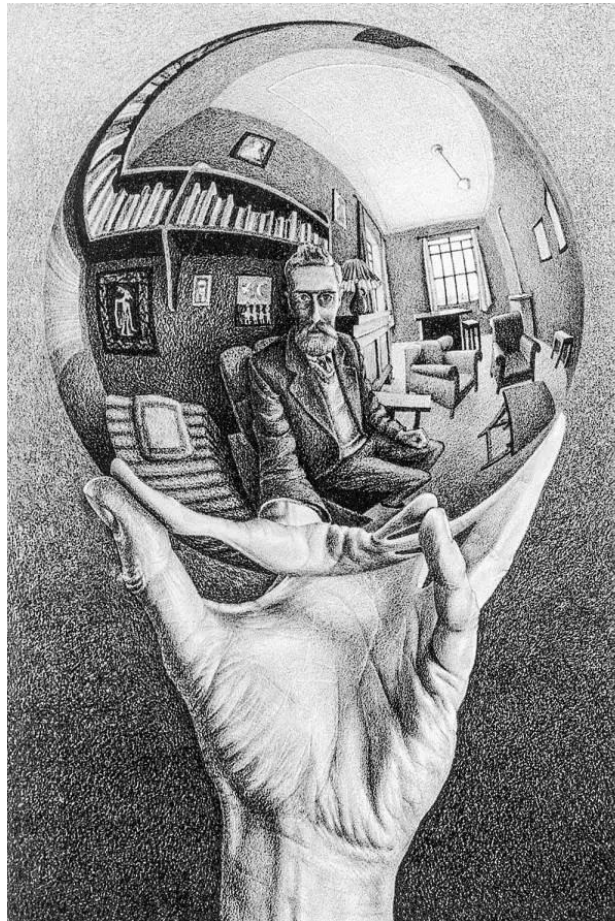


3. Un intento de definición

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:

- Las personas que consultan no son siempre las que más lo necesitan, es decir, hay una diferencia entre demanda y necesidad
- Los problemas de salud individuales están relacionados con el contexto familiar, comunitario y laboral
- 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.



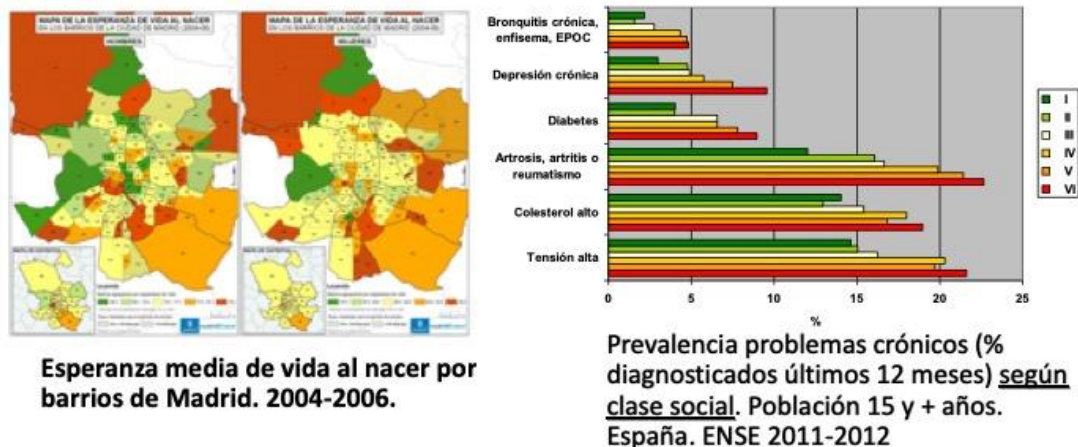
La consulta a demanda, el encuadre habitual del trabajo sanitario

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.

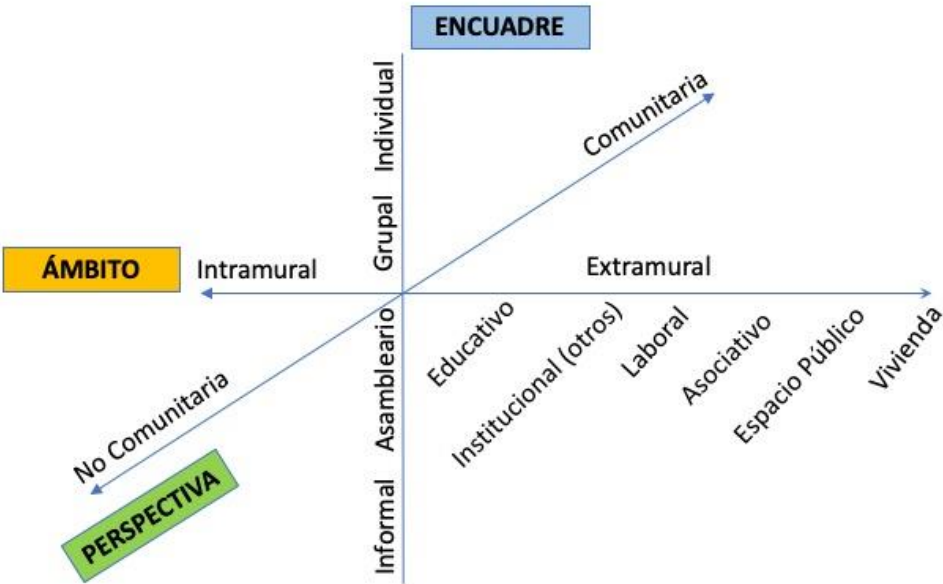
La práctica de la salud comunitaria se basa en los que Mike Newell, uno de los ideólogos de la conferencias de Alma Ata de APS, denominó “ayudar a la gente a ayudarse a sí misma”^[16]. El favorecer y escuchar la expresión local de la necesidad, el aprovechar al máximo los recursos locales existentes 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