[4] Ibidem, pág. 132

[5] Antonio Ugalde: "Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programa de salud en Latinoamérica". En: Eduardo Menéndez-Hugo G Spinelli (coords): *Participación social ¿Para qué?*. Lugar editorial 2006. Pág. 20-49

6. Por dónde empezar sin desanimarse

Compartiremos ahora algunos recursos metodológicos de dinamización de procesos de acción y participación comunitaria. Deben ser entendidos como meras guías o herramientas docentes (*por dónde empezar*), más que estándares acreditadores del *pedigree comunitario*, considerando que la participación puede ser catalizada de muy diferentes formas (escucha activa, promoviendo procesos grupales, favoreciendo procesos democráticos, etc.) y a diferentes ritmos. Y siempre en función de la realidad comunitaria e institucional concreta.

Metodologías de dinamización de los procesos de acción y participación comunitaria

En los últimos años se han editado muchas guías que intentan acercar a los profesionales de la salud a las metodologías para movilizar o dinamizar las redes comunitarias hacia metas de salud. No vamos a reproducir, ni sintetizar aquí sus contenidos, limitándonos a dar algunas referencias para las personas interesadas en las mismas:

1. No específicas de salud comunitaria:

- Guía operativa d'acció comunitaria (IGOP) <https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/bitstream/11703/91427/1/2577.pdf>
- “La democracia en acción. Una visión desde las metodologías participativas”. Antígona Procesos Participativos, 2010. <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2016/11/12/organizar-la-participacion/lademocracia-en-accion-metod-participativas/>
- Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria (IGOP): https://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2016/03/Guia_operativa-EAC_2016.pdf
- Brúixola comunitària. Guia per promoure l'acció comunitària les entitats socials. Barcelona, Entitats Catalanes d'Acció Social, 2020, 102 p. https://acciosocial.org/wp-content/uploads/2020/06/Bruixola-comunitaria_web_ECAS.pdf

2. Orientadas a la salud comunitaria

- Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf Es un documento muy completo con muchas referencias a otros recursos, entre ellos los que figuran a continuación, cuyos enlaces hemos obtenido de este documento.
- ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? (PACAP-SEMFyC). <https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/recomendacionesPACAP1.pdf>

- Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria de Euskadi (Osakidetza) https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia-metodologia-esp.pdf
- Guía para trabajar en Salud Comunitaria en Asturias (Observatorio de Salud Asturias) <https://obsaludasturias.com/obsa/guia-de-salud-comunitaria/>
- Barcelona Salut als Barris. Com desenvolupar l'estratègia de salut comunitària (Agència de Salut Pública de Barcelona) https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/11/Barcelona_Salut_als_Barris_Com_desenvolupar_estrategia_salut_comunitaria_2017.pdf
- Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria (SEMFyC) <https://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria/>
- Guía AdaptA GPS Participación comunitaria (Ministerio de Sanidad) https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_579_Guia_Adapta_Participacion_-_Comunitaria.pdf
- Guías Xarxa Salut 2. Conceptos de Salud para escucharnos y comprendernos (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública Valencia) <http://www.soneja.es/sites/L01121068/files/2020-10/2.%20Conceptos%20de%20salud.pdf>
- Guías Xarxa Salut 3. Caja de herramientas (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública Valencia) http://www.alianzasaludcomunitaria.org/wp-content/uploads/2019/02/XarxaSalut_3.pdf
- Tejiendo Salud. Guía para la Acción Colectiva desde Realidades de Pobreza (Madrid Salud) https://madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/Guia_Tejiendo_Salud.pdf



Juan Genovés, Sin título, 2016

Las múltiples expresiones de la participación comunitaria

Acabaremos esta sección diciendo que la *prueba del algodón* puede tener diferentes expresiones. Es decir, si entendemos la participación comunitaria como elemento que legitima o proporciona el necesario “pedigree” para que una actividad de salud comunitaria pueda considerarse como tal, la participación puede ser atendida y ejercida de muy diferentes formas y no solo aprendiendo y aplicando una tecnología de movilización grupal y social.

Bajo nuestro enfoque, tenemos que entender que promover la participación es, sobre todo, escuchar, reconocer al otro u otra (sea o no profesional), sus saberes, respetar su diferencia y dignidad, atender sus ritmos, sostener sus procesos, favorecer su autonomía y ayudarla a decidir. Eso puede desarrollarse en diferentes ámbitos y encuadres y tener diferentes expresiones:

1. La escucha en las consultas y entrevistas, aportando conocimientos, herramientas y habilidades para que la persona tome sus propias decisiones (clínicas, de cambio de hábitos de salud, de cambios vitales)
2. Favorecer procesos grupales, tanto en los equipos profesionales de salud, como en los grupos de personas cuidadas por el equipo de salud. Procesos que permitan aclarar la tarea del equipo o grupo, identificar las contradicciones entre el encargo institucional y la tarea, aprender o desvelar lo oculto (*Aletheia*), y acabar definiendo un proyecto propio en función de las motivaciones y contextos de las personas que forman estos grupos.
3. Apoyar procesos de democracia participativa en el vecindario desde el saber técnico de los profesionales de salud, respetando los ritmos y prioridades de la comunidad. Reconociendo, como dice Eduardo Menéndez^[1], las dinámicas de continuidades y discontinuidades en los procesos de participación comunitarios. Eso significa: primero, considerar que ha habido procesos participativos previos a que nosotras llegáramos a esa comunidad, que fueron interrumpidos y que convendría recuperar y conocer para aprender de ellos. Y que cuando el proyecto de participación comunitaria en el que ahora estamos implicados llegue a su fin, la comunidad seguirá existiendo y generando otros en el momento oportuno.

^[1] Eduardo Menéndez. "Las múltiples trayectorias de la participación social". En: Eduardo Menéndez-Hugo G Spinelli (coords): *Participación social ¿Para qué?*. Lugar editorial 2006. Pág. 55 y 56

7. Sí se puede: diez ejemplos

Cerraremos este texto, dando algunos ejemplos de programas y proyectos de salud comunitaria en los que he estado implicado. Debemos advertir que no hay programas específicos de salud comunitaria. Cualquier acción programada con el objetivo de mejorar la salud de las personas que habitan un territorio puede considerarse comunitaria, siempre y cuando se cumplan los principios antes aludidos: perspectiva comunitaria, orientada a la equidad en salud y al empoderamiento de la comunidad en relación a su salud; escucha de las necesidades sentidas y del saber de su vida cotidiana (cruce de saberes); aprovechamiento de los activos en salud y recursos locales; mayor o menor protagonismo de las personas y su comunidad en la fijación de prioridades, etc.

Cualquiera de los “clásicos” programas de promoción de la salud podemos ejecutarlos con esta orientación comunitaria: promoción de la salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva, salud mental, salud escolar, salud laboral, salud ambiental, envejecimiento activo y saludable, alimentación saludable y ejercicio físico, etc. No los podemos considerar de orientación comunitaria, cuando se desarrollan de forma descontextualizada, aplicando las mismas actividades y contenidos en cualquier territorio y momento histórico, basándose en consejos de salud estandarizados y aplicando una educación sanitaria sin apenas interactividad, en la que domina el saber profesional y se desprecia el saber popular. Y, por lo tanto, las prioridades siempre son marcadas “desde arriba” (la institución y sus profesionales).

Esta pertinencia y coherencia comunitaria no es fácil y exige que los profesionales y equipos que programan y evalúan, tengan (al menos en la fase de diagnóstico y fijación de prioridades) espacios que faciliten la escucha de las necesidades sentidas por la comunidad. También incorporarla de alguna forma en todo el proceso de evaluación del programa. Y no solo a las personas que se han beneficiado directamente del programa, sino a aquellas que han podido sufrir barreras para el acceso al mismo o ni siquiera han llegado a saber de su existencia.

También es difícil considerar como comunitario un programa de promoción de la salud, cuando no se consideran las desigualdades sociales en salud en el diagnóstico, definición de objetivos y población diana, sistema de información (variables sociales) y evaluación (impacto en equidad en salud), a pesar de que se invoque su orientación hacia la equidad en salud en los principios del programa.

En todo caso, podemos destacar aquellos proyectos o programas de prevención y promoción de la salud, que han demostrado mayor potencial de generar vínculos de solidaridad, cooperación e identidad territorial, alrededor de la salud colectiva y los cuidados comunitarios.

En base a nuestra experiencia profesional en el municipio de Madrid^[1], hemos seleccionado diez ejemplos que se exponen a continuación. Algunos son proyectos, otros actividades y otros métodos comunitarios de investigación-acción, que pueden entrelazarse entre ellos:

1. Arte y salud.

La incorporación de artistas a los equipos de salud permite aprovechar las artes como herramientas que facilitan la expresión de emociones y la generación de vínculos por encima de barreras de edad, etnia, clase social, género, orientación sexual, cultura, etc. (recordemos *la cooperación exigente*)^[2].

El arte no solo es un instrumento de salud mental, aplicado tanto individual como grupalmente (la *arteterapia* es uno de sus desarrollos), sino que facilita la dinamización de las redes comunitaria, la mediación social y la expresión colectiva de las emociones en el espacio público. El embellecimiento participativo de ese espacio público (por ejemplo, cuando se hace un mural de forma participativa), permite generar dinámicas de identidad y cuidado comunitario que tendrán un traslado en términos de salud^[3].

La aplicación de otras técnicas artísticas, como el teatro o el cine comunitario, no solo tiene valor terapéutico para las personas que participan como protagonistas, sino que permiten a los espectadores compartir historias de vida en las que aflora la desvalorizada vida cotidiana de las comunidades y facilitan la toma de consciencia de los problemas y oportunidades comunes para la salud colectiva de esa comunidad^[4].



«Creando en punto: caminos por recorrer». La construcción de un grupo femenino de autoayuda y empoderamiento en el CMSc de Usera, a partir de un proyecto artístico: confeccionar un telar aprovechando una habilidad muy popular entre las mujeres españolas de una generación (hacer punto), y que estimula la conversación, las confidencias y la sociabilidad. La convocatoria de la actividad se hace en forma de taller que permitirá un proceso grupal a partir de una tarea artística. El grupo «crece» a medida que va creciendo el tapiz (la tarea). Isabel Gallardo, la artista que diseñó el proyecto (como tesina del Máster de Educación Artística en instituciones sociales y culturales-MEDART- del Curso 2013-2014, dirigido por la profesora Noemi Avila y cuyas prácticas en el centro de salud son facilitadas y estimuladas por su directora Ana Orellana y la psiquiatra comunitaria del centro, Lola Claver) acompaña al grupo, les da el empujón inicial y facilita la construcción de la obra artística. Al finalizar el taller, las mujeres siguen reuniéndose en el centro de forma autónoma y «tejiendo» nuevos proyectos. Foto: Comunicación al Congreso SEE 2014, Orellana, A, Segura, J y cols «Arte y Salud, una buena alianza».

2. Prevención de la soledad no deseada

Hay una creciente alarma social por las personas mayores que mueren solas en su domicilio y no son descubiertas hasta meses después por la alerta de sus vecinos. Es solo la punta de un iceberg de un fenómeno social que no se limita a las personas mayores, sino que incluso es más prevalente en otros grupos sociales, como las personas con enfermedad mental o discapacidad, las madres de las familias monomarentales, los inmigrantes en las primeras fases de su proceso migratorio, etc.^[5]

Hay muchos estudios^[6] que asocian este sentimiento de soledad a un mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades (enfermedades mentales, cardiovasculares, diabetes, etc.). Hay diferentes posturas para entender esta asociación y para identificar el origen de este fenómeno. Dependiendo de cómo lo entendamos, también vamos a aplicar diferentes formas de abordarlo.



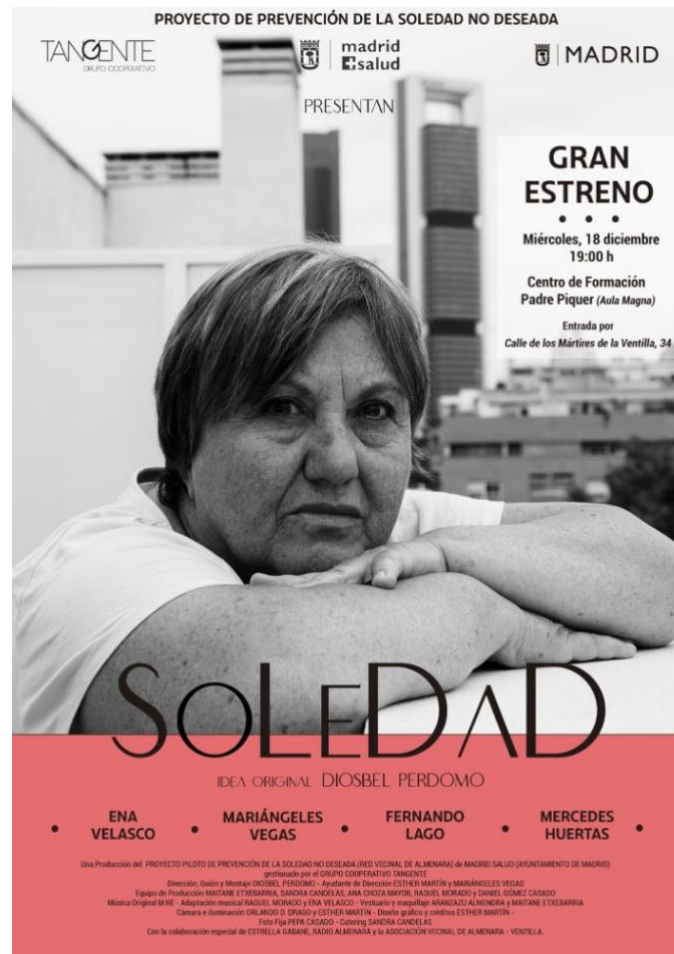
<https://youtu.be/kEgijuWvmg8>

Video presentación del proyecto de prevención de la soledad no deseada del Plan "Madrid, Ciudad de los Cuidados" (2015-2019). Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid

Desde nuestra visión de la salud comunitaria, consideramos que la soledad no deseada es un emergente de "No Comunidad". Es decir, que se han debilitado los lazos de buena vecindad y de cuidado comunitario en nuestros barrios y ciudades. O que no se han promovido allí donde apenas existieron. Por ello, las soluciones no pueden ser solo individuales (acompañamiento por personas voluntarias), como predicen algunos enfoques, sino que tiene que ir acompañado por la construcción de "más comunidad" en ese territorio y la promoción de la vinculación de esas personas que se sienten solas a esas redes comunitarias. Promovido de una forma respetuosa, empática e inteligente: acertando en aquellos deseos y vínculos que son significativos y placenteros para las personas que queremos cuidar y abordando los determinantes sociales comunes (vivienda, trabajo, renta, discriminación, estigma, barreras arquitectónicas, educación, espacio público, etc.) que están en el origen de esa soledad.

Desde esta visión y este abordaje, los proyectos de prevención de la soledad no deseada tienen en este momento un gran potencial de desarrollo comunitario, aprovechando ese escándalo social y ese interés institucional (¿es una moda?)^{[7] [8]}. Sin embargo, hay

que evitar que la soledad no deseada se convierta en otra etiqueta de diagnóstico médico o psicológico, naturalizando e individualizando el fenómeno, incluyéndolo en la taxonomía al uso, y aislándolo de las responsabilidades que tienen los poderes públicos, nuestro sistema socio-económico y nuestros “estilos de vida” en su generación.

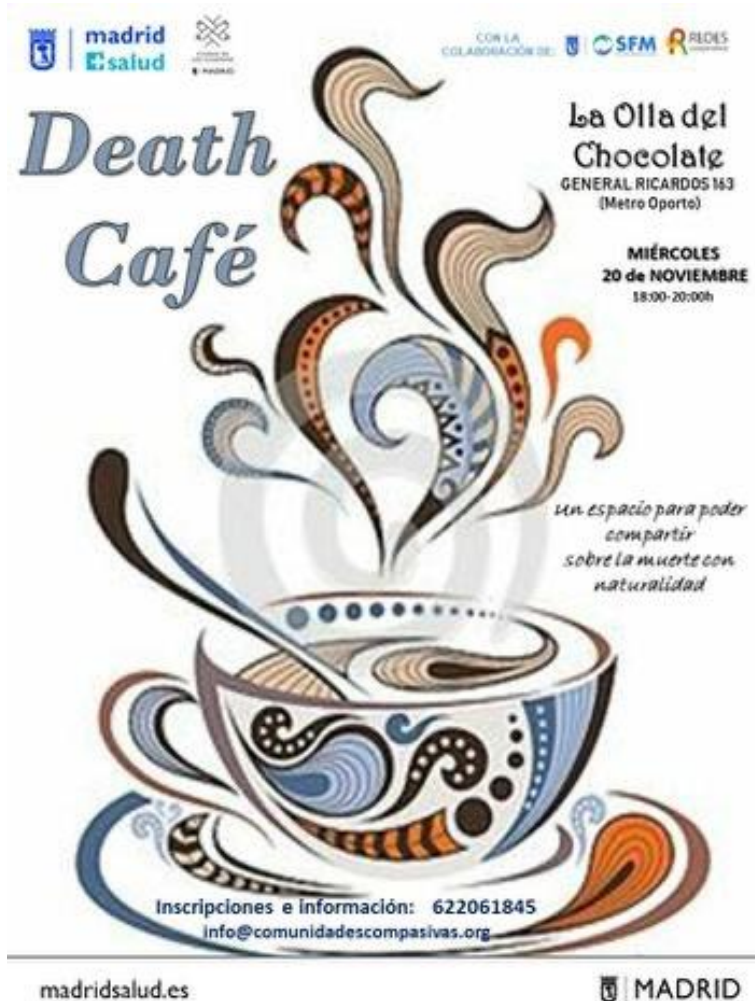


Cartel de la película "Soledad", escrita, dirigida y protagonizada por los vecinos y vecinas de La Ventilla de Madrid, uno de los dos barrios donde se puso en marcha el proyecto piloto de prevención de la soledad no deseada (2017-2019), gracias a la colaboración entre Madrid Salud (bajo la dirección de Mónica Díaz) y un equipo de dinamizadores comunitarios de la cooperativa Tangente (coordinados por Sandra Candela). En él mismo se dramatiza la situación de soledad de una mujer y las formas de solidaridad vecinal desarrolladas para abordarlas. Su estreno a finales de diciembre de 2019 fue agridulce, pues a la alegría vecinal por poder compartir y ver montada esta bella obra artística colectiva, se sumó la tristeza por el desmontaje del proyecto piloto por la nueva dirección política municipal de Madrid (ver: ["El Ayuntamiento desmantela un proyecto vecinal para combatir la soledad", Julia F Cadenas, El País, 14 enero de 2020](#)), bajo la argumentación de que se iba a continuar con un enfoque diferente. Recuérdesse lo mencionado en las pasadas entregas de la necesidad de considerar las dinámicas de continuidades y discontinuidades de los proyectos de salud comunitaria.

3. Comunidades compasivas

Otro emergente de “No Comunidad” es la torpeza y dificultades que tenemos colectivamente para enfrentarnos al final de vida, la muerte y el duelo. La muerte y el sexo (Eros y Tanatos) siguen siendo los grandes tabúes de nuestra sociedad, lo que se concreta en las dificultades que tenemos para introducir tanto la educación sexual, como la “pedagogía de la muerte” en nuestras escuelas.

Cuando preguntamos a la gente dónde les gustaría morir, la mayoría contestan que en sus casas rodeadas por las personas queridas. Pero la realidad es que al final la mayoría muere en los hospitales rodeados de la frialdad de la tecnología sanitaria y aislados de su entorno vital y comunitario. Esto no solo es debido a los déficits de servicios de cuidados paliativos a domicilio, sino a los insuficientes cuidados comunitarios. Es decir, procesos y acciones de apoyo y consuelo desde la propia comunidad, que faciliten a las familias no delegar por defecto el cuidado del final de vida en los profesionales e instituciones sanitarias. Por otra parte, las comunidades pueden cumplir una importante misión en el consuelo y la empatía hacia las vecinas y familias que están pasando un duelo y evitar que se convierta en un duelo patológico.



(Imagen de la página anterior). Cartel de convocatoria de un "Café de la muerte", donde el vecindario comparte sus experiencias de duelo alrededor de un café y crea nuevos vínculos de acompañamiento y ayuda mutua. Esta actividad se realizó en el contexto del proyecto piloto de "Comunidades compasivas de cuidados y prevención del duelo complicado" del Plan "Madrid, Ciudad de los Cuidados" (2015-2019), puesto en marcha entonces en dos barrios del distrito de Carabanchel, gracias a la colaboración de Madrid Salud (bajo la dirección de Elisa Lillo y la participación muy activa del Centro Municipal de Salud Comunitaria de Carabanchel, y su director, Eduardo Martínez) con la UTE formada "ad hoc" por las cooperativas Plan Comunitario de Carabanchel y Redes Cooperativas (equipo coordinado por Rosalía Lorenzo). A diferencia del piloto de prevención de la soledad no deseada, afortunadamente este proyecto sobrevivió al cambio político municipal.

Los proyectos de comunidades compasivas y de promoción de los cuidados al final de la vida^[9] tienen este objetivo: fortalecer a las comunidades en el abordaje colectivo de la muerte, resignificarla a partir de los valores locales y las historias de vida compartidas^[10]. Es otra forma de prevenir la soledad no deseada. También el suicidio. Por otra parte, ha habido experiencias muy prometedoras de aplicar el arte y la arteterapia en estos proyectos^[11].

4. Entornos urbanos escolares y otros diseños urbanos participativos

El urbanismo social y participativo está lleno de ejemplos de proyectos que intentan transformar el espacio público de forma participativa e incluyendo objetivos de bienestar social, salud colectiva, cuidado comunitario y sostenibilidad ambiental. Bajo nuestra experiencia, la alianza entre urbanismo social, ecología social y salud comunitaria es muy fértil. Un ejemplo lo fue el proyecto de cuidado de entornos escolares del Plan Madrid Ciudad de los Cuidados^[12], pero podríamos encontrar decenas de ellos.



Portada de la guía de diseño de entornos escolares, elaborada por el equipo MICOS, que fue aplicada en el proyecto de cuidado de entornos escolares del Plan "Madrid, Ciudad de los Cuidados" (2015-2019), por el que se transformaron de forma participativa los patios de tres colegios de educación primaria de tres barrios de Madrid. Fue fruto del trabajo conjunto de profesionales de varias áreas de gobierno municipal (medioambiente, urbanismo, salud,...) y las correspondientes juntas de distrito, coordinado por Mónica Díaz de Madrid Salud. Lamentablemente, este hermoso proyecto tampoco tuvo continuidad en la nueva legislatura, a pesar de la satisfacción de los agentes implicados (madres y padres, alumnado, docentes y dinamizadores de salud comunitaria). Nos queda el consuelo que la ciudad de Barcelona ha aprovechado al parecer esta experiencia (y otras similares) para replicar el proyecto en sus barrios y colegios.

En el mencionado proyecto se aprovechó la gran demanda que había por parte de las AMPAS de hacer obras en los patios escolares (demandas que salían priorizadas en los presupuestos participativos del periodo 2015-2019 en Madrid), para proponer un modelo alternativo de intervención en dichos patios y en los accesos a los centros escolares, que crearan condiciones espaciales favorables a la coeducación, la actividad física, el juego en equipo, y las interacciones sociales no discriminatorias.

5. Paseos saludables

Son actividades grupales en principio pensadas para la promoción de la actividad física reglada en personas con riesgo de sedentarismo, obesidad o diabetes, pero que pueden incorporar objetivos más complejos y variados, como la prevención de la soledad no deseada y el aislamiento social o la empatía entre grupos sociales, culturales y etarios diferentes: acercamiento de la comunidad gitana a la paya, de los colectivos de inmigrantes a los “nativos”, de las personas mayores a las jóvenes, de las personas con un diagnóstico de enfermedad mental o discapacidad con personas sin ese diagnóstico, personas con diferentes orientaciones sexuales o identidades de género, etc. Los paseos se acaban pues convirtiendo en un instrumento de lucha contra la discriminación o el estigma y a favor de la cooperación entre desiguales.

Estos lazos de cooperación no solo se forjan con el coincidir en una actividad común, sino en compartir la memoria emocional e histórica del barrio o comunidad donde se habita, identificando y reforzando un sentimiento de pertenencia a ese territorio, por encima de los otros elementos identitarios. A modo de *paseo de Jane*^[12b] ^[13], los y las paseantes se van parando en sitios y esquinas significativas de su biografía que es compartida con el resto del grupo. Por ello, también sirve para compartir la historia y geografía emocional del barrio (mapas mentales) y mapear sus recursos y activos de salud ^[14].



<https://youtu.be/sf0DalVVb1o>

Video "Paseo emocional por Villaverde" realizado por OMC radio de Villaverde, donde se ilustra el paseo emocional de un grupo de mujeres de diferentes orígenes étnicos y migratorios, organizado por el Centro Municipal de Salud Comunitaria (CMSc) de Villaverde. Ellas muestran, como una obra de arte en un museo vivo, sus historias del barrio y sus rincones más significativos.

6. Huertos saludables

Al igual que ocurre con los paseos saludables, los huertos comunitarios tienen usos más allá del aparente. Aunque están pensados para proporcionar alimentos saludables, cultivados de forma medioambientalmente sostenible, pueden cubrir otros objetivos comunitarios: tanto pedagógicos (huertos escolares), como establecimiento de vínculos entre desiguales y promoción de la participación social. No es infrecuente que el mismo espacio donde se encuentra el huerto urbano se aproveche para hacer todo tipo de encuentros vecinales. En el caso de los centros municipales de salud comunitaria de Madrid, se aprovecho la disponibilidad del espacio exterior en algunos centros de salud para construir huertos saludables, convirtiéndose en un potente instrumento de dinamización comunitaria y promoción de la salud.

(Imagen de la página siguiente). Huerto comunitario del barrio Los Patriotas de Tunja (Boyacá-Colombia), promovido por la profesora Angela Maria Guerra Cordero, especialista en salud comunitaria de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, y el doctor Oscar Virgüez, tutor de residentes de medicina de familia de esa universidad. El bello proyecto, al que tuve la suerte de conocer hace unas semanas, ha conseguido vincular a un grupo de vecinas y vecinos del barrio alrededor de sus habilidades agrohortícolas y es un instrumento no solo de soberanía alimentaria (en un barrio donde el hambre y la desnutrición están presentes), sino de cooperación vecinal (en una comunidad donde reinaba la desconfianza mutua) y de formación comunitaria de los y las residentes de medicina de familia (cuya mayoría de formación sobre "atención primaria de salud" es clínico-hospitalaria)



7. Mapas de activos en salud

Nos limitaremos aquí solo a mencionar la metodología de mapas de activos en salud, pues ya hay múltiples recursos para acercarse ella^{[15] [16]}. Como es sabido, se basa en la concepción de salutogénesis y, como se ha dicho antes, pretende que las personas que habitan un territorio puedan identificar los elementos del mismo que han sido o son un recurso positivo para la salud de las personas, las familias y otros grupos sociales. Los mapas de activos más que un fin, son un medio para que durante su elaboración se establezcan vínculos entre personas, organizaciones y profesionales, que puedan ponerse en juego en cualquier momento de necesidad u oportunidad para la salud del barrio.



Mapeando Carabanchel Alto ha sido uno de los proyectos pioneros de mapeo de activos en salud en Madrid, a partir del cual se han generado muchos otros. Ha sido fuente de formación de cientos de profesionales y activistas, a partir de las enseñanzas de las personas vinculadas inicialmente al mismo, como Jara Cubillo o Gema Casero (Plan Comunitario de Carabanchel), entre otras.

8. Mapas de alimentación saludable (*Food mapping*)

Son una variante de los mapas de activos aplicado a la alimentación. Identifican comercios y recursos alimentarios y el nivel de acceso a los alimentos saludables y a precios asequibles. Como tal, pueden ser también un instrumentos de planificación urbanística que identifique y aborde los déficits alimentarios^[17]

Figure 1
Roads within 500m of a postcode containing one or more shop selling some food.

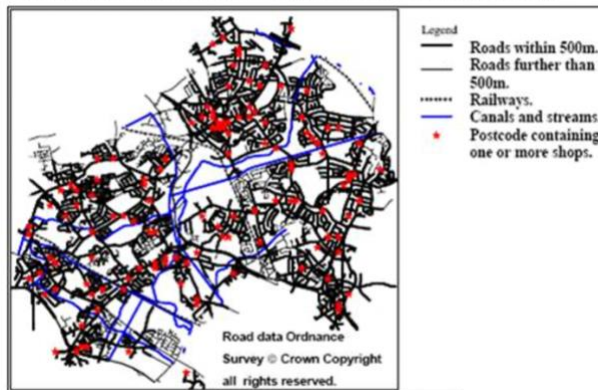
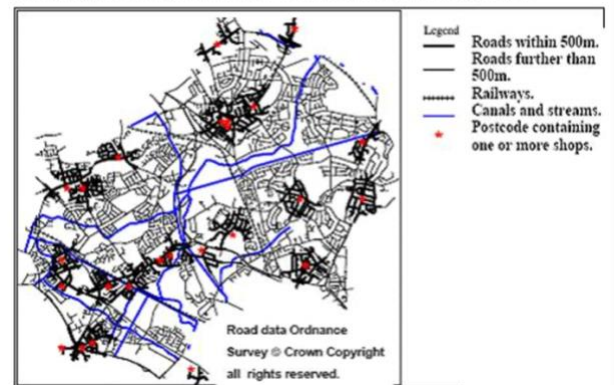


Figure 2
Roads within 500m of a postcode containing one or more shops where food is reasonably priced and which sell at least 8 kinds of fresh fruit and vegetables.



Mapeo de alimentación saludable y accesible (food mapping) de Sandwell (Inglaterra). Figura 1 (izquierda): muestra el acceso a comercios de alimentación de cualquier tipo. Las calles en negrita son calles con viviendas a una “distancia a pie razonable” de al menos un comercio. Es decir, la mayoría de las viviendas del vecindario tiene acceso a tiendas de alimentación. Sin embargo, la mayoría de ellas venden alimentos con alto contenido en grasas, azúcar y sal. Traducción del texto de la leyenda: calles a menos de 500 mts.; calles a más de 500 mts.; vías de ferrocarril, canales y arroyos; códigos postales con uno o más comercios. Figura 2 (derecha): muestra el acceso a comercios que venden como mínimo 8 tipos de frutas y verduras frescas a precios razonables. Las calles y viviendas a “distancia a pie razonable” se muestran en negrilla. Tener acceso a 8 de estos alimentos es un requerimiento modesto. Sin embargo, el mapa muestra claramente que la mayoría de los comercios que venden a rangos de precios razonables, no ofrecen este número de frutas y verduras. Fuente: Dowler, E., Rex, D., Blair, A., Donkin, A., and Grundy, C., Measuring Access to Healthy Food in Sandwell, University of Warwick and Sandwell Health Action Zone, 2001

9. Fotovoz aplicado a la investigación de entornos de hábitos de salud

Fotovoz es una técnica de investigación social participativa que incorpora la fotografía realizada por vecinas y vecinos de una comunidad, para identificar los elementos del entorno de las personas y comunidades que facilitan o dificultan el cambio de conductas significativas para la salud (alimentación saludable, movilidad activa, consumo de tabaco o de alcohol, etc.)^[18] o que nos acercan a las realidades cotidianas de pobreza (ver la experiencia del proyecto “Comunidades activas en salud”, realizado con el enfoque de “cruce de saberes” de ATD Cuarto Mundo, mencionado anteriormente^[19]).

Después de dar una instrucción básica fotográfica, se presta cámaras a los integrantes de un grupo de vecinas para que recojan imágenes significativas sobre estos entornos, que después son presentadas y discutidas en grupo. De tal forma, que se incorpora el saber de la vida cotidiana a los clásicos diagnósticos de salud realizados con los saberes y lógicas profesionales.

Se pueden utilizar otras técnicas artísticas (teatro, video, pintura-dibujo, performances, etc.), mencionados en el primer ejemplo, para obtener los mismo fines.



<https://youtu.be/zzECcbE7OV8>

Proyecto de investigación participativa Fotovoz Alimentación de Villaverde, fruto de la colaboración entre el equipo del proyecto HHH, dirigido por el profesor Manuel Franco, y el Centro Municipal de Salud Comunitaria de Villaverde

10. Talleres grupales sobre problemas de salud o situaciones de discriminación

Como hemos dicho antes, los problemas de salud (obesidad, adicción, enfermedad crónica, depresión, etc) o de discriminación (por género, edad, etnia, orientación sexual, situación migratoria, diversidad funcional, etc.) generan fuertes vínculos entre personas que los padecen y favorecen la participación social. Bajo nuestra experiencia, esta ha sido la razón del éxito de talleres grupales como los de personas prediabéticas u obesas (que aprenden a comer de otra forma y a tener una movilidad más activa), los grupos de mujeres o de hombres (que reflexionan sobre sus roles de género y su relación con su salud), de personas con adicciones (que encuentran el apoyo mutuo para salir de las mismas), de personas mayores, transgénero o inmigrantes (que encuentran las estrategias para afrontar la discriminación y su impacto en su salud), por poner solo algunos ejemplos.



<https://youtu.be/l8dgpNCGBY>

"Hombres con cuidado. Video final", talleres grupales con hombres explorando los riesgos para la salud que implican ciertos tipos de roles masculinos. Fueron realizados entre 2015 y 2019 gracias a la colaboración del Centro Marie Langer con Madrid Salud.

Muchos de estos grupos que se han creado a partir de finalidades más limitadas y por iniciativa de los profesionales, acaban teniendo vida autónoma y convirtiéndose en importantes activos de salud de su comunidad y grupos de presión a favor de la salud colectiva^[20].

Citas del capítulo

- [1] J. Segura, M. Martínez, A. Pla, *et al.* El proceso de reorientación comunitaria de los Centros Madrid Salud. *Comunidad*, 15 (2013), pp. 33-36. Y: "[De las batas a las botas](#)", Nacho Balancín de Blancos, Corto documental sobre el proceso de Reorientación Comunitaria llevado a cabo en Madrid Salud desde el 2008 al 2019. <https://vimeo.com/469537924>
- [2] Ávila, N., Claver, L., Larraín, C., Azcona, C., Segura, J., Martínez, M. (2019). Art, health promotion and community health: constructing the 'Madrid Salud' model. *Journal Applied Arts and Health*, Issue 10.2, 10th anniversary volumen
- [3] N. Ávila, A. Orellana, L. Claver, *et al.* Proyectos comunitarios: propuestas desde la promoción de la salud y la creación artística. *Comunidad*, 2 (2016)
- [4] Proyectos de Arte y Salud. Universidad Complutense de Madrid. (Consultado el 14/11/2017.) Disponible en: <https://www.ucm.es/arteysaludproyectos/>
- [5] En una encuesta realizada por Madrid Salud se estimaba que un 9,6% de la población de la ciudad de Madrid sentía la soledad no deseada. Esta prevalencia era mayor en personas de clase social desfavorecida y en esos grupos sociales mencionados.
- [6] John Cacioppo y William Patrick. *Loneliness: Human Nature & the Need for Social Connection*. WW Norton, 2008
- [7] Video presentación del proyecto de prevención de la soledad no deseada (2017-2019). Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. <https://www.youtube.com/watch?v=kEgijuWvmg8>
- [8] Videos del Foro Internacional de la Soledad, la Salud y los Cuidados, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid, 21, 22 y 23 Noviembre 2018: <https://www.youtube.com/watch?v=nNM9IOsxvK4> <https://www.youtube.com/watch?v=bqcx4JNVxach> <https://www.youtube.com/watch?v=aqMdppau7Ac> <https://www.youtube.com/watch?v=WWZ2MyF5Ug> <https://www.youtube.com/watch?v=nT0uKwBU3qU> <https://www.youtube.com/watch?v=K7RepFZs0n>
- [9] Proyecto "Comunidades Compasivas de cuidados y prevención del duelo complicado". Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid <https://madridsalud.es/prevencion-del-duelo-complicado/>
- [10] Monografía SECPAL. *Comunidades Compasivas al final de la vida*. Fundación Vivo Sano, 2020. http://www.secpal.com/Documentos/Blog/2020_09_17%20Monografia%20Secpal%20ONLINE%20COMUNIDADES%20COMPASIVAS.pdf En este documento se cuentan experiencias desarrolladas en varias ciudades de España y América Latina, siendo en Cataluña la más conocida la impulsada desde la universidad de Vic.
- [11] Chiara Digrandi et cols. "Arteterapia e historias de vida". Póster en las XIII Jornadas Internacionales de la Sociedad Española de Cuidado Paliativos (SECPAL). Santiago de Compostela, 25 y 26 de octubre de 2019

- [12] MICOS. *Guía de diseños de entornos escolares*. Pez arquitectos y Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid, 2017. https://www.madridsalud.es/pdf/guia_diseno_entornos_escolares_opt.pdf
- [12b] Susana Jimenez. *Cómo hacer un Paseo de Jane*. <http://laaventuradeaprender.intef.es/guias/como-hacer-un-paseo-jane>
- [13] Susana Jimenez, Ana Useros. “El paseo de Jane. Tejiendo redes a pie de calle” Modernito Books. 2017
- [14] “Un paseo emocional por mi barrio”. Salud Pública y otras dudas, marzo, 2019. <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2019/03/17/un-paseo-emocional-por-mi-barrio/>
- [15] Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, Paredes-Carbonell JJ, Hernán M. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *GacSanit*. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
- [16] Guía para la elaboración del mapa de activos en salud en Islas Baleares (DG Salud Pública y Servicio de Salud de Islas Baleares) http://e-alvac.caib.es/documents/mapa_de_activos_en_salud.pdf
- [17] Javier Segura del Pozo. Food mapping: midiendo el acceso a alimentos saludables. En: “Comunitaria”. Ediciones Salud Pública y otras dudas. (<http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>). Tres Cantos, enero 2018.
- [18] Proyecto HHH. <https://hhhproject.eu>
- [19] Tejiendo Salud. Guía para la Acción Colectiva desde Realidades de Pobreza (Madrid Salud), 2018 https://madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/Guia_Tejiendo_Salud.pdf
- [20] Un ejemplo es el original taller de “hombres con cuidado” desarrollado en Madrid Salud con la colaboración de la asociación Marie Langer. Ver: <https://www.madridsalud.es/gruposdehombres.php>

