

Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación

Reflections on the concept of community health and considerations for application

Juan Pablo Pimentel González, Camilo Alejandro Correal Muñóz

Resumen

Aproximarse a la salud comunitaria exige precisar conceptos como salud y comunidad, sus relaciones, y el contexto en el que ocurren, pues estos conceptos condicionan formas específicas de intervención. La medicina moderna está estructurada sobre las ciencias positivistas que se han desarrollado a partir de la revolución científica de los siglos XV y XVI. Las intervenciones de promoción de la salud también están condicionadas por los conceptos clásicos de enfermedad, transmisión y riesgo, los cuales orientan las intervenciones comunitarias. Los sistemas de atención sanitaria están llamados a pasar de un enfoque asistencialista y curativo, hacia un enfoque preventivo y promotor de la salud y la vida, como lo menciona la estrategia de Atención Primaria en Salud. Para ello es crucial revisar el concepto de salud imperante, a la luz de una flexibilización o apertura epistemológica.
Palabras clave: Salud, Comunidad, Salud comunitaria, Investigación Participativa Basada en la Comunidad, Participación Comunitaria.

Abstract

Approaching community health requires to clarify concepts such as health and community, its relationships, and the context in which they occur, as these concepts determine specific forms of intervention. Modern medicine is structured on the positivist science developed from the scientific revolution of the fifteenth and sixteenth centuries. The interventions of health promotion are also conditioned by the classical concepts of disease, transmission and risk, which guide community interventions. The health care systems are called to move from a welfare and curative approach to a preventive approach and promoting health and life, as mentioned by the strategy of Primary Health Care. It is crucial to review the concept of health prevailing, in the light of an easing or epistemological opening.
Palabras clave: Health, Community, Community health, Community-based participatory research, Community participation.

Centro de Estudios en Salud Comunitaria – CESCUS- Universidad de La Sabana

Correspondencia: Juan Pablo Pimentel, km 5 campus universitario 8615555 ext. 54101 o 23104 juan.pimentel2@unisabana.edu.co

Fecha de recepción: 25 de septiembre de 2014
Fecha de aceptación: 15 de noviembre de 2014

Salud Uninorte

Vol. 31, N° 2, 2015

ISSN 0120-5552

<http://dx.doi.org/10.14482/sun.30.1.4309>

sun.30.1.4309

INTRODUCCIÓN

Al aproximarse al estudio de la Salud Comunitaria (SC) y abordarla como una estrategia desde los servicios de salud, resulta pertinente plantear reflexiones acerca de lo que significa este concepto en la teoría y lo que implica en la práctica. Definir la SC requiere también precisar diferentes conceptos como salud, comunidad, las relaciones que existen entre ambas, y el contexto en el cual estas relaciones ocurren.

Un primer reto que emerge al plantear este ejercicio radica en que hasta el momento no hay una definición universalmente aceptada de ninguno de los dos términos. Existen numerosas definiciones conceptuales, pero su traducción operativa resulta compleja y en ocasiones confusa. Además, se trata de conceptos muy dinámicos que pueden variar en función del contexto, área geográfica o cultura. Lo que sí es claro, es que la SC va más allá de la salud de los individuos y se configura como la expresión colectiva de la salud de los mismos, (1) y como la aproximación que se debe hacer a esa realidad para construir colaborativamente las intervenciones necesarias para resolver sus problemas. A continuación se revisan conceptualmente los términos de comunidad y salud, y se plantean reflexiones sobre su aplicabilidad en intervenciones de salud comunitaria.

APROXIMACIONES CONCEPTUALES

Comunidad

El término comunidad ha tenido históricamente numerosos significados y esto se hace evidente al examinar una definición oficial, (2) en donde se encuentran 8 acepciones diferentes. En el área de la salud también ha

adquirido diferentes significados. Se destacan autores como Etzioni, (3) quien sugiere que las comunidades deben cumplir mínimamente con dos características para denominarse como tal: 1) desarrollar relaciones afectivas y 2) compartir valores, normas, significados, una historia e identidad común. Por su parte, Brown (4) resalta la importancia del entorno y su influencia sobre la salud. Plantea 12 dimensiones que definen el contexto de una comunidad: economía, empleo, educación, política, medio ambiente, vivienda, sistema de salud, gobierno, salud pública, psicología, conducta y transporte.

Un estudio adelantado con el objetivo de explorar las diversas concepciones del término en participantes de ensayos clínicos controlados, (5) describe el término comunidad como un grupo de personas de diversas características que comparten vínculos sociales, perspectivas comunes y llevan a cabo acciones conjuntas en áreas geográficas o contextos similares. Plantea también las diferentes dimensiones que puede adoptar una comunidad: 1) comunidad en términos geográficos, 2) intereses comunes, perspectivas y valores compartidos, 3) sentido de coherencia e identidad y acción conjunta, 4) vínculos sociales y 5) diversidad y complejidad social.

El contexto geográfico es un común denominador en las diferentes definiciones de comunidad. Las fronteras geográficas se presentan en diversos niveles como el barrio, la localidad, el municipio o distrito, el departamento, el país entre otros. En este sentido, las personas que habitan espacios comunes comparten ciertamente muchas características, sin embargo también es posible vivir en regiones geográficas distantes y aun así compartir una identidad común. Por ejemplo

el pertenecer a un determinado grupo racial, étnico o religioso, padecer alguna enfermedad o habitar en la calle son todas características comunes que pueden configurar una comunidad en el amplio sentido de la palabra. Con este panorama en mente, una persona puede pertenecer al mismo tiempo a varias comunidades,(1) es decir, alguien puede ser afrocolombiano, vivir en el barrio Centenario de Buenaventura y además padecer Diabetes Mellitus tipo 2.

Resulta interesante también contemplar las nuevas connotaciones que el término comunidad adopta en la modernidad. Las comunidades virtuales son nuevos escenarios de comunicación que representan toda una nueva realidad, y por lo tanto un potencial escenario de atención comunitaria. Redes sociales como Facebook, Twitter o Instagram, así como programas de mensajería instantánea como Whatsapp o Imessage son nuevos escenarios virtuales en donde las personas conviven y se desenvuelven, y se constituyen como un reto y una oportunidad para adelantar intervenciones en salud comunitaria (6).

Como se ha planteado hasta el momento, el concepto de comunidad posee varias acepciones que varían dependiendo del contexto o situación particular. Sin embargo, es posible afirmar que el común denominador de estas definiciones es el hecho de compartir una cualidad, una característica o interés común. Se podría plantear la definición de comunidad simplemente en términos relacionales, teniendo en cuenta que cualquier característica que comparta un grupo poblacional podría configurar potencialmente una comunidad. De la misma manera, los conocimientos que cada grupo social comparte, configuran la cultura y los congregan en comunidades. La pertenencia a una comunidad debe incluir una

conciencia y participación activa para que como tal podamos considerar que sea la base de la salud comunitaria (7).

En el área de SC, tener claridad sobre el concepto de comunidad resulta supremamente importante porque permite a los servicios de salud, organizaciones comunitarias, miembros, dirigentes y otros actores, reconocer y valorar recursos, establecer redes e identificar necesidades en salud, determinar prioridades y poner en práctica programas e intervenciones de atención comunitaria, en sintonía con el contexto local de cada comunidad (8).

Salud

En el proceso de atención comunitaria resulta también fundamental tener en cuenta el concepto de salud del cual se parte, ya que determina y orienta sus intervenciones (8). El objetivo del sistema sanitario y de sus profesionales es mejorar y mantener la salud de las personas y comunidades, y por ello es fundamental analizar el concepto de salud y sus contenidos.

En junio de 1946, en el marco de la Conferencia Internacional de la Salud celebrada en Nueva York, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó la definición de salud que hasta hoy permanece vigente en la medicina moderna. La OMS definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias” (9). Esta definición ofrece un buen marco de referencia contextual, sin embargo su puesta en práctica resulta difícil y limitada, por lo que ha sido criticada a lo largo de los años, a pesar de lo cual se ha mantenido inalterada desde entonces (10).

Conviene entonces revisar brevemente los fundamentos epistemológicos del modelo médico occidental, pues las comunidades tienen identidad propia, y sus conocimientos y vivencias de salud y enfermedad no siempre se alinean con aquellas de la cultura occidental y su modelo médico, condicionando el impacto de las intervenciones en salud (11).

El enfoque biomédico de la medicina moderna nace de las ciencias positivistas de la cultura europea,(12) y se caracteriza por contemplar a la persona como una máquina compleja que puede ser analizada mediante el aislamiento y estudio de cada una de sus partes. El modelo biomédico prioriza los aspectos biológicos en la producción de la enfermedad; se centra en el individuo como objeto de estudio y tratamiento sin tener en cuenta sus complejas relaciones con la realidad, y centra su quehacer diario en el ámbito hospitalario (8).

Este modelo dificulta el abordaje de fenómenos tan complejos como la salud y la enfermedad, los cuales son manifestaciones de la vida misma y experiencias únicas que las palabras y las construcciones científicas no pueden explicar con suficiencia. En el modelo biomédico imperante, los síntomas reportados por los pacientes, cargados de emociones y otras vivencias, son forzados a encajar en un lenguaje objetivo y neutral, mutilando la vivencia de enfermedades y condicionando los tratamientos.

En el área de las ciencias de la salud, el pensamiento moderno tiende a la reducción, tomando el riesgo de encuadrar los fenómenos de la vida en esquemas abstractos, calculables y demostrables, procurando máxima precisión y objetividad, pero sacrificando valiosas cualidades que desbordan este modelo (13).

Estas condiciones hacen más complejo el problema de la asistencia pública en salud y reducen las probabilidades de lograr una atención más humana, integral, o con orientación social, de amplia cobertura y de calidad, como puede ser el modelo de SC (14). Un ejemplo de respuesta a este problema fue planteado en 1977 por George Engel, quien desarrolló un nuevo enfoque de atención en salud al que denominó biopsicosocial. Este enfoque intenta ampliar la idea de salud, incluyendo factores psíquicos, sociales, culturales y ambientales, aunque de nuevo su puesta en práctica no ha resultado muy diferente al modelo imperante (8).

Algunas tendencias recientes abogan por un menor predominio del modelo biomédico, para dar paso a una concepción más integral del fenómeno salud-enfermedad (8). No hay que olvidar que bajo estos principios se han logrado grandes avances en salud como el control de algunas epidemias y enfermedades infectocontagiosas, sin embargo, este paradigma se ha mostrado cada vez más insuficiente para abarcar la dimensión real del bienestar de las personas y dar respuesta a los problemas de salud contemporáneos.

En la perspectiva de la SC es necesario reorientar los sistemas de salud desde lo asistencial y curativo hacia la prevención y la promoción de la salud, (15) pero resulta urgente entonces revisar el concepto de salud hegemónico.

Promoción de la salud

La salud pública se ha considerado como responsable de la promoción de la salud, sin embargo sus intervenciones están muy frecuentemente orientadas hacia la enfermedad, tal vez siendo víctima de una especie de encarcelamiento epistemológico.

Las intervenciones operativas son posibles mediante los conceptos (16). No hay forma de concebir otros modelos de intervención en salud que no se rijan por el modelo epistemológico imperante, si no se está abierto a interpretaciones de la salud y la enfermedad diferentes. Por lo anterior será difícil ampliar los conocimientos en temas como la promoción de la salud, si no se flexibiliza el paradigma de salud y enfermedad. Esto es especialmente importante en un área como la salud comunitaria, en donde las concepciones de salud y enfermedad son dinámicas y están estrechamente relacionadas con la cultura.

“La seguridad cultural implica evitar efectos aculturadores luego del contacto entre dos culturas”, así como reconocer y compartir sus conocimientos y experiencias, lo que invita a flexibilizar el modelo epistemológico y paradigma de la medicina occidental. Las intervenciones culturalmente seguras son cruciales para la participación comunitaria, promoviendo intervenciones en salud efectivas y sostenibles (17,18).

Mientras que las intervenciones preventivas se direccionan a evitar la aparición de enfermedades específicas, la promoción de la salud apunta a mejorar la salud en general. Considerar la salud en su plenitud, implica abordar algo tan grande y complejo como la vida misma (13).

La idea de promoción involucra el fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para interactuar positivamente con la multiplicidad de factores que determinan la salud. Por lo tanto, la responsabilidad de la promoción de la vida no puede asignarse a un área específica del conocimiento como la medicina, sino más bien debe ser responsabilidad de todos los actores y dimensiones

ambientales, políticas, sociales, económicas, comportamentales, artísticas, simbólicas etc, así como involucrar otras lógicas, por ejemplo, la del sentido común, la simbólica-mítico-mágica, otros enfoques investigativos como el social y cualitativo y, finalmente, otros sistemas médicos como los tradicionales, que ayuden a ampliar el marco de posibilidades para poder comprender la complejidad del ser humano y el mundo que lo rodea y así resolver más integralmente los problemas de salud (14).

La obtención de la salud no es un hecho objetivo y estático. La salud es más bien una construcción cotidiana, un fenómeno susceptible a mejorar en todos los momentos de la vida y la consecución del máximo nivel de salud posible debe ser la principal prioridad de todas las naciones (15). Aunque hasta hoy no se haya logrado un acuerdo universal sobre la definición de salud, las diferentes posturas concuerdan en los elementos que debe incluir, dentro de los cuales sobresalen (8):

1. Que considere la dimensión comunitaria y no solo la dimensión individual.
2. Salud y enfermedad no son “estados”, no son situaciones estables sino puntos de un proceso dinámico.
3. El concepto de salud y enfermedad debe incluir aspectos objetivos y subjetivos, culturales, espirituales y ambientales.
4. La salud está determinada por múltiples factores conocidos y desconocidos.

La Carta de Ottawa en su definición de promover la salud plantea algunos prerrequisitos para la salud tales como la paz, la educación y la vivienda entre otras. Este documento también aporta la distinción entre promover

la salud y promocionar la salud, esta segunda acepción del término ha sido la errónea concepción que se ha mantenido, mientras que la idea de promover la salud se ha ignorado y debe ser la que guía la SC. Apuntamos a promover la salud, a ayudar a conseguir las condiciones en las que la salud sea posible.

Salud Comunitaria

Tal como se ha revisado hasta el momento, no existen definiciones universalmente aceptadas de comunidad o salud y por ende, el concepto de SC resulta también difícil de definir y contextualizar. Sin embargo, el término se ha empleado frecuentemente desde hace varios años en áreas relacionadas con la salud, con acepciones muy variadas.

Desde el punto de vista teórico, el concepto de SC puede acercarse a otros modelos de atención y corrientes de pensamiento como la Atención Primaria en Salud, Medicina Social, Medicina Comunitaria, Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), salud pública y algunos más, los cuales incorporan elementos similares. No pretendemos aquí cerrar el debate a este respecto, pero precisamos que el enfoque de la Salud Comunitaria con el que nos identificamos se concibe como una estrategia en el marco y horizonte que propone la Atención Primaria en Salud; (15,19) incluye también los elementos de la promoción de la salud (20) y diversos aportes de la salud pública y de las funciones esenciales en salud pública (21).

Teniendo en cuenta lo anterior, la SC sugiere también la aceptación de un doble movimiento de relación entre lo macrosocial y microsocioal: las intervenciones deben ser consideradas en el contexto social en la que se producen los fenómenos de salud-enfermedad

(22), y la participación de las comunidades, instituciones y demás sectores debe estar asegurada. Por lo anterior, la acción comunitaria para la mejora de la salud no debería estar determinada en la manera clásica de las intervenciones en salud, establecidas de forma vertical de arriba abajo, desde la academia o el gobierno hacia la población. Más bien, las intervenciones deberían ser generadas en el sentido contrario: desde la comunidad y el equipo al nivel central-superior (23). Este sentido invoca el verdadero sentido de la participación comunitaria: reconocer en la comunidad conocimientos valiosos que contribuyan a entender mejor un problema y a encontrar soluciones al mismo. Por lo anterior, se trata de un tema crucial en intervenciones de salud comunitaria.

La participación comunitaria se constituye entonces como uno de los pilares fundamentales de la SC. En este sentido, las intervenciones en SC deben partir de la participación real y consciente de las comunidades, de la planificación local basada en las reales necesidades de salud de las poblaciones, de la orientación epidemiológica de las actividades y del predominio de lo general sobre lo especializado, es decir, fundamentarse en los problemas cotidianos. Se podría afirmar que el “estudio de la salud comunitaria” es al mismo tiempo un “estudio epidemiológico” de los asuntos de salud, un “estudio sociológico” de las necesidades de salud sentidas por los miembros de la comunidad y un “estudio económico” de las condiciones de vida de la gente (22). Así mismo, al reclamar en su práctica la participación plena de las comunidades, aboga por la autorresponsabilidad en salud y pide que las personas sean actores o gestores sociales activos y que participen e intervengan en todo lo que tiene que ver con los procesos vitales (14).

Se ha comentado con anterioridad que las intervenciones en SC están llamadas a promover la salud en el amplio sentido de la palabra, entendiendo la promoción de la salud como la promoción de la vida misma (13). Por lo anterior, la SC se constituye también como un concepto integrador de la vida humana, ya que en su quehacer se deben articular diversos enfoques que protegen y defienden la vida, los derechos humanos y el bien común, en estrecha relación con la salud de la naturaleza, el entorno y el medio ambiente, y esto le imprime un sentido ecológico a su práctica (14). Para nosotros, las intervenciones en SC deben contemplar la importancia fundamental de la relación entre la salud y la naturaleza y deben promover su recuperación y conservación.

El hecho que la promoción de la salud implique la promoción de la vida, obliga a que la responsabilidad de acción sobre este concepto se extienda más allá de las profesiones relacionadas con la salud, y sumado a lo anterior, existe una estrecha relación entre el concepto de SC y el concepto de desarrollo social. Por lo anterior su abordaje no debe ser exclusivo de las ciencias de la salud, y más bien se necesita de la participación activa de múltiples disciplinas como la sociología, antropología, pedagogía, arquitectura, historia y arte, así como de numerosos sectores sociales como la educación, vivienda, vías, alimentos, saneamiento ambiental y organizaciones no gubernamentales, entre otros.

En ese orden de ideas, la SC es un modelo de atención que implica integralidad, interdisciplinariedad, intersectorialidad y desarrollo social a escala humana (24). Reclama principios que protegen y defienden la vida, los derechos humanos y el bien común, y

compromete y responsabiliza al estado, individuos, familias, comunidades y a toda la sociedad en su conjunto (14).

Al intentar extender el concepto de promoción de la salud más allá del ámbito de la enfermedad y más allá de las potestades de las profesiones relacionadas con la salud, la SC intenta superar la perspectiva del modelo biomédico de lo meramente individual, curativo y antropocéntrico, porque al incluir el nivel de atención primaria, este enfoque reconoce la importancia que tiene para los procesos de salud-enfermedad la naturaleza y la cultura. Pero también sugiere la importancia de desarrollar e impulsar desde diferentes niveles de atención estrategias que promuevan la convivencia, la armonía y estilos de vida saludables sostenibles desde el desarrollo humano.

CONCLUSIONES

Las intervenciones de SC se fundamentan frecuentemente en el paradigma del modelo biomédico, lo cual restringe la oportunidad de abordar fenómenos tan complejos y dinámicos como la salud y la vida. La participación comunitaria debe ser uno de los pilares de las intervenciones en SC e implica una flexibilización o apertura epistemológica, lo que exige un abordaje multidisciplinario desde la academia. Lo anterior podría facilitar la construcción de iniciativas localmente más apropiadas, efectivas, sostenibles y culturalmente seguras.

Agradecimientos: Al Centro de Estudios en Salud Comunitaria de la Universidad de La Sabana

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: Universidad de la Sabana.

REFERENCIAS

1. Gofin J, Gofin R. Significado y definiciones de salud comunitaria. Salud comunitaria global: principios, métodos y programas en el mundo. 1st ed. Burlington: ELSEVIER MASSON; 2012. p. 3–23.
2. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
3. Etzioni A, Christensen K, Levinson D. Encyclopedia of Community: From the Village to the virtual world Vol.1. Thousand Oaks, CA: SAGE PUBLICATIONS; 2003. p. 224–8.
4. Brown P. Who is the community? / What is the community? Disponible en: [http://www.brown.edu/research/research-ethics/sites/brown.edu.research.research-ethics/files/uploads/Who is the community - Phil Brown_0.pdf](http://www.brown.edu/research/research-ethics/sites/brown.edu.research.research-ethics/files/uploads/Who%20is%20the%20community%20-%20Phil%20Brown_0.pdf)
5. MacQueen K, McLellan E, Metzger D, Kegeles S, Strauss R. What Is Community? An Evidence-Based Definition for Participatory Public Health. American Journal of Public Health. 2001;91(12):1929–38.
6. Eysenbach G, Powell J, Englesakis M, Rizo C, Stern A. Health related virtual communities and electronic support groups : systematic review of the effects of online peer to peer interactions. BMJ. 2004;328:1–6.
7. Correal-Muñoz C, Arango-Restrepo P. Aspectos bioéticos en la salud comunitaria. Pers bioét. 2014;18(2):194–212.
8. Martín-Zurro A, Jodar G. Enfoque personal y familiar en atención primaria en salud. Atención Familiar y Salud Comunitaria. Barcelona: ELSEVIER; 2011. p. 19–35.
9. World Health Organization [Disponible en: <http://www.who.int/en/>
10. Moreno GA. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplariedad. Sapiens 2008;1. Available from: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2781925.pdf
11. Informe Mundial de la UNESCO. Invertir en la diversidad cultural y el diálogo intercultural. París; 2009.
12. Capra F. The Turning Point: Science, Society, and the Rising Culture. Berkeley, CA: Bantam; 1982.
13. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Cad. Saúde Pública 1999;15(4):701–9.
14. Restrepo-Velez O. Salud comunitaria : ¿concepto, realidad, sueño o utopía? Avances en Enfermería 2003;21(1):49 – 61. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxi1_5.pdf
15. OMS. Declaración de Alma-Ata. Alma Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 1978. p. 1–3. World Health Organization. *Primary Health Care – Now More Than Ever* [Internet]. Geneva, Switzerland; 2008. Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
16. Deccache A. Evaluating quality and effectiveness in the promotion of health: approaches and methods of public health and social sciences. Promotion & education 1997;4(2):10–5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9312335>
17. Williams R. Cultural safety - What does it mean for our work practice? Australian and New Zealand Journal of Public Health. 1999;23(2):213–4.
18. Engebretson J, Mahoney J, Carlson ED. Cultural Competence in the Era of Evidence-Based Practice. Journal of Professional Nursing. 2008;24(3):172–8.
19. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Salud 2000 2008;119:20–3. Disponible en: <http://www.nodo50.org/fadsp/archivos/Salud2000n119-20-23.pdf>
20. World Health Organization. Carta de OTTAWA [Internet]. 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde. 1986. p. 1. Disponible en: <http://www.who.int/>

healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/

21. Muñoz F, López-acuña D, Halverson P, Macedo CGD, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública : un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;8(5):126–34.
22. San Martín H. *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. S.A. Ediciones Diaz De Santos; 1985. p. 1–380.
23. Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, De Pe-ray JL, Gofin J. *Salud comunitaria: Una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública*. Informe SES-PAS 2010. *Gaceta Sanitaria*. 2010. p. 23–7.
24. Max-Neef M. Economic growth and quality of life: A threshold hypothesis. *Ecol Econ*. 1995;15:115–8.