

---

# Método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario

---

PID\_00272829

María Antonia Rocabayera Andreu

---

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 3 horas

---



**María Antonia Rocabayera  
Andreu**

Diplomada en Trabajo Social en 1991. Postgrado en Enfermedad Crónica. Ejerce en el ámbito de la salud como diplomada en trabajo social desde el año 1992. Ha trabajado en el ámbito de la formación de adultos y también en estudios de valoración psicosocial para adopciones nacionales e internacionales. Vicepresidenta del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Cataluña.

La revisión de este recurso de aprendizaje UOC ha sido coordinada por la profesora: Dolors Colom Masfret (2020)

Segunda edición: marzo 2020  
© María Antonia Rocabayera Andreu  
Todos los derechos reservados  
© de esta edición, FUOC, 2020  
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona  
Realización editorial: FUOC

*Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.*

# Índice

<b>1. La intervención comunitaria.....</b>	<b>5</b>
1.1. Trabajo social sanitario comunitario: breve recorrido histórico .....	5
1.2. Modelos teóricos del trabajo social (sanitario) comunitario .....	7
1.3. Intervención metodológica en el trabajo social (sanitario) comunitario .....	8
1.4. Trabajo social sanitario comunitario .....	9
1.4.1. Competencias del trabajo social sanitario comunitario .....	11
1.4.2. Concreción de acciones .....	13
<b>2. Los equipos de trabajo social sanitario en la atención a la salud de la comunidad. Incorporar el trabajo comunitario en los equipos de atención primaria de salud...</b>	<b>16</b>
2.1. Introducción .....	16
2.2. Concepto de salud .....	17
2.3. Determinantes de la salud .....	19
2.4. Determinantes sociales de la salud .....	20
2.5. Desigualdades en salud .....	21
2.6. Inequidad en salud .....	22
2.7. Promoción de la salud .....	23
2.8. La perspectiva salutogénica .....	25
2.9. Los activos comunitarios .....	25
2.10. Intervención comunitaria en salud .....	26
2.10.1. La participación comunitaria en salud .....	26
2.11. Conclusión .....	27
<b>3. En la práctica del método de intervención comunitaria en el trabajo social sanitario.....</b>	<b>28</b>
<b>4. Algunas ideas para reflexionar.....</b>	<b>29</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>31</b>



# 1. La intervención comunitaria

## 1.1. Trabajo social sanitario comunitario: breve recorrido histórico

Los conceptos de comunidad y trabajo comunitario son previos al trabajo social como disciplina. En el transcurso del siglo XIX, a raíz de la expansión de la industrialización y del proceso acelerado de urbanización, se crean centros sociales que apuntan hacia la integración social para mejorar las condiciones sociales. Nacen con el movimiento *settlement* (asentamiento), fundado por el sacerdote Barnett junto a su esposa en Inglaterra: alumnos de Oxford convivían con los "desheredados" y contribuían a mejorar su vida, a la vez que tomaban conciencia de sus condiciones de vida y de la necesidad de promover reformas sociales. Su intervención, de inicio, fue individual para posteriormente pasar a un trabajo grupal y cooperativo.

En EE. UU., Jane Addams fundó el Hull House en Chicago en 1889; los trabajadores sociales convivían con la gente pobre y ofrecían atención personal, trabajo en grupos y también con la vecindad. Addams lideró la Escuela de Chicago, principal escuela de pensamiento social de la época y en la que se defendía la idea de que los problemas sociales se generaban por las condiciones de la sociedad (Revolución Industrial) y no por la personalidad de los individuos. Así, era necesario un cambio social que había de basarse en conocimientos científicos y planteaba que, para trabajar por el cambio, primero se han de conocer las condiciones sociales de la comunidad.

La sistematización teórica de la organización comunitaria surgió, también en EE. UU., en los años treinta. Fue Jesse F. Steiner quien definió el método de organización de la comunidad:

"Una manera organizada de trabajar que tiende a resolver conflictos y a crear las posibilidades de un progreso consistente."

Jesse F. Steiner (1930). "Community Organizations: Myth or Reality". *Social Forces* (vol. 8, núm. 3).

En el año 1956, un grupo de expertos de la ONU elaboró un documento, *Desarrollo de la comunidad y servicios conexos*, en el que aparece la primera definición oficial de **desarrollo de la comunidad**:

"Son aquellos procesos en los que el esfuerzo de una población se suma a los de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, integrando éstas en la vida del país y permitiéndoles contribuir plenamente al progreso nacional".

En el año 1962 la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de EE. UU. definió la organización de la comunidad, o trabajo comunitario, como método y campo de actuación de los trabajadores sociales.

En España, la situación era bien distinta (la realidad política –dictadura–, con una idea paternalista y de beneficencia hacia la ciudadanía); no fue hasta bien entrada la década de los sesenta que empezó a notarse un impulso en el campo de la asistencia social. En el ámbito del trabajo social comunitario, algunos sectores se interesaron por las ideas de la ONU sobre el desarrollo de la comunidad y de la mano de expertos formadores, como Marco Marchioni, se impulsaron algunos proyectos comunitarios que se expandieron en el territorio español. Esto sucedía en un momento de esperanza en el cambio sociopolítico y con el deseo de crear las condiciones para el desarrollo económico y social a través de la participación activa de la comunidad, buscando y fomentando líderes locales e intentando encontrar ayudas económicas para desarrollar los proyectos.

En la década de los ochenta, con el restablecimiento de los derechos de la ciudadanía impulsados por el nuevo sistema democrático y consolidado con la Constitución de 1978, se creó el Sistema Público de Servicios Sociales. Fue ésta una etapa de afianzamiento de la profesión en la que se impulsaron a la vez el trabajo social y los servicios sociales. Después de un primer momento de "euforia" por la restauración de los derechos sociales y civiles de la ciudadanía y con un importante trabajo comunitario de los profesionales –vinculados a los movimientos vecinales y políticos–, surgió la llamada nueva "cuestión social" que evidenció los efectos de la quiebra del estado de bienestar –ya constatada en los países democráticos europeos– y que comportó la remodelación del recién creado Sistema Público de Servicios Sociales, en la que los profesionales se dedicaron, básicamente, al trabajo individual y familiar con una gestión de los problemas sociales burocratizada.

"El Estado asistencial se limita a hacer frente, como puede, al incremento de demandas sociales, atendiendo sólo las demandas inmediatas e individuales, gestionando de forma cada vez más burocrática prestaciones reducidas y vacías de contenido científico y donde no se pueden atender las demandas colectivas, ni intervenir en las causas por una falta de tiempo, espacios y órganos de coordinación y de intervención compartida, con dificultad para implicar a la población en procesos educativos y participativos necesarios para invertir tendencias negativas y conseguir resultados permanentes".

M. Marchioni (2003). *La acción social en y con la comunidad*. Zaragoza: Editorial Certeza.

En estos últimos años se han procurado nuevas alternativas, con el objetivo de "recontextualizar", "resituar", "reconceptualizar" la profesión y transformar un malestar patente y que E. Alonso ya definió en el año 1989 como victimismo paralizante o lamentación improductiva.

A finales de los noventa y principios del siglo XXI ha habido diferentes iniciativas, por ejemplo, en Cataluña en el año 1997 el Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya impulsó el Pla General de Desenvolupament Social, Econòmic i Comunitari y se basó en el modelo francés, las ex-

#### Referencia bibliográfica

Carmen Verde (2008). "La exigencia de renovación del Trabajo Social en contextos postbienestaristas". *RTS* (pág. 184).

perencias de Québec y las orientaciones de M. Marchioni. En la actualidad hay 61 planes comunitarios en los que intervienen diferentes instituciones, organizaciones del tercer sector... (escuela, salud, vivienda... asociaciones de vecinos, plataformas...); en ellos encontramos al trabajador social.

## 1.2. Modelos teóricos del trabajo social (sanitario) comunitario

Entre las teorías contemporáneas del trabajo social, la de **potenciación/defensa** y la de **sistemas** son las que tienen como objetivo definido la comunidad. La primera, poco utilizada, tiende a centrarse en el papel defensor del trabajo social. Así, para este modelo, fomentar la potenciación en comunidades oprimidas es una respuesta categórica a las corrientes políticas y económicas que avivan la opresión (Russell-Erlich y Rivera, 1986), la defensa tiene como objeto promover el control y la participación de los clientes en sus respectivas vidas, en su comunidad y en los servicios de trabajo social sanitario que reciben. Unida a la idea de defensa está la de normalización, con trabajos como los de Rose y Black (1985), quienes describen un proyecto para promover un modo de vida independiente para personas con trastornos y enfermedades mentales en la comunidad. También se ha podido comprobar que este planteamiento ha tenido influencia en el campo de la asistencial residencial así como en el aprendizaje de las personas incapacitadas (Towell 1988 y Sinclair 1988). Es un modelo creciente en los Estados Unidos que también se ha extendido al Reino Unido y ha tenido un papel relevante en en la intercesión por la independencia de la gente disminuida.

Con todo, la teoría de sistemas es la que ha tenido y tiene un mayor impacto en el trabajo social comunitario. Basada en la teoría de sistemas generales (Von Bertalanfly 1971), propone que todos los organismos son sistemas compuestos de subsistemas, formando aquéllos a su vez parte de unos microsistemas. Pincus y Minahan (1973) sostienen que la gente, para llevar una vida satisfactoria, depende de los sistemas de su entorno social inmediato, por lo que el trabajo social debe de intervenir en ellos. Según estos autores habría varios sistemas básicos del trabajo social léase, del trabajo social sanitario: sistema de agente de cambio (trabajo social sanitario y las organizaciones donde trabajan), sistema de las persona afectadas (clientes, familias, grupo, comunidad con la que colabora cada profesional del trabajo social sanitario), sistema de objetivo (clientes diana) y sistemas de acción (clientes con los que trabaja el sistema de agente de cambio).

En 1980 Germain y Gitterman, con su "modelo de vida", sentaron la base de la **teoría de los sistemas ecológicos**; este modelo considera que la gente está constantemente en una situación de intercambio adaptativo con muchos y diferentes aspectos de su entorno. Ambos cambian y son cambiados por el entorno, así Bronfenbrenner (1987) dice que el desarrollo humano es el proceso mediante el cual la persona va adquiriendo una concepción más amplia,

### Referencia bibliográfica

M. Payne (2002). *Teorías contemporáneas del trabajo social*. Barcelona: Editorial Paidós.

diferenciada y válida de su ambiente, haciéndose capaz de ajustarse a él y de participar en su mantenimiento y reestructuración en diferentes niveles de complejidad (microsistema, mesosistema, ecosistema y macrosistema).

Uno de los aspectos más analizados en las teorías de sistemas son **las redes y los sistemas de apoyo social**. Sluzki (1996) define la red social de la siguiente manera:

"El nicho interpersonal de la persona que contribuye sustancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí mismo. Constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis o situación problemática".

C. Sluzki (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Editorial Gedisa.

### 1.3. Intervención metodológica en el trabajo social (sanitario) comunitario

Ésta ha de tener rigor metodológico, sistematizando la intervención. Según Matilde du Ranquet el método del trabajo social (sanitario) se compone, como el resto de métodos, de cuatro etapas: recogida de datos, diagnóstico social, formulación y puesta en marcha de un plan de acción y la evaluación de los resultados obtenidos.

Natividad de la Red refiere en su obra los **modelos operativos más frecuentes** en el trabajo social comunitario:

- Metodología de acción, en la que establece cuatro fases:
  - Estudio-Investigación.
  - Programación.
  - Ejecución.
  - Evaluación.
  
- Modelo agónico como método de intervención social. Nos referimos a "la intervención profesional cualificada en proceso de cambio que se puede efectuar en individuos, grupos y también en organizaciones o incluso en otros conjuntos más amplios". Se distinguen tres tipos de intervención:
  - Ayuda psicosocial.
  - Asesoramiento/orientación.
  - Intervención pedagógico-formativa.
  
- Modelo ecológico/sistémico, siguiendo a Pincus y Minahan, quienes establecen tres etapas en el proceso:
  - Anticipación empática (comprende la evaluación del problema y la recogida de datos).
  - Realización del trabajo previsto. Abarca: contactos iniciales, negociación de contratos, formación de los sistemas de acción, mantenimiento y coordinación de los sistemas de acción.

#### Referencias bibliográficas

**Mathilde du Ranquet** (2007). *Los modelos en trabajo social. Intervención con familias*. Madrid: Siglo XXI.

**Natividad de la Red** (1993). *Aproximaciones al trabajo social*. Madrid: Siglo XXI.

#### Referencia bibliográfica

**J. Hernández Arista** (1991). *Acción Comunitaria e intervención social*. Madrid: Editorial Popular.

- Proceso de despedida; terminación de la acción cambiante y evaluación.

#### **1.4. Trabajo social sanitario comunitario**

Después de este breve repaso por la historia del trabajo social comunitario y del marco teórico o conceptual, examinaremos lo que es el tema central, el trabajo social sanitario comunitario.

La definición misma de *salud* y la declaración de Alma-Ata, punto álgido para la transformación de la atención primaria de salud, ya establecen una serie de estrategias para conseguir el máximo nivel de salud de la ciudadanía. Para ello, tanto las acciones como las intervenciones comprenderán, además de los aspectos curativos, las actividades de prevención y promoción de la salud. Para poder materializarlo se necesita la participación activa de los clientes y también de la comunidad como elemento estratégico fundamental. Cada vez existe una mayor sensibilidad tanto de los políticos, los gestores, como de los profesionales de la salud para llevar a término estrategias para implicar y capacitar a la comunidad en la mejora o mantenimiento de la salud. Algunos de los proyectos más extendidos son el voluntariado, la dinamización grupos de ayuda mutua, las campañas de sensibilización (hábitos saludables, días internacionales), la promoción de la salud, el diagnóstico de salud del territorio (con participación de la ciudadanía).

Habitualmente el posicionamiento se sitúa más en la línea de la "utilización" de los clientes y no tanto en el empoderamiento y el protagonismo de la ciudadanía a través de la participación comunitaria.

Numerosos son los textos que ofrecen guías para poder iniciar proyectos comunitarios. La filosofía de los centros de salud también contempla la intervención comunitaria: promoción de la salud, educación sanitaria, pero la realidad es bien distinta y, aunque hemos enumerado diferentes iniciativas de trabajo comunitario en el ámbito de la salud, es obvio que hay dificultades para llevarlo a término. En referencia al trabajador social sanitario podríamos enumerar los siguientes factores:

- La falta de tiempo: un tiempo que se dedica, básicamente, a la atención individual y familiar. Una atención que no tiene fin, dado que las necesidades son infinitas, mientras que los recursos (entendidos en el sentido amplio de la palabra) son finitos. La Unidad de trabajo social sanitario actúa muchas veces de "apaga fuegos" al tener que dar respuestas inmediatas a problemas urgentes (por ejemplo, altas hospitalarias no planificadas, ingreso sociosanitario urgente ante una situación de claudicación familiar, etc.).

- Falta de competencia profesional, entendida ésta como el conglomerado de conocimientos teóricos, habilidades, actitudes y aptitudes en el ámbito comunitario.
- Dificultad en el liderazgo de proyectos en el equipo de salud; cada vez es más visible el rol que está asumiendo enfermería en este terreno (por ejemplo, programa salud y escuela).

El reconocimiento de estos puntos débiles del trabajo social sanitario no debe paralizar nuestra intervención, todo lo contrario, debemos buscar aquellas estrategias necesarias para poder superarlos y también para innovar en el trabajo social sanitario en general y, en concreto, en el ámbito comunitario.

Cómo hacerlo puede parecer *a priori* casi una quimera, pero vamos a ver que no lo es y para ello hacemos unas propuestas:

- Una visión transversal de nuestra intervención (mirada ecológica/sistémica) no es posible seguir hablando actualmente de tres niveles de intervención: individual/ familiar, grupal y comunitario. Se ha de entender que los tres se retroalimentan y que la atención a los clientes puede ir de lo individual a lo comunitario, pasando por el grupo, del grupo a la comunidad o a la atención individual, o también, claro está, sólo una de ellas. Dependerá de las necesidades a atender, de los objetivos establecidos, etc.
- Necesidad de sistematizar nuestras intervenciones a partir del procedimiento social sanitario, entendido éste como la base de una actividad compleja y secuenciada para obtener un fin.
- La intervención ha de ser eficaz (cómo lo hacemos), eficiente (con quién lo hacemos) y tener una meta a asumir (evaluación).
- Adecuar nuestra intervención a las necesidades reales de la ciudadanía; ver más allá del presente con una visión de futuro avalada, en la medida de lo posible, por la evidencia científica, y aceptar el riesgo para cambiar lo que no funciona (contrastado y demostrado técnicamente).
- Adquirir la competencia profesional que nos habilite para poder liderar, potenciar, intervenir en el gran abanico de posibilidades que ofrece el trabajo social sanitario comunitario en la atención primaria de salud. Cuando hablamos de competencia profesional, nos referimos al conjunto de conocimientos, habilidades, motivaciones y capacidades que posee una persona y que le permite ejecutar de manera exitosa una actividad.

### 1.4.1. Competencias del trabajo social sanitario comunitario

En las competencias del trabajo social sanitario comunitario tendremos en cuenta los siguientes puntos:

- Conocimientos –es el saber– teóricos/técnicos.
- Habilidades –es el saber hacer. Poner en práctica los conocimientos técnicos, las habilidades sociales y cognitivas que permitan hacer uso de las competencias de carácter técnico y social: ser capaces de ver más allá del presente y tener, o crear, visión de futuro, poseer capacidad de diálogo, estar predispuestos a experimentar nuevas formas de relación (cooperación), mostrar capacidad de liderazgo y para trabajar en equipo, tener motivación.
- Actitudes –es el saber estar. Son el posicionamiento profesional: valores y creencias, respeto, tolerancia, solidaridad, responsabilidad, compromiso, justicia. Es el posicionamiento ideológico (entendido éste como la defensa de los derechos de la ciudadanía) y también el posicionamiento psíquico (predisposición mental y emocional).
- Aspectos motivacionales –es el querer hacer.
- Capacidades –es el poder hacer. Capacidad personal.

Estas competencias, como es lógico, las debemos aplicar en conjunto con el resto del equipo, aprovechar los conocimientos compartidos. La normativa vigente obliga y requiere que se realicen acciones comunitarias y de educación para la salud.

También se han de desarrollar aspectos de participación ciudadana, acción social en salud e implicación de la comunidad en la resolución de todos aquellos aspectos que no sólo generan enfermedad, sino aquéllos que hemos de promover para mantener y potenciar la salud de la población, entendida ésta según la definición de la OMS.

Todo ello desde los centros de salud, con la elaboración de la cartera de servicios (a partir de Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud del año 2003) y aprovechando las nuevas tecnologías que tenemos a nuestro alcance (diferentes fuentes de información desde la que ofrece el Ministerio de Sanidad, las consejerías de salud, las sociedades científicas, los grupos de trabajo de atención primaria orientada a la comunidad, el Foro de Promoción de la Salud).

Ideas en relación con el trabajo social sanitario comunitario:

#### Referencia bibliográfica

Vicenç Navarro; Amando Martín-Zurro (coord.); Concepción Violán (ed.) (2009). *Proyecto investigación: la atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas*. Ejemplar para la consulta en los recursos del aula.

- Superar planteamientos reduccionistas afrontando prejuicios y estereotipos que limitan el campo de mira.
- Crear una comunidad operativa, activa y dinámica, poniendo en contacto, relacionando, vinculando, creando y ampliando redes sociales para poder ir dibujando el espacio comunitario.
- Contribuir a la creación/potenciación de recursos desde el propio contexto comunitario, pues es más rentable (como concepto amplio) que darlos desde lo institucional.
- Las instituciones demandan respuestas inmediatas a demandas explícitas, con resultados técnicos inmediatos y cuantificables. En ello estamos "atrapados" cuando nos referimos al "colapso de agendas" que no nos permiten parar a pensar, a incorporar la dimensión comunitaria que, aunque a la larga es mucho más rentable y descongestionador, al atribuir a la población la responsabilidad sobre su propio bienestar.

#### Referencia bibliográfica

S. Navarro (2004). *Redes Sociales y construcción comunitaria*. Madrid: Editorial CCS.

A continuación se expone un supuesto práctico de intervención comunitaria desde el trabajo social sanitario.

#### Experiencia del trabajo social sanitario de los equipos de atención primaria de salud de Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Cómo la atención individual/familiar nos conduce al trabajo grupal y ambos convergen en el trabajo social sanitario comunitario en un camino de ida y vuelta, con parada en las diferentes estaciones de la intervención profesional y cómo... la teoría nos conduce a la práctica (de forma más o menos consciente y estructurada).

La intervención se sitúa en una población limítrofe con Barcelona, con una alta densidad demográfica producto de los movimientos migratorios de los años cincuenta y sesenta y del desarrollismo franquista. La ciudad dispone de seis equipos de atención primaria de salud, todos ellos pertenecientes al mismo proveedor de servicios sanitarios, el Institut Català de la Salut. Todos los equipos disponen de un trabajador social sanitario.

Los trabajadores sociales sanitarios lideraron y promovieron la implicación de los equipos de salud en el trabajo comunitario y, desde los inicios del funcionamiento de los centros de salud en la ciudad, impulsaron diferentes actuaciones e iniciativas comunitarias (celebración de días internacionales, participación en actividades promovidas por diferentes organismos de la ciudad...); también impulsaron la creación del **voluntariado en salud**, grupo estable y vinculado a los centros de salud de la ciudad.

En un segundo momento elaboraron, junto con un grupo de profesionales de enfermería y el soporte de los profesionales de medicina familiar y comunitaria, el proyecto "**Cuidar y cuidar-se**". Este proyecto contó en todo momento con el soporte de los gestores de institución. En él se potenció la **intervención grupal educativa** (liderada por enfermería), así como la formación de **grupos socioterapéuticos** de cuidadores de personas con enfermedades de larga duración (liderados y conducidos por los trabajadores sociales sanitarios y con la participación-observación de profesionales de enfermería).

#### Referencia bibliográfica

M. A. Rocayera Andréu, J. Rodríguez Molinet (2005). "Intervención social en las dependencias". *Revista de servicios sociales y política social* (núm. 72, págs. 37-62).

Otro aspecto que contempla el proyecto es la **necesidad de cuidado hacia el profesional**, lo que se plasmó en la puesta en marcha de **grupos Balint** en aquellos centros de salud que así lo demandaron.

De la convergencia de las dos iniciativas, ya consolidadas, el voluntariado y el proyecto "cuidar i cuidar-se" nació una **asociación, ACUIVOL** (Asociación de Cuidadores y Voluntarios de Santa Coloma de Gramanet) que, después de un primer tutelaje profesional, inició su camino de emancipación y adultez, y ofrece soporte a aquellos cuidadores de la ciudad que así lo demandan, con actividades de carácter lúdico, soporte psicológico y social y con una función reivindicadora hacia los organismos competentes.

El paso que culminó la intervención profesional fue plasmar las diferentes acciones en un plan de intervención. Éste (las tablas del apartado "Concreción de acciones"), establece el nivel de autonomía/dependencia del paciente, la intervención individual/grupal y comunitaria tanto con él como con su cuidador, o sus cuidadores, y los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), con una visión participativa de la comunidad.

Se constata la vinculación con diferentes equipamientos, proyectos e iniciativas existentes en la ciudad (actividades en el centro de día municipal, talleres de memoria realizados en los casales, asociación de mujeres, de fibromialgia, contra el cáncer, etc.).

### 1.4.2. Concreción de acciones

#### Acción sobre el anciano frágil

Atención individual	Detección. Valoración de necesidades.
Autonomía paciente	Anciano frágil.
Atención grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Talleres de memoria.</li> <li>Talleres de conservación de habilidades.</li> <li>Vinculación a grupos existentes o de nueva creación.</li> </ul>
Atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voluntariado como acompañamiento y soporte en el paseo.</li> <li>Voluntariado para actividades concretas (recetas, acompañamientos médicos...).</li> <li>Actividades lúdicas, de carácter trimestral dirigidas a los mayores de 75 años que viven solos y no presenten otros indicadores de fragilidad, y de carácter mensual para los demás.</li> <li>Todas ellas cuentan con el acompañamiento de los voluntarios.</li> </ul>
Ámbito de prevención	Primaria. Secundaria.

#### Acción sobre personas semidependientes

Atención individual	Programa "Salut a Casa". <ul style="list-style-type: none"> <li>Valoración de necesidades.</li> <li>Contención.</li> <li>Intervención familiar.</li> <li>Aplicación de recursos de soporte a domicilio y estancias temporales por descanso de cuidadores.</li> </ul>
Autonomía paciente	Semidependientes
Atención grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Charlas informativas a grupos de personas enfermas con patologías concretas.</li> <li>Vinculación a asociaciones y grupos de ayuda mutua para patologías.</li> </ul>
Atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voluntariado como acompañamiento y soporte en el paseo.</li> <li>Actividades lúdicas de carácter mensual para pacientes acompañados de voluntarios.</li> </ul>

Ámbito de prevención	Terciaria.
----------------------	------------

## Acción sobre personas con alta dependencia

Atención individual	Detección: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de necesidades.</li> </ul>
Atención individual	Programa "Salut a Casa". <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de necesidades.</li> <li>• Contención.</li> <li>• Intervención familiar.</li> <li>• Aplicación de recursos de soporte a domicilio y alternativos.</li> </ul>
Autonomía paciente	Alta dependencia.
Atención grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculación a asociaciones y grupos de ayuda mutua por patologías.</li> </ul>
Atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntariado como acompañamiento a domicilio y sustitución del cuidador en su tiempo libre.</li> </ul>
Ámbito de prevención	Terciaria.

## Acción sobre el cuidador de anciano frágil

Atención individual	Detección: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de necesidades.</li> </ul>
Persona cuidadora principal	De anciano frágil.
Atención grupal	
Atención comunitaria	
Ámbito de prevención	Primaria.

## Acción sobre el cuidador de personas semidependientes

Atención individual	Programa "Salut a Casa". <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de necesidades.</li> <li>• Contención.</li> <li>• Intervención familiar.</li> <li>• Aplicación de recursos de soporte a domicilio y estancias temporales por descanso de cuidadores.</li> </ul>
Cuidador principal	De personas afectadas y semidependientes.
Atención grupal	Programa "Cuidar i Cuidar-se". <ul style="list-style-type: none"> <li>• Charlas informativas para mejorar el cuidado de la persona enferma y el autocuidado de la persona que cuida.</li> <li>• Vinculación a asociaciones y grupos de ayuda mutua por patologías.</li> <li>• Grupos socioterapéuticos a cuidadores con sobrecarga y riesgo de claudicación.</li> </ul>
Atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociación de cuidadores y voluntarios de Santa Coloma (ACUI-VOL).</li> <li>• Charlas de sensibilización a la población respecto la figura del cuidador.</li> </ul>
Ámbito de prevención	Secundaria.

## Acción sobre el cuidador de personas con alta dependencia

Atención individual	Programa "Salut a Casa". <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de necesidades.</li> <li>• Contención.</li> <li>• Intervención familiar.</li> <li>• Aplicación de recursos de soporte a domicilio y alternativos.</li> </ul>
Cuidador principal	De personas enfermas con alta dependencia.
Atención grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculación a asociaciones y grupos de ayuda mutua por patologías.</li> <li>• Grupos de socioterapéuticos a cuidadores con sobrecarga y riesgo de claudicación.</li> </ul>
Atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociación de cuidadores y voluntarios de Santa Coloma (ACUI-VOL).</li> <li>• Charlas de sensibilización a la población respecto la figura del cuidador.</li> </ul>
Ámbito de prevención	Secundaria.

## Acción sobre el cuidador de persona terminal

Atención individual	Programa "Salut a Casa". <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de necesidades.</li> <li>• Contención y intervención familiar.</li> <li>• Aplicación de recursos de soporte a domicilio y alternativos.</li> </ul>
Cuidador principal	De persona en fase terminal.
Atención grupal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculación a asociaciones y grupos de ayuda mutua por patologías.</li> </ul>
Atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A la muerte de la persona, vinculación con la asociación de soporte al duelo.</li> </ul>
Ámbito de prevención	Secundaria.

Y para finalizar... y con el deseo de que sólo sea el principio, este pensamiento de E. Dabas:

"Se aprende que es más valioso saber formularse una pregunta que tener todas las respuestas, que se accede mejor a la construcción de conocimiento analizando un error que sin haberse equivocado nunca".

Elina Nora Dabas (1993). *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Barcelona: Editorial Paidós.

## **2. Los equipos de trabajo social sanitario en la atención a la salud de la comunidad. Incorporar el trabajo comunitario en los equipos de atención primaria de salud**

"Cuando el centro de salud **no** es el centro de la salud."

### **2.1. Introducción**

En el apartado anterior nos hemos centrado en el trabajo social en general y, posteriormente, en el trabajo social sanitario dentro de los centros de salud.

En este apartado nos vamos a abrir a la comunidad para trabajar *con ella* y no *para ella* que ha resultado ser, incluso hoy en día, el papel que ha asumido el centro de salud. Así, no hablaremos tanto del rol específico de los miembros de los equipos de trabajo social sanitario contextualizado en el centro de salud, sino de la implicación de los diferentes agentes de salud, incluida la comunidad, como promotores de salud. Aclaremos ya de inicio, que la acción comunitaria en salud también debe involucrar a otros recursos sanitarios, sean hospitales, sociosanitarios, asociaciones, etc.

Cada vez es más evidente el aumento de la demanda de asistencia por parte de la ciudadanía al sistema de salud en sus diferentes niveles asistenciales; los equipos de atención primaria están sobrecargados en la asistencia en consulta por un exceso de demanda, atienden problemas de salud derivados de enfermedades agudas y crónicas, éstas últimas procedentes en gran parte por el cambio demográfico de la población.

También se atienden problemas de "salud" que podríamos denominar *males-tares de la vida* que pueden manifestarse con síntomas físicos o psíquicos y que corresponden a repercusiones derivadas de condicionantes del ámbito social, económico, cultural y laboral; el paciente, al no encontrar respuesta rápida a ese malestar en el sector que correspondería acude al centro de salud en busca de solución a ese malestar, la consecuencia es la medicalización de los problemas de las personas, es decir, la vida.

¿Cómo debe encontrarse una persona a quien van a desalojar de su vivienda? ¿La solución a su malestar pasa por medicarse o bien por encontrar un espacio en la comunidad donde reivindicar alternativas al problema de la vivienda? ¿Cómo debe encontrarse una persona que ha tenido una pérdida y está en proceso de duelo? ¿Se la debe medicar o se la ayuda a transitarlo? Quizás con el soporte de su red social o de alguna asociación de ayuda en los procesos de duelo.

Medicalizamos con el deseo de tener una salud perfecta, de no sufrir, lo que genera un modelo patógeno en el que se "buscan" problemas de salud, se busca incluso lo que no existe.

Dadas estas circunstancias, podríamos hipotetizar que la comunidad ha perdido la capacidad de dar respuesta a los malestares de la vida; la red de cuidado familiar ha disminuido, existe una menor capacidad de tolerancia a la frustración, una mayor necesidad de respuestas inmediatas, etc.

Si damos por bueno lo anteriormente expuesto y la hipótesis planteada, nos conduce a volver la vista hacia la comunidad, con nuevas estrategias en la atención a la salud, hablaremos, entonces, del **trabajo comunitario**, ámbito de intervención que se incorporó en el campo de la salud a partir de la reforma de la atención primaria en los años 90 del siglo pasado influenciado por la conferencia de Alma-Ata, que sentó las bases de la atención primaria de salud.

Con el devenir del tiempo, el trabajo comunitario no ha calado, en general, en los equipos de atención primaria de salud, no ha formado parte de la agenda política y, en consecuencia, se ha ido desvaneciendo de la cartera de servicios de atención primaria.

Actualmente, parece que vienen nuevos y buenos vientos que intentan incorporar la salud comunitaria en los equipos de atención primaria de salud. En este sentido, constatamos la apuesta de diferentes comunidades autónomas (CCAA) para potenciar el trabajo comunitario, así encontramos, entre otras, Andalucía con la elaboración de la guía de salud comunitaria, el Principado de Asturias con el plan de salud 2019-2030, la estrategia de atención comunitaria de Aragón o Catalunya, a través de la Agencia de Salud Pública.

#### **Enlaces recomendados**

Andalucía: "El Sistema Sanitario Público de Andalucía ya cuenta con su Guía de Salud Comunitaria basada en Activos".

Principado de Asturias: "Plan de salud del Principado de Asturias 2019-2030".

Aragón: "Estrategia atención comunitaria Aragón".

Cataluña: Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT).

Pero para hablar de trabajo comunitario en el ámbito de la salud hemos de contextualizar a qué nos referimos, empezando por el principio, al hablar de salud.

## **2.2. Concepto de salud**

Ya Hipócrates en su tratado "Sobre los aires, aguas y lugares" decía:

"[...] Quien desee estudiar correctamente la ciencia de la medicina (y la atención a la salud –podríamos interpretar–) deberá proceder de la siguiente manera: [...] informarse sobre la situación geográfica de las ciudades respecto a los vientos, el efecto del cambio de las estaciones, la calidad de las aguas, las costumbres dietéticas de sus habitantes, etc."

Hipócrates (Grecia, 460-332 a. C.). *Tratado sobre los aires, aguas y lugares*.

De esta forma, manifestaba su interés en constatar los componentes "sociales" de las enfermedades.

Realizando un gran salto en el tiempo, encontramos autores interesados en el tema, en el siglo XVIII, Bernardino Ramazzini, considerado por muchos como el "padre" de la salud laboral; en el siglo XIX, con la Revolución Industrial, Jane Addams ya refería que los problemas sociales se generan por las condiciones de la sociedad y no por la personalidad de los individuos, que era necesario un cambio social y para hacerlo era imprescindible basarse en conocimientos científicos y conocer las condiciones sociales de la comunidad.

#### Referencia bibliográfica

Jane Addams (2015). *Veinte años en Hull House* Alba Navalón Martínez (tr.), Remedios Maurandi Guirado (com.). Murcia: Editum. Ediciones de la Universidad de Murcia.

En 1845 Engels<sup>1</sup> publicó un ensayo sobre las condiciones de vida de la clase obrera en Inglaterra, en el que analizaba las condiciones de salubridad de los barrios obreros que relacionaba con indicadores de natalidad, morbilidad y mortalidad.

<sup>(1)</sup>*Die Lage der Arbeitenden Klasse in England*, traducida al inglés en 1885 por la reformista estadounidense Florence Kelley con el título *The Condition of the Working Class in England*, contó con la autorización de Engels, publicada en Nueva York (1887) y en Londres (1891). La edición inglesa se publicó con un nuevo prólogo del autor, en 1892.

En el año 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2</sup> definió el concepto de salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Así comenzó a surgir un nuevo paradigma, al establecer que la salud de las personas era el resultado de la interacción con los diferentes sistemas en que vive y se relaciona.

<sup>(2)</sup>Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, 2, p. 100, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Evolucionando en el tiempo, en el año 1978 en la conferencia de Alma-Ata se definió la salud como:

"El estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud."

Recientemente en la conferencia celebrada en Astaná, Kazajistán, el 25 de octubre de 2018 (OMS/OPS), países de todo el mundo firmaron la "Declaración de Astaná" y prometieron fortalecer sus sistemas de atención primaria de salud (APS) como un paso esencial para lograr la cobertura universal de salud.

### 2.3. Determinantes de la salud

Fue el informe Lalonde, en el que Marc Lalonde –ministro de Salud y Bienestar de Canadá– definió la existencia de **determinantes de la salud** que enmarcó en:

- 1) el medio ambiente,
- 2) el estilo de vida,
- 3) el sistema sanitario y
- 4) la biología humana.

Para ello, partía de la base que la salud o la enfermedad no estaban relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos; de hecho, remarcaba que la mayoría de las enfermedades tenían una base u origen marcadamente socioeconómico.

Otros autores como Laframboise, con su modelo de salud holística en los años 70, llegó a la conclusión que las principales causas de los problemas eran socioeconómicos, mientras que las políticas de salud se centran en el tratamiento de las enfermedades sin incorporar intervenciones sobre las "causas de las causas" en el entorno social, llegando a la resolución que:

"Los desafíos que se le presentan a las políticas de salud son pasar de un modelo basado en la curación de las enfermedades para llegar a un **modelo basado en la promoción de la salud**, siendo esta la mejor herramienta para enfrentarse a las mismas."

H. L. Laframboise (1973). "Health policy: breaking the problem down into more manageable segments". *CMAJ* (núm. 103, pág. 388-91).

Así, en 1970 fue cuando se incorporó el concepto de **promoción de la salud** en las políticas de salud pública.

Siguiendo con los determinantes de la salud relacionados por Lalonde, en la conferencia celebrada en mayo de 1999 en Bethesda (Maryland) se amplió el esquema de cuáles se consideraban los **determinantes de salud**, que se concretaron en **cinco niveles**, desde el más individual hasta el más general. Es relevante destacar que la atención sanitaria no se contemplaba como determinante de salud, sino como **estrategia reparadora**.

Los niveles se estructuraron en:

- Nivel 1. Determinantes biológicos, físicos y psíquicos.
- Nivel 2. Determinantes de estilo de vida.
- Nivel 3. Determinantes ambientales comunitarios: familia, escuela, vecindario, empleo, instituciones locales, etc.
- Nivel 4. Determinantes del ambiente físico, climático y contaminación ambiental.

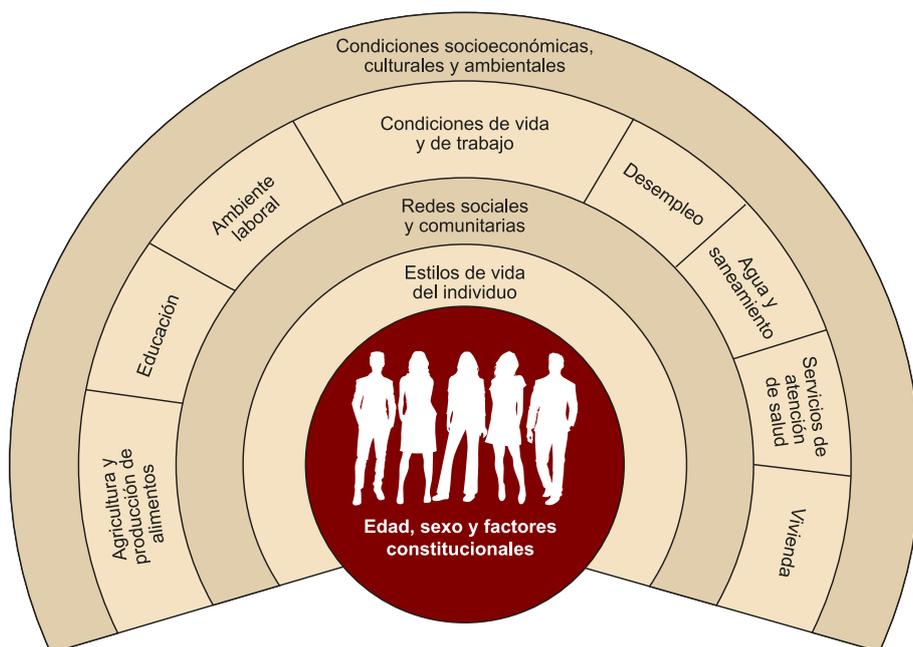
#### Referencia bibliográfica

M. Lalonde (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail*. Canadá: Ministère de la santé nationale et du bien-être social.

- Nivel 5. Determinantes de la estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales.

Estos diferentes determinantes se pueden agrupar también en función del momento en que su influencia se hace patente en relación con el proceso de enfermedad. En este sentido, los determinantes se clasificarían como factores predisponentes, factores precipitantes y factores perpetuadores. También se consideran aquellos otros factores que dificultan la aparición de la enfermedad, refiriéndose en este caso a los denominados *factores protectores*. Finalmente, en el modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) los determinantes de la salud estarían definidos por:

Modelo de Dahlgren y Whitehead



Fuente: adaptado de G. Dahlgren, M. Whitehead (1991). "Rainbow model of health". En: G. Dahlgren (1995). *European Health Policy Conference: Opportunities for the future* (vol. 11).

## 2.4. Determinantes sociales de la salud

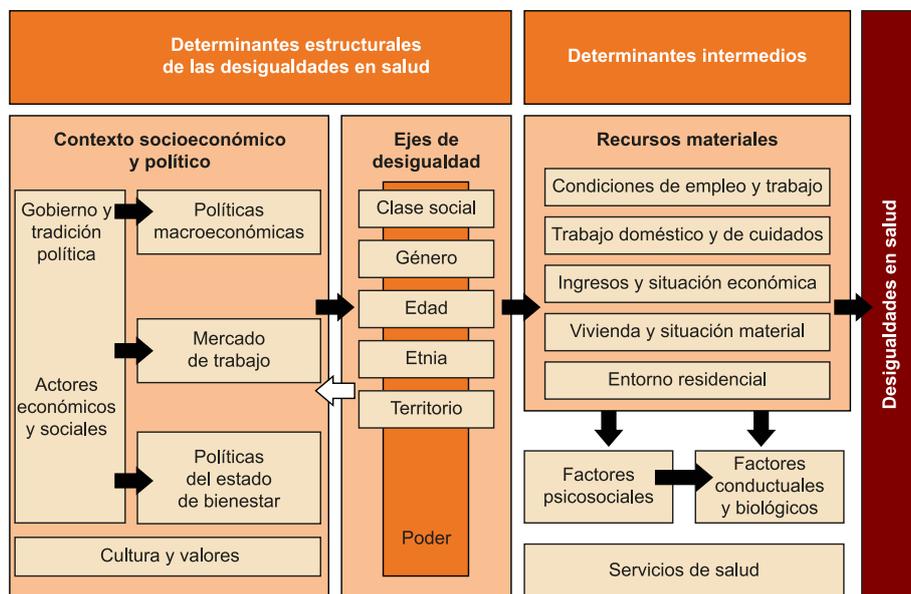
Dentro de los diferentes determinantes, los que actualmente están más desarrollados son los **determinantes sociales de la salud (DSS)**. La Comisión de la OMS los define como:

"Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria."

Comisión de la OMS. "Determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud". Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)

De esta manera, la expresión "determinantes sociales" resume el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud.

Marco de las principales categorías y vías de acción de los determinantes (OMS)



Fuente: adaptado de O. Solar, A. Irwin (2007, abril). "A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health". Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)

Observamos que tanto los diferentes autores citados como la propia OMS orientan a aproximarnos a la salud individual (imprescindible) a la vez que inciden en la importancia de la dimensión poblacional.

## 2.5. Desigualdades en salud

Otro concepto a incorporar son los ejes de **desigualdad social en salud**. Ya en 1971, Julian Tudor Hart, médico de familia inglés, reconocido como uno de los principales ideólogos mundiales de la atención primaria de salud, publicó la **Ley de Cuidados Inversos**, donde afirmaba que la disponibilidad de una buena atención médica se relacionaba de forma inversa con las necesidades de salud de la población y que esto sucedía especialmente cuando los establecimientos y recursos sanitarios estaban expuestos a las fuerzas del mercado. Es decir, que existe una tendencia natural a que los más necesitados reciban menos servicios de salud y, por lo tanto, que el progreso implica revertir esta inercia.

El término *desigualdad* en salud se refiere de manera genérica a las diferencias en la salud de los individuos o de los grupos y lo definiremos como:

### Referencia bibliográfica

J. T. Hart (1971). "The Inverse care law". *Lancet* (núm. 297, pág. 405-412).

"Aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente."

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2010). *Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Original: O. Solar, A. Irwin (2007, abril). "A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health".

El concepto *desigualdades en salud* alude, en consecuencia, al **impacto que tienen sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población** los factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja. Cualquier aspecto cuantificable de la salud que varía entre individuos o según agrupamientos socialmente relevantes puede denominarse una desigualdad en salud. En la definición está ausente cualquier juicio moral sobre si las diferencias observadas son razonables o justas.

## 2.6. Inequidad en salud

Por el contrario, una **inequidad en salud**, o disparidad en salud, es un tipo específico de desigualdad que denota una diferencia injusta en la salud, es decir, cuando las diferencias en salud son prevenibles e innecesarias, el permitir que persistan es injusto. En este sentido, las inequidades en salud son diferencias sistemáticas en la salud que podrían evitarse con medios razonables.

Como comentan Wilkinson y Marmot, en el documento *Los Hechos Probados*, se trata de la constatación que a medida que se baja un peldaño en la escalera social, aumenta la prevalencia de casi todas las enfermedades y problemas de salud, mientras que crecer en "códigos postales" (sociedades), en entornos socioeconómicos donde se garantizan mejores niveles familiares, comunitarios y sociales, van a generar comunidades protectoras denominadas por los salubristas *entornos saludables, entornos promotores de la salud o entornos salutogénicos*.

### Referencia bibliográfica

R. Wilkinson, M. Marmot (2003). "Los hechos probados. Los determinantes sociales de salud". World Health Organization. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>

Así, la tendencia tradicional centrada en la protección y en la prevención y en el énfasis en la reducción de los factores de riesgo o generación de barreras para la enfermedad se está reorientando hacia una forma de ver las acciones en salud en aquello que hace que las personas, familias y comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren.

### Referencia bibliográfica

I. Kawachi, S. V. Subramanian, N. Almeida-Filho (2002). "A glossary for health inequalities". *J Epidemiol Community Health* (núm. 56, pág. 52-647).

## 2.7. Promoción de la salud

Recuperamos en este momento, lo que en 1970 se denominó como **promoción de la salud**. Es bien cierto que, en ocasiones, se produce una confusión importante sobre lo que es y no es la promoción de la salud; se confunde prevención clínica con promoción de la salud, identificando a ésta última simplemente con acciones sobre determinadas conductas como podrían ser educación sanitaria en relación a ciertas patologías, entre otras acciones.

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud de la OMS, reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986, emite la Carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo: "Salud para todos en el año 2000" y define las estrategias para su consecución. Posteriormente, la Declaración de Yakarta (OMS) sobre promoción de la salud hacia el siglo XXI ofrece un enfoque y un punto de vista de la promoción de la salud, refleja el firme compromiso de los participantes en la 4.ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud de hacer uso de la más amplia gama de recursos para abordar los factores determinantes de la salud en el siglo XXI.

El concepto de promoción de la salud debe llevar implícito el de cambio social, como citan Concha Colomer y Carlos Álvarez-Dardet; erramos si ponemos el foco en modificar estilos de vida y no en la importancia de actuar sobre los entornos y las políticas. Así, Concha Colomer y Carlos Álvarez-Dardet refieren que:

"La salud está profundamente influida por variables sociales; por tanto, no nos debe extrañar que sea un producto del cambio social. [...] La promoción de la salud [...] aplica una estrategia global que se dirige a la población en su conjunto [...], al desarrollo de la salud y sus causas sociales [...] y favorece la participación y la autoayuda. [...] No se trata, pues, de un servicio médico, sino de una actividad en el ámbito de la salud pública y las políticas sociales."

C. Colomer Revuelta, C. Álvarez-Dardet, E. Masson (2000). *Promoción de salud y cambio social*. Capítulo 5 (1.ª ed., 3.ª imp.).

De ese modo, definiremos la **promoción de la salud** como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Proporcionar al individuo y comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre sus determinantes.

### Referencias bibliográficas

Observatorio de Salud en Asturias (2017). *Guía para trabajar en Salud Comunitaria en Asturias*.

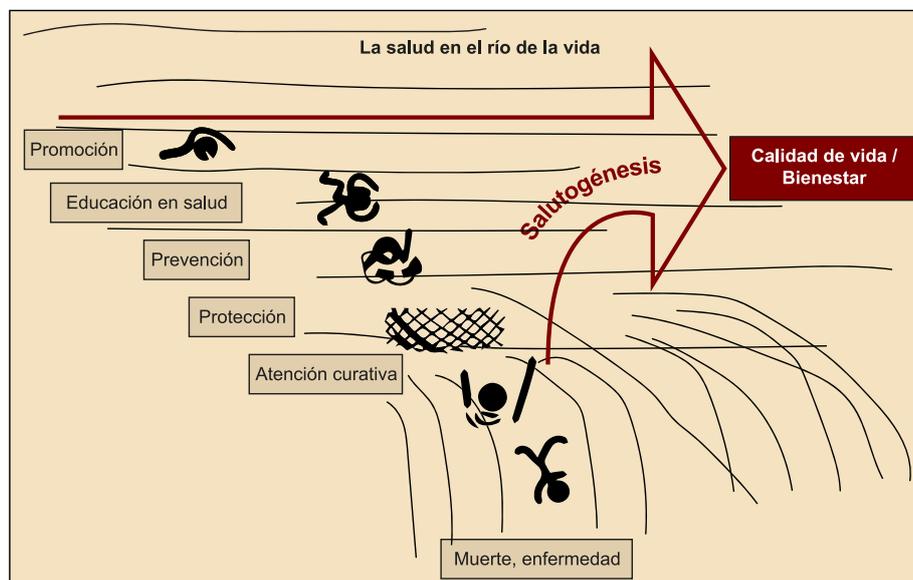
OMS (1996). *Glosario de Promoción de la Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

OMS, Asociación Canadiense de Salud Pública (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional. Toronto, Canadá. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

En consonancia con la definición, se entiende que ha de existir voluntad política e implicación social global para poder establecer y potenciar acciones orientadas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, y para mejorar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tengan como resultado disminuir el impacto negativo en la salud colectiva e individual y potenciar la salud de la comunidad. De esta manera, es obvio que **la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.**

Bengt Lindström y Monica Eriksson realizaron una representación gráfica, conocida como "el río de la vida" en que describen el desarrollo lógico de la salud pública hacia la promoción de la salud.

Salud en el río de la vida



Fuente: adaptado de B. Lindström, M. Eriksson (2008). "A salutogenic interpretation on the Ottawa Charter". *Health Promot Int.* (núm. 23, pág. 190-98).

Para concluir este apartado y, a juicio de la autora, siendo el campo de actuación aquellos ámbitos interdependientes que influyen o determinan la salud de los individuos, hemos de plantearnos, entre otros grandes retos:

- La intervención en los determinantes sociales de la salud.
- La reducción de las desigualdades en salud.
- El incremento del esfuerzo preventivo y modificación de estilos de vida no saludables.
- La capacitación de las personas para manejar y afrontar aquellos procesos que limitan su bienestar.
- La incorporación de la perspectiva salutogénica.

#### Referencia bibliográfica

B. Lindström, M. Eriksson (2013). "Un abordaje salutogénico para reducir las desigualdades en salud". En: M. Hernán, A. Morgan, A. L. Mena (ed.). *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Siendo el campo de actuación aquellos ámbitos interdependientes que influyen o determinan la salud de los individuos.

## 2.8. La perspectiva salutogénica

De acuerdo con lo explicado hasta ahora, en relación a la definición de salud, sus determinantes y el concepto de promoción de la salud, vamos a referirnos a la óptica no patogénica en contraposición al enfoque salud-enfermedad basado en el modelo tradicional patogénico. Nos referimos a una visión de la salud desde una **perspectiva salutogénica**. Su ideólogo es el médico y sociólogo Aaron Antonovsky que, ya en el año 1987, publicó un primer estudio y posteriormente desarrolló lo que llamó *sentido de la coherencia (SOC)*, convirtiendo este concepto en la clave de su teoría. El SOC está basado en tres componentes: la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo, mostrarse capaz de manejarla y, finalmente, sentir que tiene sentido, que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar; siendo importante no sólo disponer de ellos sino tener la capacidad para utilizarlos, de ahí su nombre. Antonovsky consideró que el concepto de sentido de la coherencia era aplicable solamente a los individuos, más tarde propuso que el SOC podría aplicarse a grupos y también al ámbito social desarrollando el concepto de **salutogénesis**, en que propone centrarse en la identificación de lo que genera salud en lugar de lo que puede producir enfermedad; el planteamiento es, además de intervenir en los factores que propician la enfermedad y prevenir, cuando es necesario, potenciar la intervención sobre la salud de las poblaciones ya existente.

### Referencias bibliográficas

A. Antonovsky (1996). "The salutogenic model as a theory to guide health promotion". *Health Promotion International*.

F. Rivera de los Santos, P. Ramos Valverde, C. Moreno Rodríguez, M. Hernán García (2011). "Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud". *Rev Esp Salud Pública* (núm. 85, pág. 129-139).

También Scales habla de la salud positiva poniendo el énfasis en el origen de la salud, no en el de la enfermedad.

## 2.9. Los activos comunitarios

La identificación de aquello que genera salud, llevó a Antony Morgan y Erio Ziglio (2007) a desarrollar el modelo de activos (MAS). Definen como **activos para la salud o activos comunitarios**:

"Cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud."

A. Morgan, E. Ziglio (2007). "Revitalising the evidence base for public health: an assets model". *Promotion and Education* (núm. 14, pág. 17-22).

### Referencia bibliográfica

P. C. Scales; N. Leffert (1999). *Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development*. Minneapolis, MN: Search Institute.

Se trata de facilitar el acceso a opciones orientadas al bienestar, estableciendo un marco sistemático para la consecución de esta base en evidencias.

A partir de este nuevo paradigma surge el modelo de los **activos comunitarios** que se sustenta en una metodología que enfatiza el desarrollo de políticas y actividades basadas en las capacidades, habilidades y recursos de las personas y barrios menos favorecidos.

Esta técnica basada en identificar el **mapa de activos** fue iniciada por Kretzmann y McKnight con la finalidad de identificar las fortalezas de la comunidad, descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto con el objetivo de desarrollar un enfoque de salud determinado para un contexto comunitario concreto. Los mencionados autores desarrollaron el modelo de los activos comunitarios, en los que proponen identificar los activos de las comunidades elaborando un **mapa**. Definiremos el **mapa de activos** como un proceso en que los propios habitantes y las entidades del barrio identifican las características y los recursos (físicos, personales, individuales y comunitarios) que les hacen fuertes y que les permiten resistir ante la adversidad. Durante este proceso, **la comunidad identifica todo lo que tiene de positivo**, a la vez que se empodera y toma conciencia de su capacidad y responsabilidad para dirigir su vida en un sentido o en otro.

## 2.10. Intervención comunitaria en salud

Cuando nos referimos a trabajar con la comunidad lo realizamos en el marco de la **intervención comunitaria en salud**, con y desde la comunidad, mediante un proceso de participación que tiene como finalidad mejorar las condiciones de vida de la población interesada. Entendemos la **participación comunitaria** como el proceso social en virtud del cual grupos específicos, que comparten alguna necesidad, problema o interés y viven en una misma comunidad tratan activamente de identificar dichos problemas, necesidades o intereses buscando mecanismos y tomando decisiones para atenderlos.

### 2.10.1. La participación comunitaria en salud

La **participación comunitaria en la salud** es el elemento clave en la salud comunitaria. Describimos la **salud comunitaria** (Conferencia Salud Comunitaria, Asturias, 2012) como la expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características individuales y familiares, el medio social, cultural y ambiental, así como los recursos de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales.

La **acción comunitaria en salud** sería aquella que promueve un cambio positivo en la salud de la comunidad, contemplando en su desarrollo una multiplicidad de agentes; propone un abordaje integral de los procesos salud-en-

#### Referencia bibliográfica

J. Kretzmann, J. McKnight (1993). *Building Communities from the Inside Out: a path to finding and mobilising a community's assets*. Illinois: ABCD Institute.

#### Referencia bibliográfica

M. J. Aguilar Idáñez (2006). "Participación comunitaria en salud: balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en atención primaria". *Revista Comunidad* (núm. 9). PACAP. SEMFyC.

fermedad, de los niveles micro y macrosociales con la participación de los diferentes equipos, organismos, agrupaciones, etc. en el diagnóstico, la toma de decisiones y su implantación.

### Referencias bibliográficas

C. Sobrino, M. Hernán, C. Rafael (2018, octubre). "¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»?". Informe Sociedad Española Salud Pública y Administración Sanitaria". *Gaceta Sanitaria* (vol. 32, núm. 1, pág. 5-12).

M. I. Pasarín, E. Díez (2013). "Salud comunitaria: una actuación necesaria. Informe Sociedad Española Salud Pública y Administración Sanitaria". *Gaceta Sanitaria* (vol. 27, núm. 6, pág. 447-478). Servicio de Salud Comunitaria, Agencia de Salud Pública de Barcelona.

## 2.11. Conclusión

Llegados a este punto ya disponemos del marco teórico y conceptual básico para iniciar un proyecto de salud comunitaria. No existe una manera de empezar y hacer concreta, podemos empezar potenciando la creación de un Consejo de salud en el barrio o población donde estemos situados o implicándonos como equipo de salud en proyectos ya existentes.

En relación al proyecto a realizar, existen diferentes metodologías y técnicas, algunas de ellas os las adjuntamos en la webgrafía para que se puedan consultar.

Las ideas claves de este apartado, son:

- La salud depende de todos y cada uno de nosotros, tanto en el contexto individual como en el colectivo.
- Debemos trabajar con la comunidad implicándola y corresponsabilizándola junto con el resto de agentes necesarios: los políticos, los profesionales y con los diferentes agentes de salud del territorio de intervención.
- La unidad de trabajo social sanitario debe y tiene que insistir en tener un rol de especialista en la intervención comunitaria y, como tal, ha de participar en la comisión comunitaria del centro de salud.

### 3. En la práctica del método de intervención comunitaria en el trabajo social sanitario

Como se ha visto a lo largo del capítulo, el trabajo comunitario en el trabajo social sanitario se construye a partir de las fuentes de tres especialidades (trabajo social comunitario, trabajo social sanitario y medicina familiar y comunitaria, por lo tanto, su método o metodología de intervención surge, como no podría ser de otra manera, de esas tres especialidades.

¿Qué metodología se debería poner en práctica para que la praxis del método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario sea exitosa?

**La práctica del método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario ejercido desde una visión biopsicosocial debería tener en cuenta los aspectos siguientes:**

- Una visión y una estrategia ecológica de las circunstancias y de los procesos de actuación.
- Una visión y una estrategia participativa de todos los actores implicados.
- Una visión y una estrategia transversal en el desarrollo de los procesos.

La aplicación de estas tres visiones a la hora de poner en marcha el método serán fundamentales para poder desarrollar las funciones de: prevención, rehabilitación y promoción de la salud. Ya sean ejercidas desde el marco de la atención primaria de salud o de la atención especializada.

#### Nota

Para mayor información, consultar el material de la profesora M.<sup>ª</sup> Antonia Rocabayera.

## 4. Algunas ideas para reflexionar

La grave crisis que se viene sufriendo en el país ha llevado a que los gobiernos tomen medidas muy restrictivas con respecto a las prestaciones de nuestro actual sistema de bienestar social, lo que se está traduciendo en la pérdida de muchos de los logros conseguidos en estas últimas décadas. Preocupa muy especialmente algunas de las propuestas del **Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril, que establece las nuevas medidas de reforma del sistema sanitario público. De una manera especial, la reintroducción del concepto de asegurado y beneficiario, que limita de hecho el acceso a la asistencia sanitaria pública**, que sugieren un retroceso imparable a modelos de protección social y a un estado de bienestar social anteriores a 1986.

La nueva situación: la exclusión de la asistencia pública de los colectivos que no coticen a la Seguridad Social con riesgo de marginación, como los inmigrantes "sin papeles" o los jóvenes en paro, o las familias que hayan agotado las prestaciones por desempleo, etc., parecen dibujar nuevos entornos que no son tan nuevos. En definitiva, **parece que estamos en aquella idea de Friedrich Nietzsche del "eterno retorno"**.

Pasamos a narrar una experiencia del **Dr. Jordi Gol i Gurina** (médico de familia como a él le gustaba llamarse).

"Un hombre mayor se rompió la pierna porque la escalera de su casa estaba poco iluminada y no se veía suficientemente un rellano con un escalón que quedaba completamente disimulado por el color del pavimento, de modo que en esa escalera ya se habían producido tres fracturas de cuello de fémur. El hombre, con su fémur arreglado, quedó cojo, y tenía grandes dificultades para salir de su casa, a causa precisamente de la disposición de la misma escalera."

"El defecto hospitalario paralelo consiste en exploraciones que sustituyen lo jurídico clínico: Pidámosle toda la "secuencia" de análisis y toda la "secuencia" de radiografías en lugar de razonar cuáles hacían falta. Sobreabundancia de medios de exploración que eviten el esfuerzo y la responsabilidad de pensar, y que evidentemente no dará buen fruto."

"En nuestro país, si bien de un lado estamos todavía muy lejos de tener un sistema sanitario suficiente, del otro lado ya padecemos de un consumo sectorialmente aberrante, tanto de medicación como de frecuentación del sistema. Una sanidad insuficiente y ya fomentadora del consumismo; una sanidad, pues, cualitativamente mala."

J. Gol i Gurina (1984). "Ideologia i actituds predominants en el nostre sistema sanitari. Bases conceptuals per a un canvi". *Salut, Sanitat i Serveis Socials*. Barcelona: Escola Superior d'Assistència Socials.

**Esta narrativa la realizaba el Dr. Gol i Gurina en el año 1984 en una clase dirigida a futuros trabajadores sociales.**

¿Realmente os parece que esto fue narrado hace 30 años?

¿Es quizá esta grave crisis económica una gran oportunidad para darnos una nueva posibilidad de retomar el rumbo perdido hace tantos años? ¿Pueden ser en esta ocasión los profesionales del trabajo social, y en particular los equipos especialistas del trabajador social sanitario que aplican método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario, una de las piedras angulares del nuevo sistema de bienestar social del siglo XXI?

A lo largo de nuestra historia se han realizado infinidad de propuestas, de planes, de diseños organizativos, para promover el trabajo interdisciplinar de los equipos de salud en los territorios. Pero a fecha de hoy continuamos dando vueltas a la gran rueda. Quizá en estos momentos de graves dificultades económicas y sociales, en esta nueva o no tan nueva situación, el trabajo comunitario se vislumbra como una de las estrategias más importantes para reconducir la situación. Trabajo comunitario donde los profesionales del trabajo social que aplican el método de intervención comunitario en el trabajo social sanitario pueden ser una pieza clave para recuperar el maltrecho estado del bienestar social español de siglo XXI.

## Bibliografía

**Bronfenbrenner, U.** (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

**Colom, D.** (2006). "Salud y Trabajo Social: la evolución de una profesión apasionante. Estat de benestar: Reflexions per al Treball social". *Revista de Treball Social (RTS)* (núm. 177). Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social de Catalunya.

**Departament de Sanitat y Seguretat Social. Generalitat de Catalunya** (1984). "La historia clínica per a l'assistència primària". *Informes tècnics d'assistència sanitària* (núm. 2, 1.ª ed.). Barcelona.

**Germain, C.; Gitterman, A.** (1980). *The Life Model of Social Work Practice*. Nueva York: Columbia University Press.

**Gol i Gurina, J.** (1984). "Ideologia i actituds predominants en el nostre sistema sanitari. Bases conceptuals per a un canvi" *Salut, Sanitat i Serveis Socials*. Barcelona: Escola Superior d'Assistents Socials.

**Pincus, A.; Minahan, A.** (1973). *Social Work Practice: Model and Method, Itasca, Ill.* Peacock.

**Rose, Stephen M.; Black, Bruce L.** (1985). *Advocacy and Empowerment: Mental Health Care in the Community*. Boston: Routledge and Kegan Paul.

**Russel-Erlich, John L.; Rivera, Felix G.** (1986). "Community empowerment as a non-problema". *Journal of Sociology and Social Welfare* (vol. 3, núm. 13, pág. 451-465).

**Sanz Cintora, Á.** (2001). *Acción Social y Trabajo Social en España. Una revisión histórica*. Departamento de Psicología y Sociología ("Acciones e investigaciones sociales", núm. 13).

**Sinclair, E.** (1988). "The formal evidence". *National Institute for Social Work, Residential Care: a positive choice*. Londres: HMSO.

**Towell, D.** (comp.) (1988). *An Ordinary Life in Practice*. Londres: King Edward's Hospital Fund.

**Von Bertalanffy, L.** (1971). *General Systems Theory: Foundations, Development, Application*. Londres: Allen Lane (trad. cast.: *Teoría General de los sistemas*, Madrid, FCE, 1976).

## Webgrafía

Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT): [http://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio\\_salut/salut\\_comunitaria/xarxa\\_aupa/](http://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/salut_comunitaria/xarxa_aupa/)

"Caja de herramientas comunitarias": <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2015/06/23/caja-de-herramientas-comunitaria/>

"Formación en salutogénesis y activos para la salud". Junta de Andalucía: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>

"Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias": [https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Guia\\_salud\\_comunitaria\\_2016.pdf](https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Guia_salud_comunitaria_2016.pdf)

"Mapa de activos en las Illes Balears ¿cómo empujamos?": <http://ibamfic.org/wp-content/uploads/2017/06/9-Janer-Llobera-Juana-Maria.-Mapa-dactius-en-las-illes-balears.-%C2%BF-como-empujamos.pdf>

"Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud": [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC\\_579\\_Guia\\_Adapta\\_Participacion\\_-Comunitaria.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_579_Guia_Adapta_Participacion_-Comunitaria.pdf)

