
Mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari

PID_00272821

María Antonia Rocabayera Andreu

Temps mínim de dedicació recomanat: 3 hores



**María Antonia Rocabayera
Andreu**

Diplomada en Treball Social el 1991. Postgrau en Malaltia crònica. Exerceix en l'àmbit de la salut com a diplomada en Treball Social des de l'any 1992. Ha treballat en l'àmbit de la formació d'adults i també en estudis de valoració psicosocial per a adopcions nacionals i internacionals. Vicepresidenta del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social de Catalunya.

La revisió d'aquest recurs d'aprenentatge UOC ha estat coordinada per la professora: Dolors Colom Masfret (2020)

Segona edició: març 2020
© María Antonia Rocabayera Andreu
Tots els drets reservats
© d'aquesta edició, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realització editorial: FUOC

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.

Índex

1. La intervenció comunitària.....	5
1.1. Treball social sanitari comunitari: breu recorregut històric	5
1.2. Models teòrics del treball social (sanitari) comunitari	7
1.3. Intervenció metodològica en el treball social (sanitari) comunitari	8
1.4. Treball social sanitari comunitari	9
1.4.1. Competències del treball social sanitari comunitari	10
1.4.2. Concreció d'accions	13
2. Els equips de treball social sanitari en l'atenció a la salut de la comunitat. Incorporar el treball comunitari en els equips d'atenció primària de salut.....	16
2.1. Introducció	16
2.2. Concepte de salut	17
2.3. Determinants de la salut	18
2.4. Determinants socials de la salut	20
2.5. Desigualtats en salut	21
2.6. Iniquitat en salut	22
2.7. Promoció de la salut	22
2.8. La perspectiva salutogènica	24
2.9. Els actius comunitaris	25
2.10. Intervenció comunitària en salut	26
2.10.1. La participació comunitària en salut	26
2.11. Conclusió	27
3. En la pràctica del mètode d'intervenció comunitària en el treball social sanitari.....	28
4. Algunes idees per a reflexionar.....	29
Bibliografia.....	31

1. La intervenció comunitària

1.1. Treball social sanitari comunitari: breu recorregut històric

Els conceptes de comunitat i treball comunitari són previs al treball social com a disciplina. En el transcurs del segle XIX, arran de l'expansió de la industrialització i del procés accelerat d'urbanització, es creen centres socials que apunten cap a la integració social per a millorar les condicions socials. Neixen amb el moviment *settlement* ('assentament'), fundat pel sacerdot Barnett amb la seva esposa a Anglaterra: alumnes d'Oxford convivia amb els "desheretats" i contribuïen a millorar la seva vida, alhora que prenia consciència de les seves condicions de vida i de la necessitat de promoure reformes socials. La seva intervenció, d'inici, va ser individual i posteriorment va passar a un treball grupal i cooperatiu.

Als EUA, Jane Addams va fundar la Hull House a Chicago el 1889; els treballadors socials convivia amb la gent pobre i oferien atenció personal, treball en grups i també amb el veïnatge. Addams va liderar l'Escola de Chicago, principal escola de pensament social de l'època i en la qual es defensava la idea que els problemes socials es generaven per les condicions de la societat (Revolució Industrial) i no per la personalitat dels individus. Així, era necessari un canvi social que s'havia de basar en coneixements científics i plantejava que, per a treballar pel canvi, primer s'han de conèixer les condicions socials de la comunitat.

La sistematització teòrica de l'organització comunitària va sorgir, també als EUA, als anys trenta. Va ser Jesse F. Steiner qui va definir el mètode d'organització de la comunitat:

"Una manera organitzada de treballar que tendeix a resoldre conflictes i a crear les possibilitats d'un progrés consistent".

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

L'any 1956, un grup d'experts de l'ONU va elaborar un document, *Desenvolupament de la comunitat i serveis conexas*, en el qual apareix la primera definició oficial de **desenvolupament de la comunitat**:

"Són els processos en els quals l'esforç d'una població se suma als del seu govern per millorar les condicions econòmiques, socials i culturals de les comunitats, integrant aquestes comunitats en la vida del país i permetent-los contribuir plenament al progrés nacional".

L'any 1962 l'Associació Nacional de Treballadors Socials dels EUA va definir l'organització de la comunitat, o treball comunitari, com a mètode i camp d'actuació dels treballadors socials.

A Espanya, la situació era ben diferent (la realitat política –dictadura–, amb una idea paternalista i de beneficència cap a la ciutadania), no va ser fins ben entrada la dècada dels seixanta que es va començar a notar un impuls en el camp de l'assistència social. En l'àmbit del treball social comunitari, alguns sectors es van interessar per les idees de l'ONU sobre el desenvolupament de la comunitat i de la mà d'experts formadors, com ara Marco Marchioni, es van impulsar alguns projectes comunitaris que es van expandir al territori espanyol. Això succeïa en un moment d'esperança en el canvi sociopolític i amb el desig de crear les condicions per al desenvolupament econòmic i social a través de la participació activa de la comunitat, buscant i fomentant líders locals i intentant trobar ajudes econòmiques per a desenvolupar els projectes.

En la dècada dels vuitanta, amb el restabliment dels drets de la ciutadania impulsats pel nou sistema democràtic i consolidats amb la Constitució de 1978, es va crear el Sistema Públic de Serveis Socials. Va ser aquesta una etapa de finançament de la professió en la qual es van impulsar alhora el treball social i els serveis socials. Després d'un primer moment d'"eufòria" per la restauració dels drets socials i civils de la ciutadania i amb un important treball comunitari dels professionals –vinculats als moviments veïnals i polítics–, va sorgir l'anomenada nova *qüestió social*, que va evidenciar els efectes de la fallida de l'estat de benestar –ja constatada als països democràtics europeus– i que va comportar la remodelació del recentment creat Sistema Públic de Serveis Socials, en la qual els professionals es van dedicar, bàsicament, al treball individual i familiar amb una gestió dels problemes socials burocratitzada.

"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*. Saragossa: Ed: Certeza.

En aquests últims anys s'han procurat noves alternatives, amb l'objectiu de "recontextualitzar", "ressituar", "reconceptualitzar" la professió i transformar un malestar palès i que E. Alonso ja va definir l'any 1989 com a victimisme paralitzant o lamentació improductiva.

A la fi dels anys noranta i principis del segle XXI hi ha hagut diferents iniciatives. Per exemple, a Catalunya l'any 1997 el Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya va impulsar el Pla general de desenvolupament social, econòmic i comunitari i es va basar en el model francès, les experiències del Quèbec i les orientacions de M. Marchioni. En l'actualitat hi ha

Referència bibliogràfica

C. Verde (2008). "La exigencia de renovación del trabajo social en contextos postbienestaristas". *RTS* (pàg. 184).

seixanta-un plans comunitaris en els quals intervenen diferents institucions, organitzacions del tercer sector, etc. (escola, salut, habitatge... associacions de veïns, plataformes...); hi trobem el treballador social.

1.2. Models teòrics del treball social (sanitari) comunitari

Entre les teories contemporànies del treball social, la de **potenciació/defensa** i la de **sistemes** són les que tenen com a objectiu definit la comunitat. La primera, poc utilitzada, tendeix a centrar-se en el paper defensor del treball social. Així, per a aquest model, fomentar la potenciació en comunitats oprimides és una resposta categòrica als corrents polítics i econòmics que aviven l'opressió (Russell-Erich i Rivera, 1986). La defensa té com a objecte promoure el control i la participació dels clients en les seves respectives vides, en la seva comunitat i en els serveis de treball social sanitari que reben. Unida a la idea de defensa hi ha la idea de normalització, amb treballs com els de Rose i Black (1985), que descriuen un projecte per a promoure una manera de vida independent per a persones amb trastorns o malalties mentals en la comunitat. També s'ha pogut comprovar que aquest plantejament ha influït en el camp assistencial residencial, així com en l'aprenentatge de les persones incapacitades (Towell, 1988 i Sinclair, 1988). És un model creixent als Estats Units que també s'ha estès al Regne Unit i ha tingut un paper rellevant en la intercessió per la independència de la gent disminuïda.

Amb tot, la teoria de sistemes és la que ha tingut i té un impacte més gran en el treball social comunitari. Basada en la teoria de sistemes generals (Von Bertalanffy, 1971), proposa que tots els organismes són sistemes compostos de subsistemes, de manera que els sistemes formen part al seu torn d'uns microsistemes. Pincus i Minahan (1973) sostenen que la gent, per poder portar una vida satisfactòria, depèn dels sistemes del seu entorn social immediat, per la qual cosa el treball social hi ha d'intervenir. Segons aquests autors hi hauria diversos sistemes bàsics del treball social llegeixi's, del treball social sanitari: sistema d'agent de canvi (treball social sanitari i les organitzacions on treballen), sistema de les persones afectades (clients, famílies, grup, comunitat amb la qual col·labora cada professional del treball social sanitari), sistema d'objectiu (clients diana) i sistemes d'acció (clients amb els quals treballa el sistema d'agent de canvi).

El 1980 Germain i Gitterman, amb el seu "model de vida", van establir la base de la **teoria dels sistemes ecològics**; aquest model considera que la gent està constantment en una situació d'intercanvi adaptatiu amb molts i diferents aspectes del seu entorn. Tots dos canvien i són canviats per l'entorn; així, Bronfenbrenner (1987) diu que el desenvolupament humà és el procés mitjançant el qual la persona va adquirint una concepció més àmplia, diferenciada i vàlida del seu ambient, i es fa capaç d'ajustar-s'hi i de participar en el seu manteniment i en la reestructuració en diferents nivells de complexitat (microsistema, mesosistema, ecosistema i macrosistema).

Referència bibliogràfica

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

Un dels aspectes més analitzats en les teories de sistemes són **les xarxes i els sistemes de suport social**. Sluzki (1996) defineix la xarxa social de la manera següent:

“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. Intervenció metodològica en el treball social (sanitari) comunitari

Aquesta intervenció ha de tenir rigor metodològic, i ha de sistematitzar la intervenció. Segons Matilde du Ranquet, el mètode del treball social (sanitari) es compon, com la resta de mètodes, de quatre etapes: recollida de dades, diagnòstic social, formulació i engegada d'un pla d'acció i avaluació dels resultats obtinguts.

Natividad de la Red esmenta en la seva obra els **models operatius més freqüents** en el treball social comunitari:

- Metodologia d'acció, en la qual estableix quatre fases:
 - Estudi-recerca.
 - Programació.
 - Execució.
 - Avaluació.

- Model agònic com a mètode d'intervenció social. Ens referim a “la intervenció professional qualificada en procés de canvi que es pot efectuar en individus, grups i també en organitzacions o fins i tot en altres conjunts més amplis”. Es distingeixen tres tipus d'intervenció:
 - Ajuda psicosocial.
 - Assessorament/orientació.
 - Intervenció pedagògicoformentiva.

- Model ecològic/sistèmic, seguint Pincus i Minahan, que estableixen tres etapes en el procés:
 - Anticipació empàtica: comprèn l'avaluació del problema i la recollida de dades.
 - Realització del treball previst: comprèn contactes inicials, negociació de contractes, formació dels sistemes d'acció, manteniment i coordinació dels sistemes d'acció.
 - Procés de comiat; acabament de l'acció canviant i avaluació.

Referències bibliogràfiques

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

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

Referència bibliogràfica

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

1.4. Treball social sanitari comunitari

Després d'aquest breu repàs de la història del treball social comunitari i del marc teòric o conceptual, examinarem el que és el tema central, el treball social sanitari comunitari.

La definició mateixa de *salut* i la declaració d'Alma-Ata, punt àlgid per a la transformació de l'atenció primària de salut, ja estableixen una sèrie d'estratègies per a aconseguir el màxim nivell de salut de la ciutadania. Per a això, tant les accions com les intervencions comprenen, a més dels aspectes curatius, les activitats de prevenció i promoció de la salut. Per a poder-ho materialitzar es necessita la participació activa dels clients i també de la comunitat, com a element estratègic fonamental. Cada vegada hi ha una sensibilitat més gran, tant dels polítics i dels gestors, com dels professionals de la salut, per portar a terme estratègies per a implicar i capacitar la comunitat en la millora o manteniment de la salut. Alguns dels projectes més estesos són el voluntariat, la dinamització de grups d'ajuda mútua, les campanyes de sensibilització (hàbits saludables, dies internacionals), la promoció de la salut i el diagnòstic de salut del territori (amb participació de la ciutadania).

Habitualment el posicionament se situa més en la línia de la "utilització" dels clients i no tant en l'apoderament i el protagonisme de la ciutadania a través de la participació comunitària.

Són nombrosos els textos que ofereixen guies per a poder iniciar projectes comunitaris. La filosofia dels centres de salut també preveu la intervenció comunitària: promoció de la salut, educació sanitària, però la realitat és ben diferent i, encara que hem enumerat diferents iniciatives de treball comunitari en l'àmbit de la salut, és obvi que hi ha dificultats per a portar-ho a terme. En referència al treballador social sanitari podríem enumerar els factors següents:

- La falta de temps: un temps que es dedica, bàsicament, a l'atenció individual i familiar. Una atenció que no té fi, atès que les necessitats són infinites, mentre que els recursos (entesos en el sentit ampli de la paraula) són finits. La unitat de social sanitari actua moltes vegades d'"apagafocs" en haver de donar respostes immediates a problemes urgents (per exemple, altes hospitalàries no planificades, ingrés ociosanitari urgent davant una situació de claudicació familiar, etc.).
- Falta de competència professional, entesa com el conglomerat de coneixements teòrics, habilitats, actituds i aptituds en l'àmbit comunitari.
- Dificultat en el lideratge de projectes en l'equip de salut; cada vegada és més visible el rol que està assumint la infermeria en aquest terreny (per exemple, programa de salut i escola).

El reconeixement d'aquests punts febles del treball social sanitari no ha de paralitzar la nostra intervenció, tot al contrari, hem de buscar les estratègies necessàries per a poder-los superar i també per a innovar en el treball social sanitari en general i, en concret, en l'àmbit comunitària.

Com s'ha de fer pot semblar *a priori* gairebé una quimera, però veurem que no ho és i per a això fem unes propostes:

- Una visió transversal de la nostra intervenció (mirada ecològica/sistèmica). No és possible continuar parlant actualment de tres nivells d'intervenció: individual/familiar, grupal i comunitària. S'ha d'entendre que tots tres es retroalimenten i que l'atenció als clients pot anar de l'individual al comunitària, passant pel grup; del grup a la comunitat o a l'atenció individual, o també, és clar, només una d'elles. Dependrà de les necessitats que hàgim d'atendre, dels objectius establerts, etc.
- Necessitat de sistematitzar les nostres intervencions a partir del procediment social sanitari, entès aquest com la base d'una activitat complexa i seqüenciada per a obtenir una finalitat.
- La intervenció ha de ser eficaç (com ho fem), eficient (amb qui ho fem) i ha de tenir una meta per assumir (avaluació).
- Adequar la nostra intervenció a les necessitats reals de la ciutadania; veure més enllà del present amb una visió de futur avalada, en la mesura del possible, per l'evidència científica, i acceptar el risc per a canviar el que no funciona (contrastat i demostrat tècnicament).
- Adquirir la competència professional que ens habiliti per poder liderar, potenciar, intervenir en el gran ventall de possibilitats que ofereix el treball social sanitari comunitària en l'atenció primària de salut. Quan parlem de competència professional, ens referim al conjunt de coneixements, habilitats, motivacions i capacitats que posseeix una persona i que li permet executar de manera reeixida una activitat.

1.4.1. Competències del treball social sanitari comunitària

En les competències del treball social sanitari comunitària hem de tenir en compte els punts següents:

- Coneixements –és el saber– teòrics/tècnics.
- Habilitats –és el saber fer. Posar en pràctica els coneixements tècnics, les habilitats socials i cognitives que permetin fer ús de les competències de caràcter tècnic i social: ser capaços de veure més enllà del present i tenir, o crear, visió de futur, posseir capacitat de diàleg, estar predisposats a expe-

rimentar noves formes de relació (cooperació), mostrar capacitat de lideratge i per a treballar en equip, tenir motivació.

- Actituds –és el saber estar. Són el posicionament professional: valors i creences, respecte, tolerància, solidaritat, responsabilitat, compromís, justícia. És el posicionament ideològic (entès aquest com la defensa dels drets de la ciutadania) i també el posicionament psíquic (predisposició mental i emocional).
- Aspectes motivacionals –és el voler fer.
- Capacitats –és el poder fer. Capacitat personal.

Aquestes competències, com és lògic, les hem d'aplicar en conjunt amb la resta de l'equip, aprofitar els coneixements compartits. La normativa vigent obliga i requereix que es facin accions comunitàries i d'educació per a la salut.

També s'han de desenvolupar aspectes de participació ciutadana, acció social en salut i implicació de la comunitat en la resolució de tots els aspectes que no solament generen malaltia, sinó aquells que hem de promoure per mantenir i potenciar la salut de la població, entesa segons la definició de l'OMS.

Tot això des dels centres de salut, amb l'elaboració de la cartera de serveis (a partir de la Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut de l'any 2003) i aprofitant les noves tecnologies que tenim a l'abast (diferents fonts d'informació com les que ofereix el Ministeri de Sanitat, les conselleries de salut, les societats científiques, els grups de treball d'atenció primària orientada a la comunitat, el Fòrum de Promoció de la Salut).

Idees en relació amb el treball social sanitari comunitari:

- Superar plantejaments reduccionistes afrontant prejudicis i estereotips que limiten el camp de mira.
- Crear una comunitat operativa, activa i dinàmica, posant en contacte, relacionant, vinculant, creant i ampliant xarxes socials per a poder anar dibuixant l'espai comunitari.
- Contribuir a la creació/potenciació de recursos des del context comunitari mateix, ja que és més rendible (com a concepte ampli) que donar-los des de l'àmbit institucional.
- Les institucions demanen respostes immediates a demandes explícites, amb resultats tècnics immediats i quantificables. En això estem "atrapats" quan ens referim al "col·lapse d'agendes" que no ens permeten parar a pensar, a incorporar la dimensió comunitària que a la llarga és molt més

Referència bibliogràfica

V. Navarro; A. Martín-Zurro (coord.); C. Violán (ed.) (2009). *Proyecto investigación: la atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas*. Exemplar per a la consulta en els recursos de l'aula.

Referència bibliogràfica

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

rendible i descongestionadora, en atribuir a la població la responsabilitat sobre el seu propi benestar.

A continuació s'exposa un supòsit pràctic d'intervenció comunitària des del treball social sanitari.

Experiència del treball social sanitari dels equips d'atenció primària de salut de Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Com l'atenció individual/familiar ens condueix al treball grupal i tots dos convergeixen en el treball social sanitari comunitari en un camí d'anada i tornada, amb parada en les diferents estacions de la intervenció professional, i com la teoria ens condueix a la pràctica (de forma més o menys conscient i estructurada)?

La intervenció se situa en una població limítrofa amb Barcelona, amb una alta densitat demogràfica producte dels moviments migratoris dels anys cinquanta i seixanta i del desenvolupisme franquista. La ciutat disposa de sis equips d'atenció primària de salut, tots pertanyents al mateix proveïdor de serveis sanitaris, l'Institut Català de la Salut. Tots els equips disposen d'un treballador social sanitari.

Els treballadors socials sanitaris van liderar i van promoure la implicació dels equips de salut en el treball comunitari i, des dels inicis del funcionament dels centres de salut a la ciutat, van impulsar diferents actuacions i iniciatives comunitàries (celebració de dies internacionals, participació en activitats promogudes per diferents organismes de la ciutat, etc.); també van impulsar la creació del **voluntariat en salut**, grup estable i vinculat als centres de salut de la ciutat.

En un segon moment van elaborar, juntament amb un grup de professionals d'infermeria i el suport dels professionals de medicina familiar i comunitària, el projecte "**Cuidar i cuidar-se**". Aquest projecte en tot moment va tenir el suport dels gestors d'institució. S'hi potenciar la **intervenció grupal educativa** (liderada per infermeria), i també la formació de **grups socioterapèutics** de cuidadors de persones amb malalties de llarga durada (liderats i conduïts pels treballadors socials sanitaris i amb la participació-observació de professionals d'infermeria).

Un altre aspecte que preveu el projecte és la **necessitat de cura cap al professional**, la qual cosa es va plasmar en la posada en marxa dels **grups Balint** en els centres de salut que ho van demanar.

De la convergència de les dues iniciatives, ja consolidades, el voluntariat i el projecte "**Cuidar i cuidar-se**" va néixer una **associació**, **ACUIVOL** (Associació de Cuidadors i Voluntaris de Santa Coloma de Gramanet) que, després d'un primer tutelatge professional, va iniciar el camí d'emancipació i adulta, i ofereix suport als cuidadors de la ciutat que ho demanen, amb activitats de caràcter lúdic, suport psicològic i social, i amb una funció reivindicadora cap als organismes competents.

El pas que va culminar la intervenció professional va ser plasmar les diferents accions en un pla d'intervenció (les taules de l'apartat "**Concreció d'accions**"), el qual estableix el nivell d'autonomia/dependència del pacient, la intervenció individual/grupal i comunitària tant amb ell com amb el seu cuidador, o els seus cuidadors, i els nivells de prevenció (primària, secundària i terciària), amb una visió participativa de la comunitat.

Referència bibliogràfica

M. A. Rocayera Andréu; J. Rodríguez Molinet (2005). "Intervención social en las dependencias". *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (núm. 72, pàg. 37-62).

Es constata la vinculació amb diferents equipaments, projectes i iniciatives de la ciutat (activitats al centre de dia municipal, tallers de memòria als casals, associació de dones, de fibromiàlgia, contra el càncer, etc.).

1.4.2. Concreció d'accions

Acció sobre l'ancià fràgil

Atenció individual	Detecció. Valoració de necessitats
Autonomia pacient	Ancià fràgil
Atenció grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Tallers de memòria • Tallers de conservació d'habilitats • Vinculació a grups existents o de nova creació
Atenció comunitària	<ul style="list-style-type: none"> • Voluntariat com a acompanyament i suport en el passeig • Voluntariat per a activitats concretes (receptes, acompanyaments mèdics, etc.) • Activitats lúdiques, de caràcter trimestral, dirigides als més grans de 75 anys que viuen sols i no presenten altres indicadors de fragilitat, i de caràcter mensual per als altres. • Totes elles són acompanyades pels voluntaris
Àmbit de prevenció	Primària. Secundària

Acció sobre persones semidependents

Atenció individual	Programa "Salut a casa" <ul style="list-style-type: none"> • Valoració de necessitats • Contenció • Intervenció familiar • Aplicació de recursos de suport a domicili i estades temporals per al descans de cuidadors
Autonomia pacient	Semidependents
Atenció grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Xerrades informatives a grups de persones malaltes amb patologies concretes • Vinculació a associacions i grups d'ajuda mútua per a patologies
Atenció comunitària	<ul style="list-style-type: none"> • Voluntariat com a acompanyament i suport en el passeig • Activitats lúdiques de caràcter mensual per a pacients acompanyats de voluntaris
Àmbit de prevenció	Terciària

Acció sobre persones amb alta dependència

Atenció individual	Detecció: <ul style="list-style-type: none"> • Valoració de necessitats
Atenció individual	Programa "Salut a casa" <ul style="list-style-type: none"> • Valoració de necessitats • Contenció • Intervenció familiar • Aplicació de recursos de suport a domicili i alternatius
Autonomia pacient	Alta dependència
Atenció grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculació a associacions i grups d'ajuda mútua per patologies
Atenció comunitària	<ul style="list-style-type: none"> • Voluntariat com a acompanyament a domicili i substitució del cuidador en el seu temps lliure
Àmbit de prevenció	Terciària

Acció sobre el cuidador d'ancià fràgil

Atenció individual	Detecció <ul style="list-style-type: none"> • Valoració de necessitats
Persona cuidadora principal	D'ancià fràgil
Atenció grupal	
Atenció comunitària	
Àmbit de prevenció	Primària

Acció sobre el cuidador de persones semidependents

Atenció individual	Programa "Salut a casa" <ul style="list-style-type: none"> • Valoració de necessitats • Contenció • Intervenció familiar • Aplicació de recursos de suport a domicili i estades temporals per al descans de cuidadors
Cuidador principal	De persones afectades i semidependents
Atenció grupal	Programa "Cuidar i cuidar-se" <ul style="list-style-type: none"> • Xerrades informatives per a millorar la cura de la persona malalta i l'autocura de la persona que la cuida • Vinculació a associacions i grups d'ajuda mútua per patologies • Grups socioterapèutics a cuidadors amb sobrecàrrega i risc de claudicació
Atenció comunitària	<ul style="list-style-type: none"> • Associació de Cuidadors i Voluntaris de Santa Coloma (ACUIVOL) • Xerrades de sensibilització a la població respecte de la figura del cuidador
Àmbit de prevenció	Secundària

Acció sobre el cuidador de persones amb alta dependència

Atenció individual	Programa "Salut a casa" <ul style="list-style-type: none"> • Valoració de necessitats • Contenció • Intervenció familiar • Aplicació de recursos de suport a domicili i alternatius
Cuidador principal	De persones malaltes amb alta dependència
Atenció grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculació a associacions i grups d'ajuda mútua per patologies • Grups de socioterapèutics a cuidadors amb sobrecàrrega i risc de claudicació
Atenció comunitària	<ul style="list-style-type: none"> • Associació de Cuidadors i Voluntaris de Santa Coloma (ACUIVOL) • Xerrades de sensibilització a la població respecte de la figura del cuidador
Àmbit de prevenció	Secundària

Acció sobre el cuidador de persona terminal

Atenció individual	Programa "Salut a casa" <ul style="list-style-type: none"> • Valoració de necessitats • Contenció i intervenció familiar • Aplicació de recursos de suport a domicili i alternatius
Cuidador principal	De persones en fase terminal
Atenció grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculació a associacions i grups d'ajuda mútua per patologies
Atenció comunitària	<ul style="list-style-type: none"> • A la mort de la persona malalta, vinculació amb l'associació de suport al dol
Àmbit de prevenció	Secundària

I per acabar... i amb el desig que només sigui el principi, aquest pensament d'Eina Nora 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".

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

2. Els equips de treball social sanitari en l'atenció a la salut de la comunitat. Incorporar el treball comunitari en els equips d'atenció primària de salut

“Quan el centre de salut **no** és el centre **de la** salut”.

2.1. Introducció

En l'apartat anterior ens hem centrat en el treball social en general i, posteriorment, en el treball social sanitari dins dels centres de salut.

En aquest apartat ens obrirem a la comunitat per treballar *amb ella* i no *per a ella* que ha resultat ser, fins i tot avui dia, el paper que ha assumit el centre de salut. Així, no parlarem tant del rol específic dels membres dels equips de treball social sanitari contextualitzat al centre de salut, sinó de la implicació dels diferents agents de salut, inclosa –és clar– la comunitat com a promotors de salut. Cal aclarir ja, d'inici, que l'acció comunitària en salut també s'ha d'involucrar a altres recursos sanitaris, siguin hospitals, centres sociosanitaris, associacions, etc.

Cada vegada és més evident l'augment de demanda d'assistència per part de la ciutadania en el sistema de la salut en els seus diferents àmbits assistencials. Els equips d'atenció primària estan sobrecarregats en l'assistència a consulta mèdica per un excés de demanda. Atenen problemes de salut derivats de malalties agudes i cròniques, aquestes últimes procedents –en gran part– pel canvi demogràfic de la població.

També s'atenen problemes de “salut” que podríem denominar *malestars de la vida* que es poden manifestar amb símptomes físics o psíquics, i que corresponen a les repercussions derivades dels condicionants de l'àmbit social, econòmic, cultural i laboral. El pacient, com que no troba una resposta ràpida a aquest malestar, al sector que correspondria, acudeix al centre de salut a la recerca d'una solució a aquest malestar. La conseqüència última és que es medicalitzen els problemes de les persones, és a dir, la vida.

Com s'ha de sentir una persona a qui desallotjaren del seu habitatge? La solució al seu malestar passa per medicar-se o per trobar un espai a la comunitat on reivindicar alternatives al problema de l'habitatge? Com s'ha de sentir una persona que ha tingut una pèrdua i està en procés de dol? Se l'ha de medicar o ajudar-la a superar-ho, potser amb el suport de la seva xarxa social o d'alguna associació d'ajuda en els processos de dol?

Medicalitzem amb el desig de tenir una salut perfecta, de no sofrir,.. la qual cosa genera un model patògen en què es “busquen” problemes de salut, es busca, fins i tot, el que no existeix.

Podríem hipotetitzar, llavors, que la comunitat ha perdut la capacitat de donar resposta als malestars de la vida. La xarxa de cura familiar ha disminuït, hi ha una menor capacitat de tolerància a la frustració, una major necessitat de respostes immediates, etc.

Si donem per bo l'anteriorment exposat i la hipòtesi plantejada, ens condueix a girar els ulls cap a la comunitat, amb noves estratègies en l'atenció a la salut. Llavors, parlarem del **treball comunitari**, àmbit d'intervenció que es va incorporar en el camp de la salut, a partir de la reforma de l'atenció primària, cap als anys 90 del segle passat i influenciat per la conferència d'Alma-Ata que va establir les bases de l'atenció primària de salut.

Però amb el pas del temps, el treball comunitari no ha calat, en general, en els equips d'atenció primària de salut. No ha format part de l'agenda política i, en conseqüència, s'ha anat esvainent de la cartera de serveis d'atenció primària.

Sembla que, actualment, vénen nous i bons vents que intenten incorporar la salut comunitària en els equips d'atenció primària de salut. En aquest sentit constatem l'aposta de diferents comunitats autònomes (CA) per potenciar el treball comunitari. Així trobem, entre altres, Andalusia amb l'elaboració de la guia de salut comunitària, el Principat d'Astúries amb el pla de salut 2019-2030, l'estratègia d'atenció comunitària d'Aragó o Catalunya, per mitjà de l'Agència de Salut Pública.

Enllaços recomanats

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

Principat d'Astúries: "Plan de salud del Principado de Asturias 2019-2030".

Aragó: "Estrategia atención comunitaria Aragón".

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

Però per parlar de treball comunitari en l'àmbit de la salut, hem de contextualitzar a què ens referim, començant pel principi quan parlem de salut.

2.2. Concepte de salut

Ja Hipòcrates en el seu tractat *Sobre els aires, aigües i llocs* deia:

"[...] Qui desitgi estudiar correctament la ciència de la medicina (i l'atenció a la salut – podríem interpretar-) haurà de procedir de la manera següent: [...] informar-se sobre la situació geogràfica de les ciutats respecte als vents, l'efecte del canvi de les estacions, la qualitat de les aigües, els costums dietètics dels seus habitants, etc."

Hipòcrates (Grècia, 460-332 aC). *Sobre els aires, aigües i llocs*.

D'aquesta manera, manifestava el seu interès a constatar els components "socials" de les malalties.

Fent un gran salt en el temps, trobem autors interessats en el tema, al segle XVIII Bernardino Ramazzini, considerat per molts com el “pare” de la salut laboral. Al segle XIX, amb la Revolució Industrial, Jane Addams ja assenyalava que els problemes socials es generen per les condicions de la societat i no per la personalitat dels individus, que calia un canvi social i, per fer-ho, era imprescindible basar-se en els coneixements científics i conèixer les condicions socials de la comunitat.

El 1845 Engels¹ va publicar un assaig sobre les condicions de vida de la classe obrera a Anglaterra, en què analitzava les condicions de salubritat dels barris obrers que relacionava amb els indicadors de natalitat, morbiditat i mortalitat.

⁽¹⁾*Die Lage der Arbeitenden Klasse in England*, traduïda a l'anglès el 1885, pel reformista estatunidenc Florence Kelley, amb el títol *The Condition of the Working Class in England*. Va comptar amb l'autorització d'Engels, publicada a Nova York el 1887 i a Londres el 1891. L'edició anglesa es va publicar amb un nou pròleg de l'autor el 1892.

L'any 1948 l'Organització Mundial de la Salut (OMS)² va definir el concepte de salut com: “un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties”. Així va començar a sorgir un nou paradigma, que establia que la salut de les persones era el resultat de la interacció amb els diferents sistemes en què viu i es relaciona.

⁽²⁾Preàmbul de la Constitució de l'Organització Mundial de la Salut, que va ser adoptada per la Conferència Sanitària Internacional, celebrada a Nova York del 19 de juny al 22 de juliol de 1946, signada el 22 de juliol de 1946 pels representants de 61 estats (*Official Records of the World Health Organization*, núm. 2, pàg. 100), i va entrar en vigor el 7 d'abril de 1948. La definició no ha estat modificada des de 1948.

Evolucionant en el temps, l'any 1978 en la conferència d'Alma-Ata es va definir la salut com:

“l'estat de complet benestar, físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties, és un dret humà fonamental i l'assoliment del grau més alt possible de salut, és un objectiu social summament important a tot el món, la realització del qual exigeix la intervenció de molts altres sectors socials i econòmics, a més del de la salut”.

Recentment, en la conferència celebrada a Astanà, Kazakhstan, el 25 d'octubre de 2018 (OMS/OPS), països de tot el món van signar la “Declaració d'Astanà” i van prometre enfortir els seus sistemes d'atenció primària de salut (APS) com un pas essencial per aconseguir la cobertura universal de salut.

2.3. Determinants de la salut

Va ser l'informe Lalonde, en què Marc Lalonde –ministre de Salut i Benestar de Canadà– va definir l'existència de **determinants de la salut**, que va emmarcar en:

- 1) el medi ambient,
- 2) l'estil de vida,
- 3) el sistema sanitari, i

Referència bibliogràfica

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

Referència bibliogràfica

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

4) la biologia humana.

Per a això, partia de la base que la salut o la malaltia no estaven relacionades simplement amb els factors biològics o els agents infecciosos. De fet, remarca que la majoria de les malalties tenien una base o origen marcadament socioeconòmic.

Altres autors com Laframboise, amb el seu model de salut holística en els 70, va arribar a la conclusió que les principals causes dels problemes eren socioeconòmics, mentre que les polítiques de salut se centraven en el tractament de les malalties sense incorporar intervencions sobre les “causes de les causes” a l'entorn social. Arribant a la resolució que:

“els desafiaments que se li presenten a les polítiques de salut són passar d'un model basat en la curació de les malalties per arribar a **un model basat en la promoció de la salut**, sent aquesta la millor eina per enfrontar-se a les mateixes”.

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

Així, el 1970 va ser quan es va incorporar el concepte de **promoció de la salut** en les polítiques de salut pública.

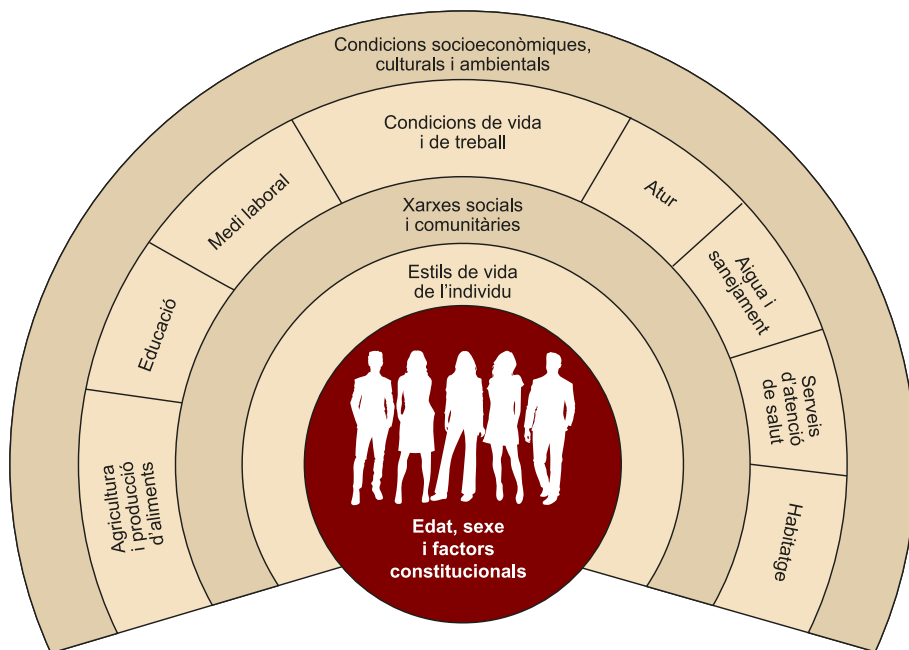
Seguint amb els determinants de la salut relacionats per Lalonde, en la conferència celebrada el maig de 1999, a Bethesda (Maryland), es va ampliar l'esquema de quins es consideraven que eren els **determinants de la salut**, que es van concretar en **cinc nivells**, des del més individual fins al més general. A destacar que ja allí, l'atenció sanitària no es va tenir en compte com a determinant de salut, sinó com a **estratègia reparadora**.

Així els nivells es van estructurar en:

- Nivell 1. Determinants biològics, físics i psíquics.
- Nivell 2. Determinants d'estil de vida.
- Nivell 3. Determinants ambientals comunitaris: família, escola, veïnat, ocupació, institucions locals, etc.
- Nivell 4. Determinants de l'ambient físic, climàtic i contaminació ambiental.
- Nivell 5. Determinants de l'estructura macrosocial, política i percepcions poblacionals.

Aquests diferents determinants també es poden agrupar en funció del moment en què la seva influència es fa patent en relació amb el procés de la malaltia. En aquest sentit, els determinants es classificarien com a factors predisponents, factors precipitants i factors perpetuadors. També es consideren aquells altres factors que dificulten l'aparició de la malaltia, referint-se, en aquest cas, als denominats *factors protectors*. Finalment, el model de Dahlgren i Whitehead (1991) de determinants de la salut, estarien definits per:

Model de Dahlgren i Whitehead



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

2.4. Determinants socials de la salut

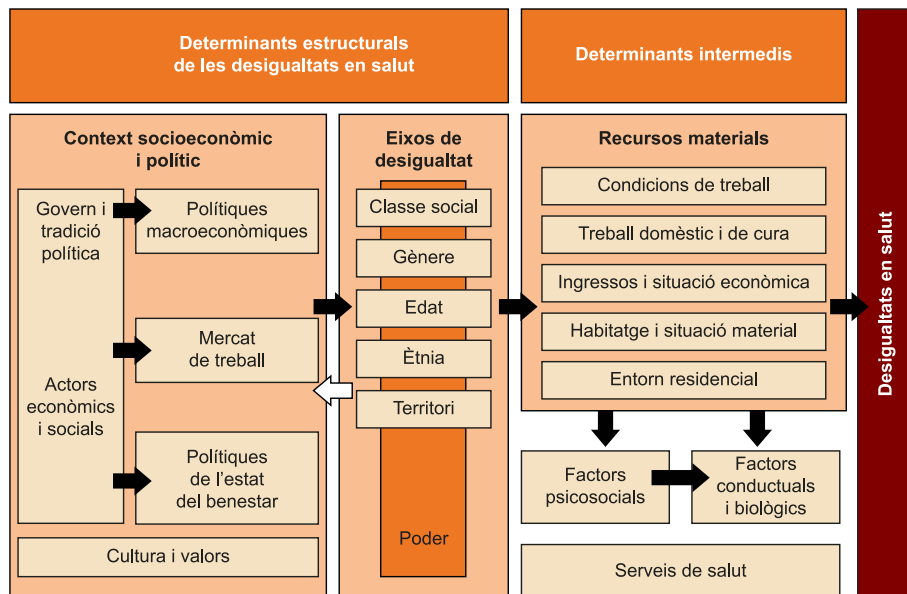
Dins dels diferents determinants, els que actualment estan més desenvolupats són els **determinants socials de la salut (DSS)**. La Comissió de l'OMS els defineix com:

"Les circumstàncies en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, inclòs el sistema de salut. Aquestes circumstàncies són el resultat de la distribució dels diners, el poder i els recursos en l'àmbit mundial, nacional i local, que depèn, al seu torn, de les polítiques adoptades. Els determinants socials de la salut expliquen la major part de les iniquitats sanitàries, això és, de les diferències injustes i evitables observades en i entre els països pel que fa a la situació sanitària".

Comissió de l'OMS. "Determinants sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud". Disponible a: https://www.who.int/social_determinants/es/

Així doncs, l'expressió "determinants socials" resumeix el conjunt de factors socials, polítics, econòmics, ambientals i culturals que exerceixen una gran influència en l'estat de la salut.

Marc de les principals categories i vies d'acció dels determinants (OMS)



Font: adaptat d'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 a: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

Veiem que tant els diferents autors citats com la mateixa OMS, orienten a aproximar-nos cap a la salut individual (imprescindible) alhora que incideixen en la importància de la dimensió poblacional.

2.5. Desigualtats en salut

Un altre concepte a incorporar són els eixos de **desigualtat social en salut**. Ja el 1971, Julian Tudor Hart, metge de família anglès, reconegut com un dels principals ideòlegs mundials de l'atenció primària de salut, va publicar la **Llei de cures inverses**, en què afirmava que la disponibilitat d'una bona atenció mèdica es relacionava de forma inversa amb les necessitats de salut de la població i que això succeïa, especialment, quan els establiments i recursos sanitaris estaven exposats a les forces del mercat. És a dir, que hi ha una tendència natural al fet que els més necessitats rebin menys serveis de salut i que, per tant, el progrés implica revertir aquesta inèrcia.

El terme *desigualtat* en salut es refereix, de manera genèrica, a les diferències en la salut dels individus o els grups i els definirem com:

“aquelles diferències en salut injustes i evitables entre grups poblacionals definits socialment, econòmicament, demogràficament o geogràficament”.

Comissió per Reduir les Desigualtats Socials en Salut a Espanya (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".

Referència bibliogràfica

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

El concepte *desigualtats en salut* al·ludeix, en conseqüència, a l'**impacte que tenen sobre la distribució de la salut i la malaltia en la població** els factors com la riquesa, l'educació, l'ocupació, el grup racial o ètnic, la residència urbana o rural i les condicions socials del lloc on es viu o treballa. Qualsevol aspecte quantificable de la salut, que varia entre els individus o segons els agrupaments socialment rellevants, pot denominar-se una desigualtat en salut. I en la definició està absent qualsevol judici moral sobre si les diferències observades són raonables o justes.

2.6. Iniquitat en salut

Per contra, una **iniquitat en salut**, o disparitat en salut, és un tipus específic de desigualtat que denota una diferència injusta en la salut, és a dir, quan les diferències en salut són prevenibles i innecessàries, permetre que persisteixin és injust. En aquest sentit, les iniquitats en salut són diferències sistemàtiques en la salut que es podrien evitar con mitjans raonables.

Com comenten Wilkinson i Marmot, en el document *Los Hechos Probados*, es tracta de la constatació que a mesura que es baixa un esglau de l'escala social, augmenta la prevalença de gairebé totes les malalties i problemes de salut, mentre que créixer en "codis postals" (societats), en entorns socioeconòmics on es garanteixen millors nivells familiars, comunitaris i macrosocials de cures generaran comunitats protectores denominades pels salubristes *entorns saludables, entorns promotors de la salut o entorns salutogènics*.

Referència bibliogràfica

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

Així, la tendència tradicional centrada en la protecció i en la prevenció, i en l'èmfasi en la reducció dels factors de risc o generació de barreres per a la malaltia, s'està reorientant cap a una forma de veure les accions en salut en allò que fa que les persones, famílies i comunitats augmentin el control sobre la seva salut i la millorin.

2.7. Promoció de la salut

Recuperem en aquest moment el que el 1970 es va denominar com a **promoció de la salut**. És ben cert que, de vegades, es produeix una confusió important sobre el que és i no és la promoció de la salut. Es confon prevenció clínica amb promoció de la salut, identificant aquesta última simplement amb accions sobre determinades conductes com podrien ser educació sanitària amb relació a certes patologies, entre altres accions.

Referència bibliogràfica

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

La primera Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut de l'OMS, reunida a Ottawa el dia 21 de novembre de 1986 emet la Carta d'Ottawa dirigida a la consecució de l'objectiu: "Salut per a tots l'any 2000". Defineix les estratègies per a la seva consecució. Posteriorment la Declaració de Jakarta (OMS) sobre promoció de la salut cap al segle XXI ofereix una visió i un punt d'enfocament de la promoció de la salut. Reflecteix el ferm compromís dels participants en la 4a. Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut de fer ús de la més àmplia gamma de recursos per abordar els factors determinants de la salut al segle XXI.

El concepte de promoció de la salut ha de portar implícit el de canvi social, com citen Concha Colomer i Carlos Álvarez-Dardet. Errem si posem el focus a modificar els estils de vida i no en la importància d'actuar sobre els entorns i les polítiques. Així, Concha Colomer i Carlos Álvarez-Dardet refereixen que:

"La salut està profundament influïda per variables socials. Per tant, no ens ha d'estranyar que sigui un producte del canvi social [...] La promoció de la salut [...] aplica una estratègia global que es dirigeix a la població en el seu conjunt [...] al desenvolupament de la salut i les seves causes socials [...] i afavoreix la participació i l'autoajuda [...] no es tracta, doncs, d'un servei mèdic, sinó d'una activitat en l'àmbit de la salut pública i les polítiques socials".

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

D'aquesta manera, definirem la **promoció de la salut** com el procés que permet a les persones incrementar el control sobre la seva salut per millorar-la. Proporcionar a l'individu i les comunitats els mitjans necessaris per millorar la seva salut i exercir un major control sobre els seus determinants.

Referències bibliogràfiques

Observatori de Salut en Astúries (2017). *Guía para trabajar en Salud Comunitaria en Asturias*.

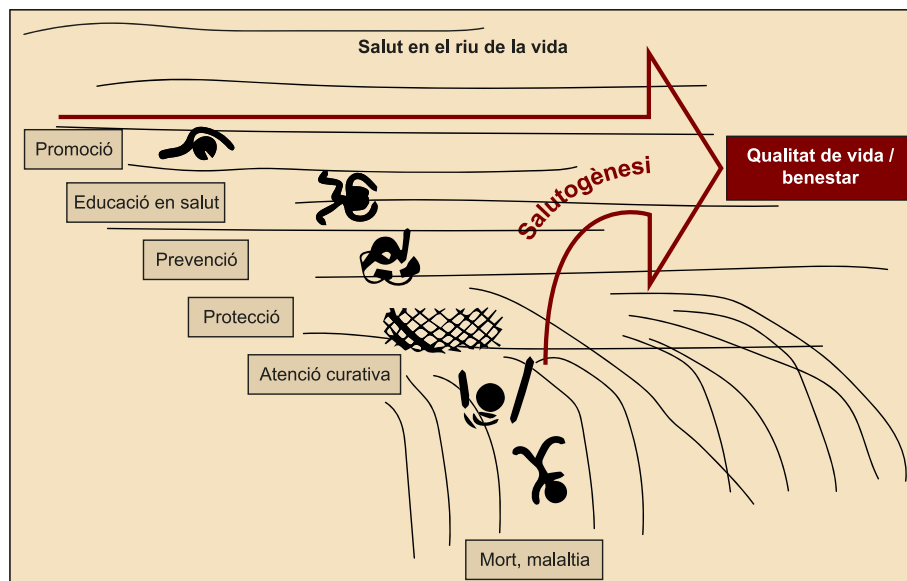
OMS (1996). *Glosario de Promoción de la Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible a: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

OMS, Associació Canadenca de Salut Pública (1986). "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud". Conferència Internacional. Toronto, Canadà. Disponible a: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

D'acord amb la definició, s'entén que ha hi ha d'haver una voluntat política i una implicació social global per poder establir i potenciar les accions orientades a enfortir les habilitats i capacitats dels individus, i per millorar les condicions socials, ambientals i econòmiques, que tinguin com a resultat disminuir l'impacte negatiu en la salut col·lectiva i individual, i potenciar la salut de la comunitat. Així doncs, és obvi que **la promoció de la salut no concerneix exclusivament al sector sanitari**.

Bengt Lindström y Monica Eriksson van realitzar una representació gràfica, coneguda com "el riu de la vida", en què descriuen el desenvolupament lògic de la salut pública cap a la promoció de la salut.

Salut en el riu de la vida



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

Per concloure aquest apartat i, segons el parer de l'autora, ens hem de plantejar, entre altres grans reptes:

- La intervenció en els determinants socials de la salut.
- La reducció de les desigualtats en salut.
- L'increment de l'esforç preventiu i la modificació dels estils de vida no saludables.
- La capacitació de les persones per manejar i afrontar aquells processos que limiten el seu benestar.
- L'incorporació de la perspectiva salutogènica.

Sent el camp d'actuació aquells àmbits interdependents que influeixen o determinen la salut dels individus.

2.8. La perspectiva salutogènica

D'acord amb l'explicat fins ara, en relació amb la definició de salut, els seus determinants i el concepte de promoció de la salut, ens referirem a l'òptica no patogènica en contraposició amb l'enfocament salut-malaltia, basat en el model tradicional patogènic. Ens referim a una visió de la salut des d'una **perspectiva salutogènica**. El seu ideòleg és el metge-sociòleg Aaron Antonovsky. Ja l'any 1987 va publicar un primer estudi i, posteriorment, va desenvolupar el

Referència bibliogràfica

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

que va anomenar com a *sentit de la coherència (SOC)*, convertint aquest concepte en la clau de la seva teoria. El SOC està basat en tres components: la capacitat del subjecte per comprendre com està organitzada la seva vida i com se situa enfront del món, mostrar-se capaç de manejar-la i, finalment, sentir que té sentit, que la pròpia vida està orientada cap a metes que es desitgen aconseguir, sent important, no solament disposar d'aquestes sinó tenir la capacitat per utilitzar-les, d'aquí el seu nom. Va considerar que el concepte de sentit de la coherència era aplicable solament als individus. Més tard va proposar que el SOC es podria aplicar a grups i també a l'àmbit social desenvolupant el concepte de **salutogènesi**, en què proposa centrar-se en la identificació del que genera salut en lloc del que pot produir una malaltia. El plantejament és, a més d'intervenir en els factors que propicien la malaltia i prevenir-los, quan calgui, potenciar la intervenció sobre la salut de les poblacions ja existents.

Referències bibliogràfiques

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". *RevEspSaludPública* (núm. 85, pàg. 129-139).

També Scales parla de la salut positiva posant l'èmfasi en l'origen de la salut i no en el de la malaltia.

2.9. Els actius comunitaris

La identificació d'allò que genera salut va portar Antony Morgan i Erio Ziglio, (2007) a desenvolupar el model d'actius (MAS). Defineixen com a **actius per a la salut o actius comunitaris**:

"Qualsevol factor (o recurs) que millora la capacitat de les persones, grups, comunitats, poblacions, sistemes socials i institucions per mantenir i sostenir la salut i el benestar, i que els ajuda a reduir les desigualtats en salut".

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

Es tracta de facilitar l'accés a opcions orientades al benestar, establint un marc sistemàtic per a la consecució d'aquesta base en evidències.

És a partir d'aquest nou paradigma que sorgeix el model dels **actius comunitaris** que se sustenta en una metodologia que emfatitza el desenvolupament de polítiques i activitats basades en les capacitats, habilitats i recursos de les persones i barris menys afavorits.

Referència bibliogràfica

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

Aquesta tècnica basada a identificar el **mapa d'actius** va ser iniciada per Kretzmann i McKnight amb la finalitat d'identificar les fortaleses de la comunitat, descobrir capacitats i talents individuals, col·lectius i ambientals existents en el context amb l'objectiu de desenvolupar un enfocament de salut determinat per a un context comunitari concret. Aquests autors van desenvolupar el model dels actius comunitaris, en què proposen identificar els actius de les comunitats elaborant un **mapa**. Definirem el **mapa d'actius** com un procés en què els propis habitants i les entitats del barri identifiquen les característiques i els recursos –físics, personals, individuals i comunitaris– que els fan forts i que els permeten resistir davant l'adversitat. Durant aquest procés, **la comunitat identifica tot el que té de positiu**, alhora que s'empodera i pren consciència de la seva capacitat i responsabilitat pròpies per dirigir la seva vida en un sentit o en un altre.

2.10. Intervenció comunitària en salut

Quan ens referim a treballar amb la comunitat ho fem en el marc de la **intervenció comunitària en salut**, amb i des de la comunitat, mitjançant un procés de participació que té com a finalitat millorar les condicions de vida de la població interessada. Entendrem la **participació comunitària** com el procés social en virtut del qual grups específics, que comparteixen alguna necessitat, problema o interès i viuen en una mateixa comunitat, tracten activament d'identificar aquests problemes, necessitats o interessos buscant mecanismes i prenent decisions per atendre'ls.

2.10.1. La participació comunitària en salut

La **participació comunitària en la salut** és l'element clau en la salut comunitària. Descriurem la **salut comunitària** (Conferencia Salut Comunitària, Astúries, 2012) com l'expressió col·lectiva de la salut individual i grupal en una comunitat definida, determinada per la interacció entre les característiques individuals i familiars, el mitjà social, cultural i ambiental, i també els recursos de salut i la influència dels factors socials, polítics i globals.

L'**acció comunitària en salut** seria aquella que promou un canvi positiu en la salut de la comunitat, tenint en compte una multiplicitat d'agents en el seu desenvolupament. Proposa un abordatge integral dels processos salut-malaltia, dels nivells micro i macrosocials, amb la participació dels diferents equips, organismes, agrupacions, etc. en el diagnòstic, la presa de decisions i la seva implantació.

Referències bibliogràfiques

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, pàg. 5-12).

Referència bibliogràfica

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

Referència bibliogràfica

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.

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, pàg. 447-478). Servei de Salut Comunitària, Agència de Salut Pública de Barcelona.

2.11. Conclusió

Arribats a aquest punt ja disposem del marc teòric i conceptual bàsic per iniciar un projecte de salut comunitària. No hi ha una manera de començar-lo ni de fer-lo concretament. Podem començar potenciant la creació d'un consell de salut al barri o població on estiguem situats, o implicant-nos com a equip de salut en projectes ja existents.

En relació amb el projecte a elaborar, hi ha diferents metodologies i tècniques, algunes de les quals us les adjuntem en la webgrafia perquè les pugueu consultar.

La idees clau d'aquest apartat són:

- La salut depèn de tots i cadascun de nosaltres, tant en el context individual com en el col·lectiu.
- Hem de treballar **amb** la comunitat implicant-la i coresponsabilitzant-la juntament amb la resta d'agents necessaris: els polítics, els professionals i amb els diferents agents de salut del territori d'intervenció.
- La unitat de treball social sanitari té i ha d'insistir a tenir un rol d'especialista en la intervenció comunitària i, com a tal, ha de participar en la comissió comunitària del centre de salut.

3. En la pràctica del mètode d'intervenció comunitària en el treball social sanitari

Com s'ha vist al llarg del capítol, el treball comunitari en el treball social sanitari es construeix a partir de les fonts de tres especialitats (treball social comunitari, treball social sanitari i medicina familiar i comunitària). Per tant, el seu mètode o metodologia d'intervenció sorgeix, com no podria ser d'una altra manera, d'aquestes tres especialitats.

Quina metodologia s'hauria de posar en pràctica perquè la praxi del mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari sigui reeixida?

La pràctica del mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari exercit des d'una visió biopsicosocial hauria de tenir en compte els aspectes següents:

- Una visió i una estratègia ecològica de les circumstàncies i dels processos d'actuació.
- Una visió i una estratègia participativa de tots els actors implicats.
- Una visió i una estratègia transversal en el desenvolupament dels processos.

L'aplicació d'aquestes tres visions a l'hora d'engegar el mètode seran fonamentals per a poder desenvolupar les funcions de prevenció, rehabilitació i promoció de la salut, tant si s'exerceixen des del marc de l'atenció primària de salut com des de l'atenció especialitzada.

Nota

Per obtenir més informació, podeu consultar el material de la professora Maria Antonia Rocabayera Andreu.

4. Algunes idees per a reflexionar

La greu crisi que pateix el país ha portat al fet que els governs prenguin mesures molt restrictives pel que fa a les prestacions del nostre sistema de benestar social actual, la qual cosa està portant a la pèrdua de moltes de les fites aconseguïdes en aquestes últimes dècades. Preocupen molt especialment algunes de les propostes del **Reial decret llei 16/2012, de 20 d'abril, que estableix les noves mesures de reforma del sistema sanitari públic. D'una manera especial, la reintroducció del concepte d'assegurat i beneficiari que limita de fet l'accés a l'assistència sanitària pública**, que suggereixen una reculada imparable a models de protecció social i a un estat de benestar social anteriors a l'any 1986.

La nova situació: l'exclusió de l'assistència pública dels col·lectius que no cotitzin a la Seguretat Social amb el risc de marginació, com els immigrants "sense papers" o els joves en atur o les famílies que hagin esgotat les prestacions per desocupació, etc., sembla dibuixar nous entorns que no són tan nous. En definitiva, **sembla que estem en aquella idea de Friedrich Nietzsche de l'"etern retorn"**.

Passem a narrar una experiència del **Dr. Jordi Gol i Gurina** (metge de família com a ell li agradava anomenar-se).

"Un home gran es va trencar la cama perquè l'escala de casa seva estava poc il·luminada i no es veia prou un replà amb un graó que quedava completament dissimulat pel color del paviment, de manera que en aquesta escala ja s'havien produït tres fractures de coll de fèmur. L'home, amb el fèmur arreglat, va quedar coix, i tenia grans dificultats per a sortir de casa seva a causa precisament de la disposició de l'escala".

"El defecte hospitalari paral·lel consisteix en exploracions que substitueixen el jurídic clínic: demanem-li tota la «seqüència d'anàlisi» i tota la «seqüència de radiografies» en lloc de raonar quins feien falta. Sobreabundància de mitjans d'exploració que evitin l'esforç i la responsabilitat de pensar, i que evidentment no donarà bon fruit".

"Al nostre país, si bé d'una banda som encara molt lluny de tenir un sistema sanitari suficient, de l'altra, ja patim un consum sectorialment aberrant, tant de medicació com de freqüentació del sistema. Una sanitat insuficient i fomentadora del consumisme; una, doncs, sanitat qualitativament dolenta".

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'Assistents Socials.

Aquesta narrativa la feia el Dr. Gol i Gurina l'any 1984 en una classe dirigida a futurs treballadors socials.

Realment us sembla que això va ser narrat fa trenta anys?

És, potser, aquesta greu crisi econòmica una gran oportunitat per a donar-nos una nova possibilitat de reprendre el rumb perdut fa tants anys? Poden ser en aquesta ocasió els equips professionals del treball social i en particular els especialistes del treball social sanitari que apliquen el mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari, una de les pedres angulars del nou sistema de benestar social del segle XXI?

Al llarg de la nostra història s'han fet infinitat de propostes, de plans, de dissenys organitzatius, per a promoure el treball interdisciplinari dels equips de salut als territoris. Però en l'actualitat continuem fent voltes a la gran roda. Potser en aquests moments de greus dificultats econòmiques i socials, en aquesta nova –o no tan nova– situació, el treball comunitari s'albira com una de les estratègies més importants per a reconduir la situació, treball comunitari on els professionals del treball social que apliquen el mètode d'intervenció comunitari en el treball social sanitari poden ser una peça clau per a recuperar el malaguanyat estat del benestar social espanyol del segle XXI.

Bibliografia

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

Germain, C.; Gitterman, A. (1980). *The Life Model of Social Work Practice*. Nova 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, S. M.; Black, B. L. (1985). *Advocacy and Empowerment: Mental Health Care in the Community*. Boston: Routledge and Kegan Paul.

Russel-Erlich, J. L.; Rivera, F. G. (1986). "Community empowerment as a non-problema". *Journal of Sociology and Social Welfare* (vol. 13, núm. 3, pàg. 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.]

Webgrafia

Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT): 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

"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

