

PRESENTACIÓN

La Carta de Ottawa para la promoción de la salud fue un documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud, durante la celebración de la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Canadá en el año 1986. Por primera vez se destacó la importancia de la promoción de la salud como una estrategia y un proceso global para aumentar la salud de la población. El pilar de la promoción de la salud es el empoderamiento y autocuidado de las personas y comunidades, sin obviar que es una responsabilidad social. Los individuos deben tomar decisiones con respecto a su salud, es decir, participar en los procesos relacionados con su salud desde una perspectiva intersectorial y transversal, con el objetivo de garantizar y favorecer la salud promoviendo las comunidades saludables. Con este manual pretendemos sentar las bases y fundamentos de la promoción de la salud, mediante el trabajo colaborativo de los diferentes sectores de la salud, sociales e instituciones comunitarias, así como dar visibilidad a la Enfermera de Familia y Comunitaria. Estas enfermeras especializadas son una figura relevante en la promoción de la salud por sus competencias, habilidades y accesibilidad en el sistema sanitario.

El manual está compuesto de diferentes capítulos, en una primera parte nos centraremos en un marco conceptual de promoción de la salud, participación comunitaria, trabajo intersectorial, y educación para la salud, como una herramienta básica para fomentar el bienestar y la salud comunitaria. La salutogénesis y el modelo de activos en salud serán el eje del modelo propuesto de promoción de la salud. Una segunda parte estará más enfocada a la promoción de autocuidados, toma de decisiones compartidas y empoderamiento, donde se trabajará la entrevista motivacional o la gestión de grupos en promoción de la salud. Es oportuno tratar la continuidad de cuidados y la coordinación sociosanitaria, con modelos como el de práctica avanzada en gestión de casos. En una tercera parte, se expondrán la atención comunitaria a colectivos más vulnerables y específicos en diferentes contextos, como son el entorno escolar, laboral, la atención en casos de violencia de género, personas migrantes, diversidad sexual y género, entre otros. Y, por último, se hará referencia al mapa de competencias profesionales y los estándares de acreditación de la figura de la Enfermera de Familia y Comunitaria.

Los autores de este manual son profesionales expertos, tanto en el ámbito académico como asistencial. Hemos querido contar con especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria que han tenido una trayectoria formativa sanitaria especializada de dos años de duración en unidades docentes multidisciplinares de familia y comunitaria una vez finalizado el Grado de Enfermería. Además, han participado docentes y académicos con amplio recorrido y trayectoria en la temática desarrollada. Por este motivo, pensamos que esta obra cumple con los requisitos y el rigor necesario para que este manual pueda convertirse en una herramienta útil en el Grado de Enfermería y para aquellos lectores interesados en la Promoción de la Salud, desde esta perspectiva de Participación Comunitaria.

Por último, agradecer a todas aquellas personas que han hecho posible esta obra. Esperamos que sea una herramienta útil, amena y que disfruten de su lectura.

María Dolores Ruiz, Diana Jiménez
Almería, mayo 2024

Capítulo 1: Salud local y comunitaria

JESSICA GARCÍA GONZÁLEZ

1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo vamos a tratar algunos contenidos imprescindibles para entender los conceptos de salud, comunidad y atención comunitaria, los determinantes y desigualdades en salud presentes en todos los países y en forma de gradiente en la escala social, los elementos fundamentales de la acción comunitaria en salud, los niveles de orientación comunitaria y el modelo de atención primaria basado en los principios de salud comunitaria. Además de los contenidos anteriores, trataremos el papel de la enfermera familiar y comunitaria, siendo la profesional que está capacitada para proporcionar cuidados integrales de calidad en base a las demandas de salud de la sociedad actual.

2. CONCEPTO DE SALUD

Un elemento esencial a tener en cuenta en el proceso de la atención sanitaria es el concepto de salud del que se parte, ya que orienta sobre el tipo de atención y prestaciones que se recibirán. El concepto de salud ha evolucionado a lo largo de la historia, influido por los conocimientos, cambios sociales y culturales de cada momento¹. De la definición clásica de salud como ausencia de enfermedad se pasó a la que estableció en 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la contextualizó como «*un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*». Pero esta definición estuvo cargada de críticas, sobre todo por su carácter utópico. Terris propuso otra definición más operativa en la que elimina la calificación de completo al término «bienestar» y se añade el de «capacidad funcional» pasando así a un concepto de salud más dinámico y objetivable. En las últimas décadas a los enfoques más clásicos se le han ido añadiendo definiciones de carácter más ecológico, sociológico e incluso económico².

Actualmente, la salud se considera un continuo, holístico, subjetivo y dinámico, que constantemente evoluciona, que incluye aspectos culturales, biológicos, psicológicos y sociales y en el que juega un papel fundamental la autopercepción que la persona tiene de su salud¹. Esto implica aceptar la complejidad para definir el propio concepto de salud. Las mujeres tienen peor autopercepción del estado de salud sentida a pesar de vivir más años³.

3. DESIGUALDADES Y DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud que suceden de forma sistemática y que son resultado de las diversas oportunidades y recursos relacionados con la salud que presentan las personas en función de la clase social, sexo, raza o territorio⁴. Esto significa que tienen una peor salud los colectivos socialmente menos favorecidos (personas de clase social menos privilegiada, personas que no son de raza blanca, personas que viven en territorios más pobres o las mujeres). Hay que destacar que las desigualdades en salud son producto del funcionamiento de la sociedad y no de factores individuales (genética), por tanto, se trata de desigualdades evitables e injustas. Existe evidencia científica que indica que las desigualdades en salud son grandes y responsables de una elevada mortalidad y morbilidad superior a la mayoría de los factores de riesgo de enfermar. Las desigualdades en salud en base a la clase social aumentan, ya que la salud mejora más rápidamente en las personas de clases sociales aventajadas y a la inversa. Estas desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales apropiadas⁵.

A los factores sociales relacionados con la salud se les ha denominado «determinantes sociales en salud» y hacen referencia a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyéndose los sistemas de salud⁶. Estas condiciones vienen delimitadas por la distribución del dinero, poder y recursos a nivel mundial, nacional y local, y también son producto de iniciativas políticas⁵.

Existen modelos teóricos o conceptuales que muestran los mecanismos y los procesos causales que intervienen en las desigualdades en salud y en la salud. En primer lugar, Marc Lalonde en 1974 propuso un modelo que aún sigue teniendo vigencia. Lalonde afirmaba que la salud de la población canadiense (y de los países desarrollados) estaba determinada por cuatro variables: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema de asistencia sanitaria. Además, destacaba la discordancia entre esta situación y distribución de esfuerzos y recursos sociales asignados a los diferentes determinantes⁷. En segundo lugar, encontramos el modelo de Dalghren y Whitehead (1991)⁸ que presenta los determinantes de la salud en capas concéntricas. En el centro están los factores individuales como el sexo, la edad o los factores constitucionales; estos factores no se pueden modificar. En la segunda capa aparecen los estilos de vida que pueden ser nocivos para la salud, como el consumo de tabaco, alcohol o el sedentarismo. En la siguiente capa se muestran las redes sociales y comunitarias; con efecto positivo de las redes sobre la salud colectiva. A continuación, aparecen las condiciones de vida de las personas, como el medio laboral, vivienda, educación o los servicios sanitarios. También tiene un efecto positivo en la salud colectiva si la población dispone de acceso a ellas. La última capa hace referencia a los factores como las condiciones políticas, culturales, socioeconómicas y medioambientales. Este modelo ha servido para poder diseñar políticas e intervenciones para mejorar la salud y ha sido muy utilizado para describir los factores relacionados con el estado de salud de la población.



Figura 1. Condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales.

Fuente: Dahlgren y Whitehead (1991)8.

Hay otros modelos que explican los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Uno de ellos, es el modelo que adoptó la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España (2012 y 2015)⁹ y está compuesto por los siguientes elementos: a) los determinantes estructurales, que contienen el contexto socioeconómico y político y los ejes de desigualdad que determinan la estructura social; y b) los determinantes intermedios, que incluyen las condiciones de empleo y trabajo, la carga de trabajo reproductivo (tareas domésticas y de cuidado de las personas), el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial, el acceso y calidad de la vivienda; y sus equipamientos y el barrio o área de residencia y sus características.

4. CONCEPTO DE COMUNIDAD

El concepto de comunidad es la clave para poder guiar la práctica y orientación de los cuidados enfermeros comunitarios. La definición de lo que es una comunidad, quiénes la componen, cómo son las relaciones entre los miembros y sus atributos se puede hacer desde diversos puntos de vista¹⁰.

Las definiciones de comunidad más actuales hacen énfasis en los elementos principales: los funcionales y los estructurales, aunque hay otro grupo que combina ambos tipos. Los elementos estructurales hacen referencia a la consideración de la comunidad como un grupo localizado geográficamente regido por instituciones u organizaciones de carácter político, económico y social. El carácter delimitativo de estas definiciones, es el más importante al considerar como tal un grupo, una ciudad, un barrio, una nación, en base a los intereses de la clasificación¹¹.

Krause Jacob¹² propone un concepto de comunidad que incluya los elementos mínimos necesarios para diferenciar una comunidad de otros tipos de conglomerados humanos. Este concepto de comunidad estaría basado en la inclusión de tres elementos: pertenencia, interrelación y cultura común.

En 1974, la OMS¹³ define comunidad como «un grupo social determinado por límites geográficos y/o intereses y valores comunes. Sus miembros se conocen e interaccionan entre ellos. La comunidad funciona dentro de una estructura social particular en la que se crean y existen normas, valores e instituciones sociales». Esta definición recoge el punto de vista sociológico y refleja a las comunidades

con vínculos fuertes y estables (históricos, económicos o culturales). En España puede aplicarse a las comunidades del medio rural, pero no a las urbanas.

Thompson y Kinne definen comunidad como un sistema que está basado en grados de cooperación y consenso en normas, valores y objetivos sociales. Este sistema está formado por varios individuos, familias, sectores o subsistemas y sus interrelaciones¹⁴. En esta definición, la comunidad no está delimitada geográficamente, ni por intereses, ni por valores, y esto hace que se ajuste mejor a las comunidades del presente, donde los movimientos migratorios no permiten a los individuos adquirir un sentimiento de pertenencia a una cultura y lugar.

La comunidad es una fuerza social dinámica, con características demográficas, instituciones, recursos y condiciones ambientales, que promueven o impiden la salud y el bienestar de la población¹⁵. Así, la responsabilidad de las enfermeras comunitarias, de manera conjunta con el resto de los profesionales sanitarios, está compartida con el resto de los elementos presentes en la comunidad (instituciones, otros servicios y profesionales de la comunidad, ciudadanos y tejido asociativo)¹¹.

5. CONCEPTO DE SALUD COMUNITARIA. BASES

Cuando nos referimos a salud comunitaria significa entenderla como el conjunto de métodos, estrategias y actividades orientadas a mejorar el estado de salud de una población definida¹¹. La salud comunitaria es definida como el conjunto de actuaciones destinadas a mejorar la salud de la comunidad en las dimensiones biológica, psíquica y social. Para ello, se deben tener en cuenta las necesidades y características de la comunidad, así como sus servicios y recursos institucionales. Las acciones de salud comunitaria incluyen actuaciones sobre los determinantes de salud y enfermedad prioritarios en la población y, por tanto, implican el diseño de intervenciones intersectoriales. Es preciso diferenciar con claridad los conceptos de salud comunitaria y atención primaria y comunitaria. El primero delimita la orientación estratégica y las características operativas de las actuaciones de los profesionales de dichos servicios y el segundo, hace referencia a una nueva forma de organización del conjunto de los servicios de no internamiento de un territorio¹.

La salud comunitaria representa un avance en la evolución de la salud pública, al incorporar la importancia de la responsabilidad y participación de la comunidad en todos los procesos de salud¹⁶. Por tanto, la salud comunitaria, es el programa de salud pública local, planificado sobre la base de los problemas y las necesidades específicas de cada comunidad y ejecutado con la participación de esta. Sería, por tanto, una estrategia para aplicar los programas de salud pública localmente.

La noción de salud comunitaria destaca la planificación local y la participación de la comunidad y descentralizada de la valoración real de las necesidades de salud de las poblaciones; la coordinación e integración de todas las actividades sanitarias-ambientales-sociales; un nuevo concepto de la salud con un enfoque epidemiológico de las actividades; en la cobertura universal; en los niveles de atención, y en el predominio de lo general sobre la especialidad, es decir, lo mayoritario sobre lo minoritario¹⁷. Actualmente, podríamos destacar que las experiencias en salud comunitaria empiezan a presentar una masa crítica de la que difícilmente podrán extraerse tanto los profesionales como la población

y la administración de los servicios de salud, incluyendo la salud pública, por las potencialidades que presentan. También hay que incluir en este terreno la salud comunitaria que surge a través del desarrollo comunitario, no sólo desde el dispositivo sanitario, como indicador de la responsabilidad por la salud de la propia comunidad¹¹.

6. ACCIÓN COMUNITARIA EN SALUD. ELEMENTOS FUNDAMENTALES

La acción comunitaria (AC) «es la dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un determinado ámbito o espacio de convivencia»¹⁸. Se considera uno de los pilares fundamentales de la promoción de la salud. La AC posee una triple función transformadora:

- Acrecentar las condiciones de vida de los que residen en el espacio de convivencia.
- Fortalecer la coherencia social y los vínculos, incorporando a los colectivos en situación de exclusión.
- Fomentar las capacidades de acción individual y colectiva en procesos de mejora del bienestar y la salud.

Los cuatro pilares de la AC son¹⁸:

1. Trabajo interno de cada organización: la AC se sustenta de la participación y compromiso de los colectivos e instituciones del ámbito profesional, administrativo y vecinal.
2. Participación: buscando la implicación de diversos ámbitos profesionales y niveles administrativos que cuenten con el apoyo de sus instituciones, así como de grupos en los que colabore la población.
3. Procesos relacionales: existiendo diversas dimensiones relacionales como: *a) bases del proceso*, con dos objetivos centrados en crear vínculos y capacitar a las personas; *b) actitudes del proceso*, destacando actitudes clave como la presencia, respeto, voluntad colaborativa, confianza, responsabilidad, transparencia y afrontamiento de conflictos; y *c) habilidades del proceso*, siendo las habilidades clave para dinamizar un proceso de AC el liderazgo, empatía, flexibilidad, creatividad y comunicación y escucha.
4. Claves de resultado: relacionado con el objetivo de conseguir resultados satisfactorios en el ámbito de la AC. Es importante tener en cuenta al largo de todo el proceso una perspectiva de equidad, la búsqueda de efectividad y la planificación de evaluación.

Existe un esquema de actuación dividido en diversas fases y que está organizado en forma de ciclo. En este ciclo de AC cada fase se apoya en el trabajo efectuado anteriormente y repercute el desarrollo de las siguientes fases. Además, no tienen una meta definida ni son procesos lineales, sino que los resultados alcanzados en cada vuelta del ciclo pueden contribuir a identificar objetivos nuevos y retos que den continuidad a la AC.

El ciclo de AC consta de 6 fases¹⁸:

- *Fase 0- Punto de partida. Conocerse y reconocerse:* donde se pueden definir los objetivos y motivaciones que conducen a comenzar o incorporarse a un proceso de AC, así como conectar con otros grupos o personas más allá del ámbito de actuación de cada individuo.
- *Fase 1- Hacer equipo y red:* se puede conseguir describir el equipo motor y la red de apoyo, que son los que estarán más implicados en el proceso, utilizando un lenguaje común y planificando su funcionamiento y el desarrollo de la AC.
- *Fase 2- Explorar la comunidad:* en esta fase se podrá iniciar un proceso de investigación colectiva que fomente el desarrollo posterior de actuaciones a partir de la identificación de las características principales de la comunidad (datos y recursos disponibles, estrategias de resistencia, necesidades y activos para la salud indicados por la población).
- *Fase 3- Analizar y priorizar:* se podrán definir el campo/s de actuación prioritaria a partir de la revisión colectiva de los datos conseguidos en la exploración de la comunidad.
- *Fase 4- Preparar como actuar:* en esta fase se podrá diseñar un plan de actuación sobre el tema/s priorizado teniendo en cuenta experiencias anteriores que indiquen lo que puede funcionar o lo que no.
- *Fase 5- Actuar:* de manera coordinada y participativa se podrá desarrollar el plan de actuación.
- *Fase 6- Evaluar la acción comunitaria:* en esta fase se conseguirá información para mejorar continuamente la AC, reflexionando y analizando su diseño, proceso y resultados.

7. NIVELES DE ACCIÓN PARA MEJORAR LA SALUD COMUNITARIA

Los niveles de orientación comunitaria se han utilizado en el ámbito de la salud, pero también pueden ser aplicados a aquellos agentes de la comunidad que hacen su labor ofreciendo apoyo o servicios a personas o grupos, bien sean de perfil ciudadano o técnico. Los tres niveles de la orientación comunitaria son¹⁹:

Nivel 1. Nivel individual y familiar: «pasar consulta mirando a la calle»

Hace referencia al nivel de trabajo realizado en la práctica asistencial habitual, en las consultas y en los domicilios: atención centrada en el paciente y abordaje biopsicosocial. En este nivel se presta atención a las personas otorgando importancia a sus procesos biográficos, contextos, a los entornos y las relaciones, desde el modelo de determinantes sociales en salud. Todas las personas que trabajan en atención primaria (incluida las unidades administrativas) pueden incorporar la orientación comunitaria a su práctica diaria. Las herramientas de este nivel serán el uso de la entrevista clínica integral centrada en el paciente, trabajo en red con otros profesionales del equipo, orientación hacia los determinantes sociales de la persona, identificación de activos, etc.

Nivel 2. Nivel grupal: «educación para la salud grupal trabajando sobre las causas de las causas»

Es el nivel donde se trabaja con grupos fomentando acciones educativas dirigidas a la comunidad, considerando las características de estas y las necesidades de cada territorio. Es necesaria una visión

holística de las personas, promoviendo el desarrollo de habilidades que den respuesta a los problemas e intereses de las personas, así como considerando los determinantes sociales de la salud, incorporando una visión de equidad y fortaleciendo los recursos personales a través de la acción grupal mediante el aprendizaje significativo entre iguales y el fomento del autocuidado. Serán las personas de los equipos de atención primaria que trabajan con grupos los que desarrollarán este nivel. Las herramientas de este nivel son las metodologías de educación para la salud grupal basada en aprendizajes significativos.

Nivel 3. Nivel colectivo: Acción comunitaria en salud, «el centro de salud no es el único centro de salud»

En este nivel se trabaja de manera interdisciplinaria e intersectorial, con diversos agentes del territorio local que presentan un papel relevante en el aumento del bienestar de la comunidad. Algunas personas del equipo de atención primaria participarán en un proceso de desarrollo/acción comunitaria. Este proceso puede existir, puede estar liderado por otra entidad o puede estar liderado por el equipo de atención primaria.

8. ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)

La orientación comunitaria de la atención primaria se desarrolla en base a los principios de la medicina comunitaria que presenta como objetivos una valoración exhaustiva de las necesidades de salud de la comunidad y una planificación de la intervención para proporcionar una respuesta a esas necesidades, así como una evaluación de atención prestada²⁰. La atención primaria orientada a la comunidad (APOC) es un modelo de atención primaria basado en los principios de la salud comunitaria y la Declaración de Alma-Ata²¹. Fueron Sidney Kart y Emily Kart²² quienes formularon inicialmente este concepto. APOC se podría definir como *«la práctica de la atención primaria con responsabilidad poblacional, orientada a la mejora de la salud de una comunidad definida, basada en la identificación de las necesidades de salud y las acciones de atención correspondientes, con la participación de la comunidad y con la coordinación de todos los servicios implicados en la salud o en sus determinantes»*. Es un proceso continuo en el que se integran la atención primaria con acciones de salud pública.

Para la puesta en práctica de la APOC es necesario disponer de una serie de elementos²⁰:

- Una población bien definida, determinada y reconocida por el equipo de atención primaria.
- Una práctica de atención primaria que coordine aspectos preventivos, curativos, de promoción de la salud y de rehabilitación.
- Dirigirse a todos los miembros de la comunidad y basarse en la identificación de necesidades de salud sobre las que se realizarán las intervenciones.
- Un equipo multidisciplinar.
- Acceso libre a los servicios de salud.
- Participación comunitaria, como elemento esencial en el mantenimiento de la propia salud y la promoción de la salud.

- El desplazamiento del equipo de trabajo fuera de las instalaciones de los centros de salud, para valorar los recursos comunitarios y los determinantes de salud de los individuos y familias.

A continuación, detallaremos cada una de las fases de la APOC, ampliamente descritas en la literatura^{21,23}:

1. Caracterización de la comunidad

En primer lugar, será necesario definir lo más operativamente la comunidad, ya que serán sus propias necesidades las que debemos valorar de cara al momento de intervenir. Conocer las características demográficas, físicas y socioeconómicas de la comunidad, identificar los activos que dicha comunidad dispone, es decir, recursos y/o factores con los que cuenta²⁴, así como el estudio de las necesidades de salud. Para el análisis de los problemas de salud de la comunidad se utilizarán los datos obtenidos en esta fase.

2. Priorización: ¿qué abordamos?

El conocimiento de la comunidad llevará a detectar diferentes problemas susceptibles de abordar; de entre esos problemas será necesario decidir por cual se empieza. La priorización de los problemas de salud se puede llevar a cabo en función de:

- a. La magnitud, gravedad e impacto económico de problema de salud.
- b. La posibilidad de llevar a cabo la intervención.
- c. Eficacia de la intervención.
- d. Justificación de los costes.
- e. Interés para la comunidad.

Una vez valorados los ítems anteriores, el equipo de trabajo realizará la selección de los problemas de salud sobre los que intervenir a través de un sistema de puntuación. Los problemas de salud serán priorizados en función de la puntuación obtenida. En el momento de priorizar el problema o problemas de salud sobre los que se van a actuar, es fundamental la participación activa de la comunidad.

3. Diagnóstico comunitario

El objetivo de esta fase es que una vez priorizado una problemática de salud sobre la que intervenir, se conozca su impacto en la comunidad, así como el de los factores que la determinan (protegiendo o aumentando el riesgo de enfermedad). Esto ayudará a decidir que intervención llevar a cabo. Por otro lado, nos va a servir para conocer el punto de origen del que partimos y que posteriormente será necesario para la evaluación.

4. Planificación e implementación de la intervención

En esta fase se va a decidir mediante qué intervención se aborda el problema que se ha priorizado. En primer lugar, deberá conocerse lo que se está realizando en la comunidad al respecto, ya que, si existen actuaciones, puede ser preferible reforzarlas en lugar de iniciar otras nuevas.

Una vez que se ha decidido las intervenciones más adecuadas, se desarrollará su implementación. Será conveniente tener en cuenta la participación de todos los profesionales, instituciones y servicios que vayan a intervenir, y la población sobre la que se va a intervenir. Independientemente del método utilizado para planificar e implementar la intervención, el equipo de atención primaria deberá tener claros los objetivos de salud, los recursos disponibles, las actividades que se van a realizar y las estrategias de monitorización y evaluación de la intervención.

5. Supervisión de la intervención

Una vez se ha puesto en marcha la intervención es necesario llevar a cabo una monitorización o seguimiento de aspectos como los cambios en la población a la que se dirige la intervención, el desarrollo de las actividades del programa y el problema de salud que se está tratando de mejorar. Para los tres ámbitos objeto de supervisión es de mucha utilidad la información cualitativa.

6. Evaluación de la intervención

Es fundamental que sea lo más transparente posible, lo que se considera un elemento de calidad de la intervención. No existe una estrategia de evaluación única, se aconseja sistemas de evaluación que convienen métodos cualitativos y cuantitativos de investigación, y de recogida de la información y análisis de los resultados. Esto nos permitirá valorar si se han conseguido los objetivos propuestos y en función de los resultados obtenidos, tomar decisiones sobre la necesidad o no de continuar y de establecer mejoras.

7. Análisis de la nueva situación

En esta fase deberá decidirse si el programa se mantiene, se modifica o se suspende. Conviene repetir el análisis de caracterización de la comunidad (apartado «caracterización de la comunidad») periódicamente, ya que las comunidades son dinámicas y cambiantes sus necesidades.

9. ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Según Martínez Riera y López-Gómez definen la enfermería comunitaria como *«la práctica científico-profesional de la enfermería, integrada en la salud pública y dirigida fundamentalmente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad desde una perspectiva integral, integrada e integradora hacia las personas, las familias y la comunidad, identificando y coordinando los recursos comunitarios y favoreciendo la intersectorialidad y la continuidad de cuidados»*. Las enfermeras comunitarias valoran continuamente el contexto en el que sus intervenciones se llevan a cabo, respetando la multiculturalidad y participando de manera activa y consensuada en la toma de decisiones de las personas y familias para lograr la máxima autonomía y conseguir mantener sanos a los sanos mediante la educación para la salud en cualquier ámbito comunitario. Planifican, desarrollan y evalúan sus actividades de forma transdisciplinar y autónoma²⁵.

La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria fue creada en el año 2005 (Real Decreto 450/2005), siendo en el año 2010 cuando se aprueba el programa formativo de la especialidad. La Comisión Nacional de la Especialidad desarrolló este programa formativo siendo aprobado y publi-

cado en el BOE de 29 de junio de 2010. En España, se ha ido desarrollando una atención específica de enfermería comunitaria que coincide con la implantación del nuevo modelo de Atención Primaria de Salud, a pesar de la ausencia de un programa formativo reglado de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria que ha habido durante años. En la actualidad, son las enfermeras de familia quienes están desarrollando casi la totalidad las funciones específicas que se recogen de dicha especialidad. A pesar de la demora en su implementación cada vez son más las comunidades que están creando puestos específicos para las especialistas de familia y comunitaria²⁶.

La misión de la enfermera familiar y comunitaria es la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, familia y comunidades, en el continuo de su ciclo vital y en los diversos aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su contexto sociocultural y entorno²⁷.

La acción de la enfermera familiar y comunitaria está orientada por fundamentos y principios científicos, éticos y humanísticos de respeto a la vida y a la dignidad humana. Su práctica necesita de un pensamiento interdisciplinario, de una actuación en equipo y multiprofesional y de una participación activa de las personas atendidas, con visión holística del ser humano en su relación con el contexto social, familiar y ambiental²⁸.

Los valores que guían el desarrollo de la enfermera comunitaria vienen recogidos en el programa de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria y son:

- Compromiso con la sociedad, la equidad y la eficiente gestión de los recursos.
- Compromiso y orientación a las personas, familias y comunidad.
- Compromiso con la ética.
- Compromiso con la mejora continua de la calidad.
- Compromiso con la seguridad de pacientes y usuarios.
- Compromiso con el desarrollo profesional.

Las competencias de la enfermera familiar y comunitaria según el programa de la especialidad son²⁸:

Competencias generales:

Competencias relacionadas con la provisión de cuidados avanzados en la atención clínica directa en el ámbito de la atención familiar y comunitaria a personas en todo su ciclo vital y a las familias en todas sus etapas, tanto en lo relacionado con la gestión, planificación y desarrollo, en base a las necesidades de la población y las exigencias de los servicios de salud.

- Competencias vinculadas con la salud comunitaria y salud pública, sobre el diseño de programas de educación para la salud, situaciones de emergencia y catástrofe y vigilancia medioambiental y epidemiológica.
- Competencias relacionadas con la docencia, dirigidas a las personas y familias, estudiantes y otros profesionales.
- Competencias vinculadas con la gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitaria, con el objeto de aplicarlos en función a los principios de equidad, eficiencia y

efectividad, y desarrollando estrategias de mejora de la calidad asistencial en los cuidados a la comunidad.

- Competencias relacionadas con la investigación con la finalidad de usar la mejor evidencia disponible, generar conocimiento y difundir la ya existente.

Competencias prioritarias:

Las competencias prioritarias son aquellas que están orientadas a²⁹:

- Determinar las necesidades de salud de la población y facilitar la correcta respuesta de cuidados de los servicios de salud a los ciudadanos en cualquier ámbito (domicilio, escuela, trabajo, centro de atención, etc.).
- Dirigir y establecer redes centinelas de epidemiología de los cuidados.
- Establecer criterios de calidad de los cuidados e indicadores de actividad en el ámbito familiar y comunitario.
- Incrementar el seguimiento y la atención longitudinal al valorar a la persona y familia desde la perspectiva de la necesidad de cuidados, en su entorno y en todas las etapas del ciclo vital, con especial atención a aquellos que son atendidos en el domicilio.
- Responder adecuadamente a las necesidades de la población con enfermedades crónicas prevalentes, a las situaciones de riesgo de enfermar de discapacidad y de fragilidad.
- Elaborar y desarrollar estrategias de participación e intervención comunitaria, centradas en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.
- Garantizar la continuidad de los cuidados y de la atención a través de la gestión efectiva y la coordinación de los recursos humanos y materiales disponibles.
- Fomentar el funcionamiento de los equipos multiprofesionales mediante la participación, reflexión, consenso y análisis y desde el respeto a las competencias propias y del resto de especialidades y profesionales de la salud pública y del ámbito comunitario.
- Aumentar la práctica enfermera en el ámbito familiar y comunitario a través de la investigación en cuidados enfermeros y la colaboración en líneas de investigación multiprofesionales.

10. AUTOEVALUACIÓN / REFLEXIÓN

1. Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud hace referencia a:
 - a. Caracterización de la comunidad.
 - b. Determinantes sociales en salud.
 - c. Desigualdades en salud.
 - d. Valoración detallada del problema de salud.
2. Señale la opción incorrecta, respecto al modelo APOC:
 - a. Además de una metodología, es un modelo de atención primaria.

- b. Su base es dar respuesta a las necesidades en salud de la población.
 - c. La coordinación intersectorial no es un requisito del modelo apoc.
 - d. Es necesaria la participación comunitaria.
3. ¿Qué concepto va más allá de la ausencia de enfermedad, es dinámico y cambiante e incluye aspectos culturales, biológicos, psicológicos y sociales?
- a. Salud Comunitaria.
 - b. Comunidad.
 - c. Salud.
 - d. A y C son correctas.
4. ¿Qué concepto es el resultado de las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tiene las personas en función de su clase social, sexo, territorio o raza?
- a. Salud Comunitaria.
 - b. Determinantes sociales en salud.
 - c. Desigualdades sociales en salud.
 - d. Ninguna es correcta.
5. ¿Qué nivel de orientación comunitaria utiliza como herramienta la entrevista clínica integral centrada en el paciente?
- a. Nivel individual y familiar.
 - b. Nivel grupal.
 - c. Nivel comunitario.
 - d. Nivel colectivo.
6. ¿En qué fase del ciclo de acción comunitaria se revisan las motivaciones para la puesta en marcha y se explora si ya hay otras iniciativas?
- a. Fase de hacer equipo y red.
 - b. Fase de analizar y priorizar.
 - c. Fase de preparar cómo actuar.
 - d. Fase de punto de partida. Conectarse y reconocerse.
7. La acción comunitaria posee una función transformadora, identifique la opción correcta:
- a. Aumentar las condiciones de vida de los que habitan en el espacio de convivencia.
 - b. Fortalecer la coherencia social y los vínculos, sin incorporar a los colectivos en situación de exclusión.
 - c. Fomentar las capacidades de acción comunitaria en procesos de mejora del bienestar y la salud.
 - d. Todas son correctas.
8. Entre las competencias de la enfermera familiar y comunitaria no encontramos:
- a. Competencias docentes.
 - b. Competencias en investigación.
 - c. Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario.
 - d. Competencias de redes centinelas de epidemiología de los cuidados.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Zurro A, Jodar Solà G, editor. Atención Familiar y Salud Comunitaria: Conceptos y Materiales para Docentes y Estudiantes. Philadelphia: Elsevier; 2018.
2. Gómez LI, Rabanque MJ. El concepto de salud. In: Colomer C, Álvarez Dardet C, editor. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2001. p. 3-12.
3. Negrón Fraga A, Rodrigo MJ. Enfermería familiar y Comunitaria. SalusPlay, 2021.
4. Whitehead M y Dahlgren D. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Oficina Regional de la OMS para Europa [Internet]. 2006 (consultado 22 de diciembre de 2023) Disponible en: http://www.enothe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf
5. Borrell Thió C y Pasarín Rúa M^a. Desigualdades y Determinantes Sociales en Salud. En: Martín Zurro A, Jodar Solà G, editor. Atención Familiar y Salud Comunitaria: Conceptos y Materiales para Docentes y Estudiantes. Philadelphia: Elsevier; 2018. p.47-60.
6. Organización Mundial de la Salud-OMS-. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. 2009 (consultado 23 de diciembre de 2023). Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
7. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1974.
8. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
9. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012; 26:182-8
10. Martínez-Riera JR, López-Gómez J. Comunidad. En: Martínez Riera JR, Pino Casado R del. Manual práctico de enfermería comunitaria / José Ramón Martínez Riera, Rafael del Pino Casado. 2a ed. Barcelona: Elsevier; 2020.p.110-13.
11. Martínez Riera JR, Pino Casado R del. Manual práctico de enfermería comunitaria / José Ramón Martínez Riera, Rafael del Pino Casado. 2a ed. Barcelona: Elsevier; 2020.
12. Krause Jacob M. Hacia una redefinición del concepto de comunidad: cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta. Revista Psicología de la Universidad de Chile. 2001;10(2):49-60
13. World Health, Organization. Community Health Nursing. Report of WHO experto committe, tech.rep.series n.º 558. Geneva: World Health, Organization; 1974.
14. Thompson B, Kinne S. Social change theory: applications to community health. En: Bracht N, ed. Health promotion at the community level: new advances. 2nd ed. Newbury Park: SAGE; 1999. p. 29-46.
15. Turabian JL. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en salud. Madrid: Diaz Santos; 1991.

16. Gálvez Vargas R, ed. Piédrola Gil. Medicina preventiva y salud pública. 10.^a ed. Barcelona: Masson; 2001. p.10-1.
17. Marchoni AM. Comunidad, participación y desarrollo. Madrid: Editorial Popular; 2001.
18. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O Cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021.
19. Pérez Alonso E, Cofiño R, García Blanco D, Hernán García M. Orientaciones didácticas para la acción comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
20. López Cano M, Fernández Leyva A. Fundamentos del nivel primario de salud. En: Ruiz Fernández MD, Ruiz Fernández MD, Ruiz Fernández MD. Manual de enfermería familiar y comunitaria [Recurso electrónico] / Editora, María Dolores Ruiz Fernández. Almería: Editorial Universidad de Almería; 2020. p.1-18.
21. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en atención primaria. Pan Am J Public Health 2007; 21: 177-84.
22. Kart SL. The practice of community oriented primary health care. New York: Appleton-Century-Crofts; 1981.
23. Foz G, Gofin J, Montaner J. Atención primaria orientada a la comunidad (APOC): una visión actual. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 6^a ed. Barcelona: Elsevier; 2008. 345-66.
24. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion and Education 2007; (Suppl 2): 17-22.
25. Martínez Riera JR, López-Gómez J. Enfermería Comunitaria. En: Hernández Aguado I, ed. Manual de epidemiología y salud pública. 3^a. Ed. Madrid: Editorial Médica Paramericana; 2017. p.289-91.
26. Silvano Arranz A, Fernández Lao I. El trabajo en equipo en atención primaria. En: Ruiz Fernández MD, Ruiz Fernández MD, Ruiz Fernández MD. Manual de enfermería familiar y comunitaria [Recurso electrónico] / Editora, María Dolores Ruiz Fernández. Almería: Editorial Universidad de Almería; 2020. p.22-26.
27. Martínez-Riera JR. Enfermería Comunitaria. En: Martínez Riera JR, Pino Casado R del. Manual práctico de enfermería comunitaria / José Ramón Martínez Riera, Rafael del Pino Casado. 2a ed. Barcelona: Elsevier; 2020.p.238-43.
28. Sáinz-Ruiz PA, Mínguez-Airas J, Martínez-Riera JR. Los consejos de salud como instrumento de participación comunitaria en la Rioja. Gac Sanit. 2019;33(2):134-40.
29. March S, Ripoll J, Jordan Martin M, Zabaleta-Del-Olmo E, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L et al. Factors related to the development of health-promoting community activities in Spanish primary health-care: Two case-control studies. BMJ Open. 2017;7: e015934

Capítulo 2:

Participación en salud comunitaria

FRANCISCA SÁNCHEZ MUÑOZ

1. INTRODUCCIÓN

En el Sistema Nacional de Salud (SNS), como en otros países, la participación comunitaria se encuentra débilmente desarrollada, y escasamente puesta en práctica. Se ha incorporado dentro de las políticas sanitarias en numerosos países, pero su impacto o efectividad todavía es cuestionada. No obstante, diversos autores han descrito que la participación comunitaria se traduce en mejores resultados en salud. En este capítulo estudiaremos cómo ha evolucionado la participación comunitaria a lo largo del tiempo, sus principales características, las diferentes formas de participación comunitaria y órganos de participación comunitaria en salud. (1,2)

2. CONCEPTO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SU RELACIÓN CON LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Antes de aclarar la definición de participación comunitaria es necesario definir que es una comunidad. Una comunidad es un conjunto de personas que comparten un espacio geográfico con un sentimiento de pertenencia, comparten servicios comunes y desempeñan funciones sociales a nivel local. (3,4)

La participación comunitaria se considera un proceso social en determinados grupos de una población que vive en una misma comunidad y que comparten una o varias necesidades, tomando en conjunto y/o con otros sectores decisiones para entenderlas y abordarlas. Actualmente existen cinco dimensiones de participación social comunitaria: civil, política, social, económica y cultural. (2-4)

La importancia de la participación social de la comunidad reside en su capacidad decisiva en el desarrollo de la comunidad ya que, a través de la motivación de la población para la participación activa, garantiza la involucración de sus miembros en la toma de decisiones saludables y la creación y sostenibilidad de los programas sociales. Es un mecanismo clave en la redistribución de poderes porque permite dentro del marco de las desigualdades sociales de la salud, abordar estas desigualdades y fomentar la equidad en salud. (2-4)

3. CONFERENCIAS INTERNACIONALES

Con la creación de la Declaración de Alma Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986), varios organismos internacionales puntualizaron la participación comunitaria esencial en el aumento del bienestar

de las comunidades y la mejora de la salud de las poblaciones. Durante las posteriores conferencias mundiales se promovió la elaboración de políticas públicas saludables, ambientes favorecedores para la salud, el desarrollo de habilidades, se reforzó la actuación comunitaria y se reorientaron hacia la salud los servicios. (5-7). En la tabla 1 se expone un recorrido por las diferentes conferencias internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tabla 1. Conferencias Internacionales de la OMS

Ottawa (1986)	Promoción de la salud como estrategia fundamental para aumentar la salud de la población. Proceso global que permite a las personas incrementar su autocuidado para mejorar su salud.
Adelaida (1988)	Necesidad de establecer políticas públicas favorables a la salud y de evaluar sus repercusiones en salud.
Sundsvall (1991)	Necesidad de fundar ambientes de salud favorables a la salud para que los responsables políticos utilicen en los sectores de la salud y el medio ambiente. Se pretendió que el ambiente (físico, socioeconómico y político) apoyase a la salud, y que no la dañara.
Jakarta (1997)	Creación de oportunidades para aumentar promoción de la salud en el abordaje de los determinantes en salud. Se incluyeron nuevos conceptos como la promoción de la responsabilidad social , la necesidad de invertir en el desarrollo de la salud, fortalecer y aumentar las alianzas estratégicas salutogénicas, desarrollar y fortalecer la capacidad de las comunidades consolidando la infraestructura necesaria para llevar a cabo promoción de la salud y empoderar al individuo
México (2000)	Abordaron las inequidades en salud mediante las estrategias, los recursos y las estructuras necesarias para desarrollar y mantener la promoción de la salud en todos los ámbitos, tanto local, nacional como internacional. Declararon la promoción de la salud como estrategia esencial en el desarrollo de los países.
Bangkok (2005)	Distinguieron las acciones, los compromisos y los retos necesarios para ocuparse de los determinantes de la salud, llegando a las personas, los grupos y las organizaciones críticas en la obtención de la salud. Enfatizaron en la necesidad de alianzas mundiales con compromisos de ámbito local y mundial.
Nairobi (2009)	Importancia de reducir el intervalo entre la evidencia disponible y su aplicación en el desarrollo de la salud . Se determinaron estrategias y compromisos clave para subsanar las deficiencias en la ejecución y en el desarrollo de la salud, considerando la promoción de la salud el elemento clave para lograrlo.
Helsinki (2013)	Revisaron el compromiso con el enfoque « Salud en todas las políticas ». Relacionaron la determinación de la salud en gran medida con factores externos al ámbito sanitario. Describieron que una política sanitaria eficaz tiene la obligación de atender a todos los ámbitos políticos, con especial énfasis a las políticas sociales, relacionadas con la educación, la investigación y con el medio ambiente.
Shanghai (2016)	Focalizaron en la relación entre los determinantes en salud y el empoderamiento de las personas priorizando las actividades de promoción de la salud de tres formas 1) reforzar la gobernanza salutogénica; 2) garantizar y favorecer la salud promoviendo las comunidades saludables; y 3) fortificar las nociones en salud.
Ginebra (2021)	Se acordó una carta en pro del Bienestar basada en las nueve conferencias mundiales sobre promoción de la salud. Se destaca la necesidad de asumir compromisos mundiales para conseguir resultados sanitarios y sociales equitativos tanto en el presente como para las generaciones futuras, considerando el medio ambiente.

4. FUNDAMENTO E IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La participación comunitaria es un recurso necesario en el abordaje de los problemas de salud en la visión biopsicosocial y ecológica del proceso de salud/enfermedad. Existen múltiples beneficios

asociados con la participación comunitaria, entre ellos destacamos: el control en la planificación; la priorización de necesidades de salud; la toma de decisiones más acertadas originando cambios de comportamiento más saludables en las poblaciones mediante un proceso de educación y promoción de hábitos de salud responsables; la potenciación de los sectores marginados, con una consecuente reducción del aislamiento y un aumento del apoyo social; y el incremento en la accesibilidad y en la calidad de los servicios prestados, el cual está generando impactos importantes en los costes y resultados en salud, entre otras tantas. (8,9)

El objetivo general de la participación comunitaria es lograr la mayor autonomía en el estado de salud de la población, tanto individualmente como colectivo, entendiendo la sociedad en su conjunto como protagonista y responsable de su propio desarrollo. (9)

Los objetivos específicos se consideran:

1. Implicar a la población en el estudio de sus problemas de salud y en la identificación de sus necesidades de salud más importantes.
2. Reforzar el papel del ciudadano como protagonista en su salud favoreciendo el aumento de su responsabilidad.
3. Ejecutar los servicios de salud desde una perspectiva comunitaria, potenciando el abordaje multisectorial y la coordinación intersectorial.
4. Proporcionar a la comunidad el control social para planificación y evaluación del funcionamiento de los servicios.

Existen cuatro niveles que detallan el desarrollo de las prácticas comunitarias, y se relacionan con el grado de empoderamiento de la comunidad. (2)

- Nivel 1: Los ciudadanos no tienen ninguna posibilidad de influir en la toma de decisiones y son los profesionales los que realizan una atención individual a demanda.
- Nivel 2: —Los ciudadanos no tienen posibilidad de influir en la toma de decisiones, pero disponen de varios espacios de comunicación con los sanitarios como buzones de sugerencias, grupos con características en común, etc.
- Nivel 3: Los ciudadanos apenas tienen capacidad de influencia en la toma de decisiones y la salud sigue siendo competencia de los profesionales del centro de salud y de los sanitarios. No obstante, se realiza una aproximación al diagnóstico de salud priorizándose determinados problemas, poniéndose en marcha diversas actividades como talleres para pacientes.
- Nivel 4: Se constituye una especie de consenso en salud entre una población representativa interesada en salud y los profesionales, poniendo en marcha programas comunitarios basados en la promoción de la salud.

Diversos esquemas recogen los niveles de participación. Nos centraremos en el esquema de «Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud». Se basa en el grado de interacción (intercambio e influencia de la información en la toma de decisiones de las personas). No obstante, es importante tener en cuenta la dimensión del alcance (número de

personas implicadas, no es lo mismo tener un nivel 5 de participación concentrado en 20 personas que en 2500) y de la amplitud (la diversidad socioeconómica y cultural de las personas que participan). (2)

Cumplimiento de Evidencias requerido para cada Nivel de Certificación

	AVANZADO	EXPERTO	EXCELENTE
GRUPO I	70%	70%	60%
GRUPO II		70%	70%
GRUPO III			80%

*Cumplimiento del 100% de evidencias esenciales para todos los niveles

Figura 1. Niveles de interacción en la participación comunitaria.

5. CARACTERÍSTICAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La participación comunitaria en salud se centra en los servicios sanitarios, en varios sectores y en las distintas condiciones sociales relacionadas con el estilo de vida y el estado de salud de la población. Aunque puede variar, generalmente se caracteriza por ser (10):

1. *Activa, colaboradora e inclusiva.*

La población participa en cada una de las etapas del diagnóstico enfermero (Planificación, ejecución, control y evaluación). Se incluye a todos los miembros de la comunidad buscando una representación diversa. De la misma forma, busca la colaboración no solo entre los miembros de una comunidad, si no entre diferentes comunidades y/o organizaciones.

2. *Formativa.*

Aporta conocimientos y habilidades a los miembros de la comunidad para favorecer la toma de decisiones en salud.

3. *Consciente.*

Se examinan conscientemente las necesidades de salud actuales de la población para solucionarlos.

4. *Responsable.*

Se decide como actuales mediante el respeto de los derechos humanos y responsabilidades.

5. *Deliberada, libre y organizada.*

Todas las actividades que se realizan tienen carácter voluntario, manteniendo la autonomía de la población, considerando su propia organización sin que dependa exclusivamente de los servicios sanitarios. Con ello busca el empoderamiento tanto a nivel individual como grupal de la población.

6. *Sostenida.*

Son acciones que benefician a la población y que se mantienen en el tiempo a largo plazo sin comprometer la calidad de vida de generaciones futuras ni los recursos utilizados.

7. *Transparente.*

La información que se proporciona debe de ser relevante, accesible y basada en la evidencia.

8. *Flexible y adaptable.*

Se adapta a las circunstancias actuales de la comunidad y a sus cambios a lo largo del tiempo. (10)

6. FORMAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Las formas de participación comunitaria abarcan desde las actividades más simples hasta las más complejas, formales y estructuradas. Las más comunes son (6,9,10):

1. ONGs (Organizaciones no gubernamentales). Entidades sin ánimo de lucro independientes al gobierno cuyo objetivo es abordar aquellos problemas humanitarios, sociales y/o medioambientales entre las diferentes comunidades.
2. Reuniones Comunitarias:
 - Asambleas: Reuniones organizadas por los miembros de la comunidad para abordar los temas relevantes y la toma de decisiones.
 - Foros Comunitarios: Espacios dónde los miembros de la comunidad plantean problemas y debaten y trabajan conjuntamente en la búsqueda de soluciones.
3. Grupos de trabajo:
 - Asociaciones comunitarias: A través de ellas los miembros de las distintas comunidades se organizan para liderar e impulsar procesos comunitarios
 - Grupos voluntarios: Comunidades dentro de la población que trabajan sobre uno o varios planes específicos
 - Comités y subcomités: Grupos especializados que se crean en la comunidad para afrontar problemas específicos.
4. Proyectos Colaborativos. Actividades que involucran a toda la comunidad en el avance de la calidad de vida en el área mediante la mejora de las infraestructuras, los servicios, el entorno local, etc.
5. Encuestas Comunitarias y Consultas Públicas. A través de ellas se recogen las opiniones de la comunidad para recopilar datos que ayudan a comprender las necesidades de la comunidad. Las consultas públicas se consideran procesos más formales.
6. Educación y Capacitación, como pueden ser talleres y seminarios para capacitar a la comunidad en habilidades relevantes para abordar la necesidad identificada.

7. Medios de Comunicación Comunitarios: Periódicos locales o blogs; emisoras de radio comunitarias.
8. Planes maestros y desarrollo participativos. Presupuestos participativos como son los fondos municipales que se asignan a proyectos específicos.
9. Redes sociales y plataformas en línea: Se consideran herramientas online que favorecen y facilitan la participación de los miembros de la comunidad y la colaboración con otros sectores en la toma de decisiones.

7. ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

Los órganos de participación comunitaria son los canales de interlocución que fomentan la comunicación bidireccional entre la comunidad y las administraciones públicas con el objetivo de repercusión política. En el ámbito sanitario, los más comunes son (6,9,10):

1. Consejos de Salud Comunitarios:

Grupo representante de la comunidad que estrechamente trabaja en conjunto con las autoridades planificando, implementando y evaluando las diferentes formas de participación que se han llevado a cabo.

2. Comités de Salud Locales.

Similar al anterior pero su objetivo se centra en necesidades específicas a nivel local, abordando temas como la promoción para la salud y la prevención de enfermedades mediante la concienciación de las necesidades y problemas de salud detectados. prevención de

3. Grupos de Promoción para la Salud:

Su objetivo se centra en la promoción para la salud y en la prevención de enfermedades mediante actividades educativas basadas en estilos de vida saludable.

4. Voluntarios de Salud Comunitaria:

Personas de la comunidad que proporcionan información relevante y veraz, identifican problemas de salud y facilitan el acceso a los servicios sanitarios, entre otros.

5. Asamblea de Salud Comunitaria:

Reuniones regulares en las cuales los miembros de la comunidad debaten y discuten los problemas de salud y sus posibles soluciones.

6. Mesas de trabajo temáticas:

Grupos de trabajo entre la comunidad y los profesionales sanitarios para abordar problemas específicos en salud.

7. Comités de Evaluación de Necesidades de Salud:

Grupos dentro de la comunidad lo cuales colaboran en la creación de estrategias para abordar aquellas necesidades de salud prioritarias

8. *Comités de Vigilancia Epidemiológica:*

Estos grupos se encargan de reportar las incidencias de ciertas enfermedades dentro de la comunidad, contribuyendo así a la rápida actuación ante nuevos brotes de enfermedades.

8. EJEMPLOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

1. Proyectos de Educación Comunitaria. Se trata de programas educativos para fortalecer una educación saludable en la comunidad. En sanidad, concretamente en Atención Primaria podemos destacar el programa PACAP. Este programa de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) tiene como objetivo estimular, apoyar y promover actividades comunitarias en este ámbito mediante la creación de una red de actividades comunitarias. (11)
2. Jornadas de Limpieza Comunitaria.
3. Huertos Comunitarios
4. Proyectos de embellecimiento urbano. Instalación de arte público, murales o jardines comunitarios.
5. Programas de reciclaje y gestión de residuos para promover prácticas sostenibles y reducir así el impacto medioambiental.
6. Grupos de Apoyo y Solidaridad. Grupos de ayuda para diferentes necesidades. Por ejemplo: grupos de personas mayores, grupos de madres y padres, de apoyo emocional, etc.
7. Campañas de concientización sobre salud como fiestas y eventos sobre bienestar y salud.
8. Iniciativas de Seguridad Ciudadana para implementar programas de vecindario seguro.
9. Clubes de lectura y bibliotecas comunitarias.
10. Eventos culturales y festivales para fortalecer lazos entre miembros de la comunidad.
11. Comités de vecinos para abordar temas específicos como la planificación urbana o la seguridad vial.
12. Redes sociales y plataformas online. (10,11)

9. AUTOEVALUACIÓN / REFLEXIÓN

1. ¿Cuántas conferencias internacionales existen?
 - a. 1
 - b. 5
 - c. 10
 - d. 13
2. ¿Cuál fue el objetivo de la Conferencia de Ottawa?
3. ¿Cuál fue el objetivo de la Conferencia de Adelaida?

4. Todas son características de la participación ciudadana excepto:
 - a. Activa
 - b. Desinformativa
 - c. Responsable
 - d. Flexible
5. Señala la respuesta correcta respecto a los objetivos de la Participación Comunitaria:
 - a. Implicar a la población en el estudio de sus problemas de salud y en la identificación de sus necesidades de salud más importantes.
 - b. Reforzar el papel del ciudadano como protagonista en su salud favoreciendo la disminución de su responsabilidad.
 - c. Ejecutar los servicios de salud desde una perspectiva comunitaria desde el abordaje sanitario exclusivo.
 - d. Disminuir el control social de la comunidad en la planificación y evaluación del funcionamiento de los servicios.
6. ¿Qué son los órganos de participación sanitaria en salud?
7. Describe cinco ejemplos de participación comunitaria.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018. 65 p.
2. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021. Disponible en: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpc-glclefindmkaj/https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf
3. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. La participación comunitaria en salud. 2017. (Consultado 12/12/2023). Disponible en: <https://comunidad.semfycc.es/article/la-participacion-comunitaria-en-salud>
4. Participar para ganar salud. Versión para todos los públicos de la Guía Participación Comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Madrid: MSCBS-IACS-FEMP-RECS; 2019.
5. Grupo de sanidad y biopolítica – Profesionales por el Bien Común (PBC). Observatorio de biopolítica. 2017. (Consultado el 12/12/2023). Disponible en: <https://biopolitica.net/2017/05/10/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud/>

6. Red Española de Ciudades Saludables. X Conferencia Mundial de la OMS sobre Promoción de la Salud para el Bienestar, la Equidad y el Desarrollo Sostenible. 2021. (Consultado 10/12/23). Disponible en: <https://recs.es/x-conferencia-mundial-de-la-oms-sobre-promocion-de-la-salud-para-el-bienestar-la-equidad-y-el-desarrollo-sostenible/>
7. Organización Mundial de la Salud. La 10.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud señala un camino para crear ‘sociedades del bienestar. 2021. (Consultado 11/12/23). Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies>
8. Li, J., Yang, F., Wang, J., & Tao, Y. (2022). Effect of community-based nurse-led support intervention in the reduction of HbA1c levels. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 39(6), 1318-1333. <https://doi.org/10.1111/phn.13119>
9. Pineda Granados, Franci Yanira. La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. Monitor Estratégico. 2016. (Consultado 10/12/23). Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/3.%20La-participacion-en-salud-factores-que-favorecen.pdf>
10. Carrasquilla, M. et al., Caja de Herramientas de la Participación: Crea, Juega y Participa. Cuaderno Conceptual / Caja de Herramientas de la Participación. Fichas técnicas. Madrid, Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2014, 72 p., 76 p.
11. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. ¿Qué es el PACAP? 2017. (Consultado 12/12/2023). Disponible en: <https://pacap.net/que-es-el-pacap/>