



Tercer Semestre

Salud comunitaria

31152315
32152315

Unidad 1

Bases fundamentales de
la salud comunitaria

Programa desarrollado





Contenido

<u>Unidad 1. Salud comunitaria, sus bases fundamentales</u>	<u>2</u>
<u>1.1. Concepto de salud comunitaria.....</u>	<u>4</u>
<u>1.2. Características de la salud comunitaria.....</u>	<u>7</u>
<u>1.3. Enfoques de la salud comunitaria</u>	<u>10</u>
<u>1.4. Actores de la salud comunitarias (públicos y privados)</u>	<u>11</u>
<u>1.5. Participación comunitaria.....</u>	<u>15</u>
<u>1.5.1. Conceptos y protagonistas</u>	<u>16</u>
<u>1.5.2. Modelos de la participación comunitaria</u>	<u>17</u>
<u>1.6. La salud como un derecho.....</u>	<u>19</u>
<u>Cierre de unidad</u>	<u>21</u>
<u>Fuentes de consulta</u>	<u>21</u>



Unidad 1. Bases fundamentales de la salud comunitaria

La participación comunitaria surge gracias a la necesidad de tener mejores resultados en la atención del proceso salud-enfermedad al incluir a la comunidad o las personas involucradas. Dentro de esta unidad se ahondará sobre este tema, además se revisarán los factores (económicos, sociales, políticos, entre otros) que favorecieron esta inclusión. De la misma manera se hablará a grandes rasgos sobre la forma en la que este tema se ha aplicado y desarrollado en México y en América Latina. Por último se revisarán dos tratados a nivel mundial que apoyaron de manera detonadora este proceso y a partir de los cuales se empezó a hablar de la salud como un derecho.

De esta manera tendrás los elementos para identificar los antecedentes circundantes de la salud comunitaria hasta llegar a lo que es hoy en día.

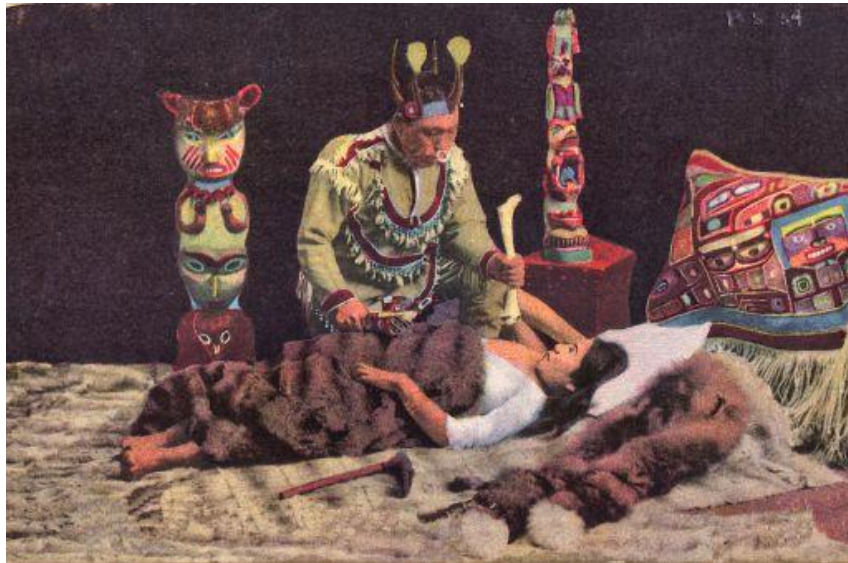


Figura 1. Chaman en una comunidad. Retomada de: <https://goo.gl/viVjyz>

La necesidad de pensar en involucrar a la comunidad en el proceso de salud-enfermedad-atención no tiene una historia reciente. Se puede identificar en la historia de la humanidad y a lo largo del tiempo la presencia de figuras encargadas de la salud de las personas que viven en grupos o comunidades, por ejemplo, los chamanes, parteras, curanderos entre otros, que compartían el saber médico en la comunidad en la que vivían para la resolución de problemas de salud. De esta forma la mayor parte de la población tenía acceso a los servicios de salud ofertados en ese momento.

Pero hacia la mitad del siglo XX se intensificó el desarrollo tecnológico, y con ello la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, por ejemplo el surgimiento de aparatos



médicos sanitarios que excluían del sistema de bienestar a la población marginada por la pobreza y la enfermedad tanto a nivel urbano como rural.

De esta forma la atención a las necesidades de salud de una comunidad fue cambiando, hasta llegar a la identificación de los factores que favorecen o restringen la intervención a una comunidad en materia de salud, que pueden enlistarse de la siguiente forma:

- La crisis de financiamiento de los sistemas de bienestar social.
- Las nuevas reformas de la política neoliberal respecto a las instituciones de salud
- El desarrollo de nuevas enfermedades que tenían que ver más con actitudes y conductas.

Asimismo, durante la década de los setentas y particularmente en los ochentas se generan en México grupos que centraron su acción en la movilización de la comunidad involucrándola en el proceso salud-enfermedad-atención. Por lo que en este sentido, se puede rastrear la aparición de los grupos de autoayuda en la década de los treinta siendo el primero el de Alcohólicos anónimos generalizándose a partir de los setenta en padecimientos tales como la diabetes, neuróticos, hipertensos, obesos, entre otros (Menéndez, 1997).

Para conocer más sobre este recorrido histórico consulta el siguiente documento:
Menéndez, E. L. (1997). *Antropología médica: espacios propios, campos de nadie*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/159/15905107.pdf>

El desarrollo exponencial del trabajo realizado en estos grupos permitió que se viera en ellos la posibilidad de desarrollar formas colectivas más amplias, apareciendo como una alternativa a las opciones de atención a la salud que estaba organizada por la comunidad y promovida por el estado.

Específicamente en América Latina esta alternativa aparece ligada al desarrollo del movimiento social en salud, al interés de la recuperación del saber popular y al impulso de los programas de atención primaria.

De esta manera surge la Salud comunitaria sumando esfuerzos a través de la Conferencia de Alma Ata (1978) que marca los principios centrales de la atención primaria como son: acceso y cobertura universales atendiendo a las necesidades; equidad en materia de salud como parte de un desarrollo orientado hacia la justicia social;



participación comunitaria en la definición y la ejecución de los programas de salud; y enfoques intersectoriales de la salud. Si bien estos principios siguen siendo válidos, se deben reinterpretar teniendo en cuenta los cambios ocurridos en el campo de la salud en los últimos años (OMS, 2003), esta Declaración de Alta Ata fue reforzada con la Carta de Ottawa en la cuales e identifican cinco áreas de acción prioritarias que son: el desarrollo de políticas públicas saludables; el impulso a entornos que favorezcan la salud; el fortalecimiento de la acción comunitaria para la salud; el desarrollo de habilidades personales, y la reorientación de los servicios de salud no solo hacia el perfil epidemiológico, sino también hacia los condicionantes del desarrollo social (Lazcano, Martínez, Charvel y Hernández, 2012), buscando mejorar las condiciones de vida de todos los individuos y familias de la comunidad en todos los ámbitos (familias, escuela, comunidad, entorno laboral, etc.) favoreciendo el desarrollo de la salud con la finalidad de proteger, promover, prevenir y atender los problemas de salud a nivel individual y en comunidad.

Tabla 1. Principales acuerdos mundiales respecto al tema de salud

Acuerdo	Año	Aportación
Conferencia Alma Ata	1978	Considera la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.
Carta de Ottawa	1986	Considera relevante la participación de la comunidad en la promoción de la salud pero además pone de relieve que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y niveles de gobierno.

Una vez que has revisado las bases fundamentales de la salud comunitaria es importante reconocer que es la salud comunitaria, sobre esto se hablará en el siguiente subtema.

1.1. Concepto de salud comunitaria

De acuerdo con Gofin y Gofin (2010) se puede definir la salud comunitaria como la salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socioeconómico-cultural y físico. La salud comunitaria incluye una concepción social de la salud, que tiene en cuenta el ámbito social en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad, teniendo en cuenta los



niveles macrosocial y microsocioal, y la participación de las comunidades, instituciones y demás sectores en la toma de decisiones (Restrepo, 2003). Se trata de un modelo de atención en el que participa la población con el objetivo de resolver las necesidades de la comunidad.



Figura 2. La Salud comunitaria. Recuperado de: [https://es.m.wikipedia.org/wiki/Archivo:US_Navy_091129-N-8960W-064_Hospital_Corpsman_Michael_Parke_gives_a_vaccine_to_Lt._Carlos_Lopez_aboard_the_aircraft_carrier_USS_Nimitz_\(CVN_68\).jpg](https://es.m.wikipedia.org/wiki/Archivo:US_Navy_091129-N-8960W-064_Hospital_Corpsman_Michael_Parke_gives_a_vaccine_to_Lt._Carlos_Lopez_aboard_the_aircraft_carrier_USS_Nimitz_(CVN_68).jpg)

Este concepto de salud comunitaria conlleva la búsqueda de la modificación de la conducta individual con dos objetivos (Tabla 2):

- Aumentar la salud y el bienestar de la comunidad Modificación de las conductas de riesgo que generan el desarrollo de enfermedades.

Tabla 2. Ejemplos de conductas que aumentan la salud vs conductas de riesgo para la salud.

Conductas que aumentan la salud y el bienestar de la comunidad	Conductas de riesgo que requieren ser modificadas
Dormir 7 u 8 horas diarias	Manejar en estado de ebriedad
Tener una dieta sana y equilibrado	Fumar
Hacer ejercicio con regularidad	Consumo de bebidas alcohólicas
Controlar el consumo de alcohol	No tener una buena dieta
Vacunarse	No dormir
Reducir el uso inapropiado de medicamentos	Hablar al celular mientras se maneja



A partir de este enfoque de salud, el estado se encuentra en la búsqueda del cambio de la conducta individual a través de intervenciones dirigidas a la comunidad mediante estrategias políticas, los medios de comunicación, entre otros.

Así, la actividad que se vuelve prioritaria es la transmisión de la información que permita a una comunidad adoptar comportamientos saludables, tales como cambiar hábitos alimenticios, hábitos de sueño o de ejercitación física para garantizar que las personas sepan qué hacer y cómo hacerlo, reafirmando y validando a través de los agentes sanitarios la información transmitida a través de la televisión, el radio y la prensa escrita.

De esta manera se busca que los individuos resignifiquen el valor del concepto de salud que tienen permitiendo que empiecen a mostrar comportamientos más saludables e incrementen la motivación hacia el autocuidado para que esto se vea reflejado en la autorresponsabilidad con respecto a su propia salud.

Así mismo cuando se habla de salud comunitaria, se habla también del desarrollo de conocimientos, habilidades y capacidades presentes en los individuos, considerando el contexto económico, social y cultural en el que se encuentran con el objetivo de fortalecer su desarrollo. Una muestra de ello es la actividad realizada por grupos o asociaciones civiles, por ejemplo la organización Puente a la Salud Comunitaria promueve la producción del amaranto para fomentar la agricultura tradicional campesina y así fortalecer la seguridad alimentaria de mujeres rurales en Oaxaca, (figura 3).



Figura 3. Programa de Conversión Social, “Juntos promoviendo la soberanía alimentaria”. Proyecto fomentar participación de mujeres en producción de amaranto (Oaxaca). Recuperado de: <http://www.uniendovoces.com/2016/01/18/en-oaxaca-fomentan-participacion-de-mujeres-en-produccion-de-amaranto/>

Entre los temas que se atienden con ayuda de la Salud comunitaria, se pueden encontrar:

- Higiene, agua y saneamiento
- Salud sexual y reproductiva



- Acceso a medicamentos
- Enfermedades crónico degenerativas
- Adicciones
- Obesidad
- Accidentes automovilísticos
- Enfermedades de transmisión sexual
- Enfermedades infecciosas, entre otros

Como cada concepto teórico, el de salud comunitaria implica además de definición ciertas características, las cuales se abordarán a continuación.

1.2. Características de la salud comunitaria

Conocer las características de la salud comunitaria permite identificarla en cualquier ámbito en el que el profesional de la salud se desempeñe y de esta forma pueda proponer estrategias como plan de acción, para dar solución los problemas de salud.

Uno de los principales rasgos o características de la salud comunitaria es el enfoque al que dirige todas sus actividades ya que se enfoca principalmente a la comunidad, además cuenta con un abordaje multisectorial, trabaja con equipos multidisciplinarios, existe participación de la comunidad y tiene modelos integrados (figura 4).

Algunas de sus características son:

1. Enfocada a la comunidad: Esta se puede decir que es la principal característica de la salud comunitaria. Tiene que ver con el hecho de que este modelo de salud va dirigido a la comunidad y sus necesidades. De esta manera, la comunidad se involucra en el proceso de salud-enfermedad-atención.
2. Abordaje multisectorial: Esta característica se refiere a que la salud comunitaria debe ser atendida a través de diferentes sectores. Es decir, para cumplir con su objetivo es necesario que los actores sociales de los diferentes sectores (ciudadanía, gobierno, privado, instituciones de salud) se vean involucrados en su proceso.
3. Equipos multidisciplinarios: Para llevarla a cabo es necesario se involucren diferentes profesionales. De esta forma se pueden encontrar en su desarrollo psicólogos, médicos, oftalmólogos, antropólogos, sociólogos, trabajadores sociales, entre otros.



4. Participación de la comunidad: Siendo la salud comunitaria el resultado del trabajo de los integrantes de la comunidad, esta característica se vuelve necesaria para su desarrollo. La participación comunitaria consiste en la realización de una serie de actividades previamente diseñadas, planificadas y llevadas a cabo por los miembros de la comunidad.
5. Modelos integrados: Se refiere a la prevención, promoción y atención en salud que permiten que la salud comunitaria se lleve a cabo y cumpla con su objetivo.

Para una mejor comprensión estos conceptos se desarrollan en la Unidad 2.



Figura 4. Características de la salud comunitaria.

Dentro de las características de la salud comunitaria se describen a qué población está dirigida, quién debe darle atención, las acciones que deben ser realizadas y quienes son los actores principales, estas características contribuyen a distinguir la salud comunitaria de cualquier otro modelo de atención.





1.3. Enfoques de la salud comunitaria

Entre los enfoques más influyentes que pueden ser utilizados por el modelo de salud comunitaria para la explicación del proceso de salud-enfermedad-atención se encuentran: el enfoque de **determinantes de salud**, el **enfoque de competencia** y el **enfoque conductual** (estilo de vida). El objetivo de revisarlos tiene que ver con la pertinencia de saber en qué momento se puede utilizar uno u otro según las cualidades, recursos, actividades, etc. de la comunidad en la que se trabaje.

De esta manera el **enfoque de determinantes de la salud** (Figura 4) sostiene que objetivo de la salud comunitaria (mantenimiento y mejora de la salud de la comunidad) va más allá de la atención de las enfermedades identificadas. El mantenimiento y la mejora de la salud de la comunidad son atribuibles a políticas e intervenciones externas al sistema sanitario, por lo que desde este enfoque, se toman en cuenta en el proceso de salud comunitaria factores tales como vivienda, edad y sexo de los individuos, estilos de vida, redes sociales y comunitarias, ambiente laboral, vivienda, entre otros como factores determinantes en las intervenciones, diseño y planeación de programas de intervención para la resolución de problemas de salud (Moiso, 2007).

A esto se pueden añadir los factores políticos, junto a las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales (Pasarin, Forcada, Montaner, De Peray y Gofin, 2010).

Así en este enfoque conviven factores políticos, condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales.



Figura 5. Enfoque de determinantes de la salud (Dahlgren y Whitehead, 1992, citado Pasarin, y col., 2010).



Por otro lado, el **enfoque de competencia** pretende socializar el conocimiento científico en la comunidad para desarrollar habilidades y saberes en los ciudadanos con el objetivo de que estos sean más competentes en la vigilancia y el cuidado de la salud.

La adopción de este enfoque supone redefinir los roles de los individuos de la comunidad de la siguiente forma (Reyes, Grau y Prendes, 1999):

- **Técnico:** Se trata de un asesor de la comunidad, este utiliza un lenguaje entendible y técnicas pedagógicas. Discute con la comunidad las medidas y planes de salud. Busca al usuario para prevenir y promover. Toma en cuenta costumbres y tradiciones de la comunidad al proponer intervenciones.
- **Usuario:** Se trata de la persona capaz de aprender, opinar y sugerir. Desarrolla competencia de autovigilancia y cuidado. Participa en las actividades sugeridas por el técnico.

Desde este enfoque se busca facilitar e impulsar el protagonismo de la comunidad, promoviendo el intercambio de información entre los actores sociales a través de talleres, pláticas informativas, discusiones, entre otros.

Por último el **enfoque conductual /estilo de vida** se centra en la modificación del estilo de vida de las personas con el fin de evitar enfermedades. La esencia de este enfoque se basa en la prevención de la enfermedad de las personas. Quienes trabajan desde este enfoque centran su atención en la educación para la salud utilizando la información y la persuasión buscando fomentar la adopción de estrategias que promuevan la capacidad de elegir un estilo de vida más funcional y libre en la medida de lo posible de enfermedades.

1.4. Actores de la salud comunitarias (públicos y privados)

Para construir la salud comunitaria es necesaria la participación de diferentes actores.

Antes de iniciar el tema revisemos la definición de Bourdieu (1993), citado por Dabas, Casserly y Lemus (2010) que menciona que el "actor no es aquél que actúa conforme al lugar que ocupa en la organización social, sino el que modifica el entorno material y sobre todo social en el que está colocado al transformar la división del trabajo, los modos de decisión, las relaciones de dominación y las orientaciones culturales, puede tratarse de una persona o de un colectivo"



El objetivo de conocer los actores que intervienen en la salud comunitaria es hacer consciencia de que la salud es un proceso que se lleva a cabo a partir del trabajo de muchas personas que se ven involucradas en dicho proceso.

Entre los actores que pueden identificarse están los actores **públicos** y los **privados**.

Los actores públicos se definen como aquellos individuos o personas que se rigen en el ámbito político-administrativo. Serán aquellos que gestionen o representen situaciones públicas. Están representados por políticos o por sus representantes.

Entre los **actores públicos** pueden ser clasificados en 5 niveles: Gobierno, Instituciones de gobierno, Organizaciones, Instituciones locales y comunidad.

En lo que respecta al **gobierno**, aquí se consideran aquellas personas que toman decisiones que inciden en la población en materia de educación salud y otros temas (presidente de la nación, alcaldes, presidentes municipales, senadores, diputados, entre otros). Entre estas decisiones se pueden encontrar el desarrollo de políticas públicas tales como poner en marcha Cruzadas nacionales, crear seguros de vida o contra el desempleo, desarrollo de programas para personas de la tercera edad, impulsar programas nacionales, promover iniciativas de reformas, presentar decretos, entre otros.

En relación a las **instituciones de gobierno** se tomarán en cuenta aquellas personas que participan a nivel directivo, mandos medios y operativos en lugares tales como la Secretaría de salud, Secretaría de medio ambiente y recursos naturales, Secretaría de educación pública, Secretaría de desarrollo social, Programa de desarrollo humano Oportunidades, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto nacional de desarrollo, entre otros. Desde aquí se establecerán las reglas y normas que se deberán seguir para garantizar los componentes ideales de una entidad por ejemplo el Programa sectorial de salud.

De la misma manera las **Organizaciones** son todas aquellas integradas a nivel comunidad que puedan apoyar a las funciones de la salud comunitaria. Por lo que se pueden enumerar Club deportivos, Organizaciones comunitarias, Iglesia, Familia, Gobierno regional, Gobierno municipal, entre otras diversas asociaciones. Sus funciones se centran en el apoyo a la mejora de la salud de la comunidad así como a transmitir información importante respecto al proceso de Salud comunitaria.



Figura 6. Ejemplo de organizaciones relacionadas con la salud comunitaria.

Como **Instituciones locales** se definirán a todas aquellas instituciones organizadas con base a reglas y que funcionan a nivel comunitario controladas por los miembros de ésta. Entre las instituciones locales se pueden ubicar instituciones educativas, instituciones religiosas, instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, Centros de salud, hospitales psiquiátricos), asilos, cárceles, orfanatos, entre otros.

Por último, la **comunidad** será entendida como el conjunto de personas que viven juntas bajo ciertas reglas o que tienen los mismos intereses. La comunidad es el grupo social del que forma parte un individuo. Entre los grupos sociales que se distinguen como comunidad están la comunidad judía, la comunidad académica, un determinado país, un barrio, una colonia, una delegación, entre otros. La comunidad se encarga de cuidar que los intereses del grupo se cumplan así como las reglas establecidas.

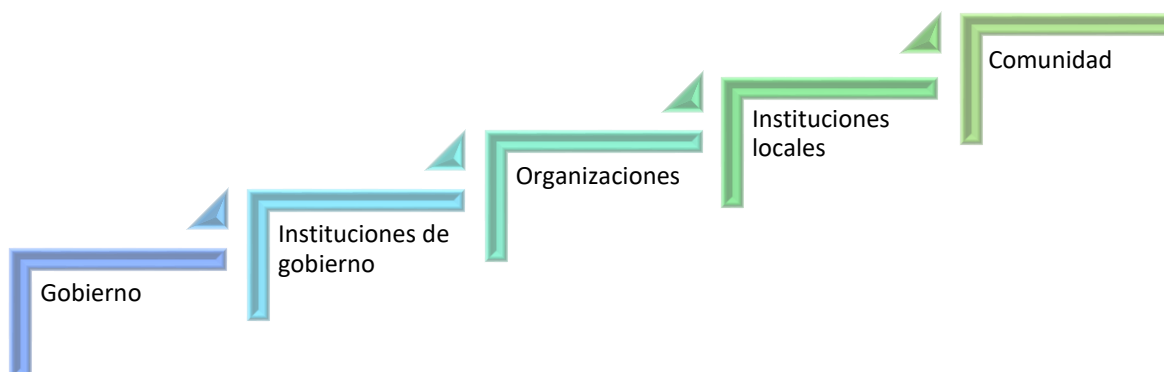


Figura 7. Actores públicos de la salud comunitaria. UnADM



Por otro lado, los **actores privados** pueden ser personas físicas, jurídicas u organizaciones que agrupan a estas personas. Los actores privados regularmente pertenecen a empresas y organizaciones cuya propiedad no es estatal. Dichas empresas tienen un fin lucrativo ya que su finalidad es generar ganancias.

Entre los actores privados se pueden encontrar Instituciones de financiamiento, Instituciones bancarias, Instituciones de salud, Instituciones educativas como ejemplo de ellas se pueden encontrar: Financiadoras, Hospitales médicos o psiquiátricos, Laboratorio de análisis clínicos, Aseguradoras, entre otras.



Figura 8. Actores privados. UnADM



Por lo que entre los actores ya sean públicos o privados se pueden identificar a los miembros de la familia, a los integrantes de una colonia, a los habitantes de un barrio, los medios de comunicación, la sociedad civil, los sindicatos, los integrantes de los hospitales, escuelas, centros comunitarios, los distintos niveles de gobierno entre otros.

En este sentido se puede decir que son los actores sociales los que interactúan buscando desarrollar habilidades y recursos para cumplir con los objetivos establecidos en el Modelo de salud comunitaria (mejorar la competencia en la vigilancia y el cuidado de la salud en comunidad). Para este fin dichos actores pueden apoyarse de campañas, talleres y programas (Reyes y col., 1999).

1.5. Participación comunitaria

Este concepto se desarrolla a partir de las propuestas referidas al sector salud en la década de los años setenta y fue ampliamente elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la estrategia de “Salud para todos” que pretendía reducir la desigualdad, mejorar el nivel de salud y la calidad de vida para hacer frente a la crisis económica y de efectividad en la que estaban sumidos los sistemas sanitarios tradicionales en ese momento.

La participación comunitaria en salud se refiere a la colaboración por parte de la población para conservar la salud en específico en el primer nivel de atención, sobretodo en la promoción de la salud.

La participación comunitaria es un proceso de movilización de una unidad social (conjunto de personas) con el fin de resolver los problemas en materia de salud mediante mecanismo o estrategias de promoción de la salud.

Por lo que a lo largo de este apartado se revisará el concepto, de participación comunitaria, sus objetivos, sus principales protagonistas y modelos a partir de los cuales se trabaja esta participación.



1.5.1. Conceptos y protagonistas

Se entiende por participación comunitaria (individual o colectiva) la toma de conciencia colectiva sobre factores que detiene o frenan el crecimiento, esto a través de la reflexión crítica y la promoción de formas asociativas y organizativas que facilita el bien común, en las actividades del cuidado y mejora de la salud, considerando que las actitudes y las creencias están estrechamente relacionados con las decisiones de las persona respecto a su salud (Gofin y Gofin, 2007).

Se trata de un proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su bienestar y el del grupo, y contribuyendo consciente y constructivamente al proceso de desarrollo (Figueroa, 2002).

Mientras que la intervención comunitaria es el conjunto de acciones destinadas a promover el desarrollo de una comunidad a través de la participación activa de ésta en la transformación de su propia realidad. Por tanto, pretende la capacitación y el fortalecimiento de la comunidad, favoreciendo su autogestión para su propia transformación y la de su ambiente. Dando a la comunidad capacidad de decisión y de acción se favorece su fortalecimiento como espacio preventivo (INDES, 2000, citado por Mori-Sánchez, 2011).

Se define al mismo tiempo una estrategia de intervención sanitaria como aquella cuyo objetivo es la mejora de la salud de una comunidad definida. En este sentido, los servicios sanitarios toman un papel relevante ya que corresponden al primer nivel de atención, es decir la atención primaria y por ende la más cercana a la comunidad (Pasarin y *col.*, 2010).

A través de la salud comunitaria se da voz y voto a los ciudadanos mediante su incorporación a los procesos productivos como coproductores de salud. Es necesario subrayar que la participación comunitaria es esencial para identificar y abordar los principales determinantes de la salud.

Una consideración importante respecto a la participación comunitaria es que de acuerdo con Sánchez, (1991) citado por Mori-Sánchez (2008) "este proceso depende del ámbito y nivel en la que se realice la intervención (educación, salud mental, región, organización, entre otros) así como de las estrategias usadas y los objetivos establecidos.

Algunas de las condiciones necesarias para llevar a cabo la participación comunitaria con éxito son las siguientes: la comunidad debe estar organizada y dispuesta a realizar acciones comunes, esta participación debe ser voluntaria y sin ningún tipo de presión, debe haber coordinación entre los diferentes actores (públicos o privados), debe haber información respecto a los roles y las funciones de cada miembro de la comunidad.

"Entre los efectos de la participación comunitaria a tomar en cuenta están el desarrollo del sentido de autosuficiencia de la comunidad, identificación más precisa y rápida de las



necesidades y prioridades de atención, abaratamiento de los costos de servicio, mejor rendimiento, aprovechamiento del saber local, cohesión local, entre otros” (APHA, 1983).

1.5.2. Modelos de la participación comunitaria

El trabajo de participación comunitaria no es algo que se haga de manera espontánea. Implica un proceso y una metodología para una mejor planeación. De esta forma se pueden encontrar diferentes Modelos de participación comunitaria los cuales vincularán en mayor o menor medida aspectos económicos, culturales, políticos y sociales considerándolos para su ejecución. Su objetivo es lograr una sociedad de seres humanos más informados, saludables, cultos, solidarios y capaces en el cuidado y promoción de la salud.

No obstante será responsabilidad de cada comunidad buscar y encontrar soluciones a sus propias problemáticas por lo que para esto será importante considerar además los antecedentes históricos y su realidad actual. Las características de la comunidad así como sus valores y costumbres.

Es importante considerar que cada modelo debe ser implementado considerando las necesidades, condiciones y demás condiciones de cada comunidad.

Los modelos de participación comunitaria en materia de salud se dividen en tres.



Figura 7. Modelos de participación ciudadana en salud



Modelo enfocado a los voluntarios comunitarios en salud

Se entiende como voluntario en salud a aquella persona que trabaja al servicio de la salud de una comunidad determinada por decisión propia y libre. La característica más importante de esta persona es que no cobra por sus servicios haciéndolo de manera gratuita y altruista.

Entre las actividades que puede realizar el voluntario comunitario en salud está el conseguir fondos, conseguir colaboraciones, concientiza a los otros individuos miembros de la comunidad sobre la temática de salud que les incumbe.

Puede conocerseles de diferente manera según la comunidad a la que pertenezcan. En algunos lugares pueden ser llamados líderes, en otros promotores, en otros responsables o bien se les puede conocer también como auxiliares voluntarios de salud.

Su importancia radica en que su labor permite el desarrollo de comunidades que en ocasiones no tienen acceso a recursos federales o locales para la implementación y seguimiento de programas que estén enfocados al bienestar de sus comunidades. De esta forma, su participación se vuelve indispensable para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud de la comunidad a la que pertenece.

Su papel ha sido reconocido y valorado por diferentes instancias internacionales entre las que destacan la OMS (2004) y la Organización Panamericana para la Salud OPS, resaltando su actividad como una piedra angular de cualquier política de salud, permitiendo con su labor dar respuesta a las necesidades de la comunidad de esta manera se reconoce a la comunidad no solo como receptor de las acciones de salud sino también como el emisor.

Modelo enfocado a los consejos locales de salud

Se puede entender como un Consejo Local de Salud como la entidad establecida por personas pertenecientes a una comunidad, por personal local de salud, por representantes comunitarios o bien por autoridades locales de gobierno. Se encarga del desarrollo de planes, proyectos y servicios comunitarios enfocados a la salud. Entre otras actividades que pueden realizar esta la consultoría o asesoría acerca de las principales problemáticas de salud sin embargo éstas también variarán según las realidades locales, su composición y las características que se tengan.

A estos también se les conocen de diferentes maneras según la comunidad a la que pertenezcan. Entre los nombres más comunes están comité de salud, consejo comunitario o consejos locales.

A través de estos se puede conocer y analizar los problemas de salud de la comunidad, gestionar recursos para su tratamiento, contribución al cumplimiento a los programas de salud. Puede encontrarse a nivel de consultorios, hospitales y centros de salud.



Modelo enfocado en brigadas de salud

Se puede definir el concepto de brigada de salud como el conjunto de personas reunidas para realizar una actividad específica en el tema de salud. Entre sus principales actividades está llevar todos los servicios de promoción y prevención a los miembros de una comunidad determinada.

Entre los servicios se pueden encontrar aquellos relacionados con la higiene oral, vacunación, riesgo cardiovascular, valoraciones psicológicas, charlas sobre nutrición, obesidad, hipertensión, violencia familiar, desarrollo y crecimiento del niño sano, medicina general, entre otros.

“Las brigadas de salud constituyen otra de las modalidades en que la comunidad puede insertarse de manera activa en las acciones dirigidas al cuidado y promoción de la salud. Sin embargo, en estas no siempre se encuentra la participación de la comunidad ya que en ocasiones pueden encontrarse a trabajadores de la salud o estudiantes con el fin de actuar de una manera más eficaz.” (Hevia, 1977).

A que ya conoces diferentes modelos de participación comunitaria, los cuales en general tiene el mismo objetivo que es la participar en acciones dirigidas al cuidado y promoción de la salud, revisemos el tema de la salud como un derecho.

1.6. La salud como un derecho

En la actualidad se puede afirmar que la salud es un derecho, para ello se llevó un largo camino. Entre los intentos que se han realizado para garantizar la salud a todos los individuos podemos ubicar cuatro: La constitución de la OMS respecto al tema de salud, La Conferencia internacional de atención primaria de salud (Alma Ata el día 12 de septiembre de 1978), la Primer Conferencia Mundial de la Salud (Carta de Ottawa, 1986) y la Sexta conferencia de promoción de la salud (Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, 2005).

Por su lado la OMS establece por medio de su Constitución que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

Este derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Esto significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. Estas condiciones incluyen las disponibilidades garantizadas de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos (OMS, 2015).



En este sentido, la OMS establece que para garantizar lo establecido en materia de salud, se deben cumplir con cuatro elementos:

1. **Disponibilidad:** Se refiere a que se debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
2. **Accesibilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios públicos de salud deberán ser accesibles. Este punto se refiere a la no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información.
3. **Aceptabilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios públicos de salud deberán ser respetuosos, apropiados y sensibles ante sus usuarios.
4. **Calidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados y de buena calidad.



Figura 9. Derecho a la salud. Principales elementos.

De esta forma se puede concluir que la OMS determina que toda persona tiene derecho a tener acceso a un sistema de salud en el que tenga la oportunidad de obtener un grado de bienestar máximo que lo ayude a llevar una vida plena.



Así mismo las políticas y programas que todo país desarrolle deben estar el pro del bienestar de las personas y considerar los cuatro elementos de un sistema de salud.

Cierre de unidad

Por medio de esta unidad lograste ampliar tu panorama respecto a lo que involucra el proceso de Salud comunitaria.

Al inicio revisaste el concepto de salud comunitaria, sus antecedentes y sus características. Partiendo de esta base se pudo aprender los diferentes modelos desde los que la salud comunitaria trabaja para atender el proceso de enfermedad-salud-atención; de igual forma revisaste el concepto de participación comunitaria y la relación entre estos dos conceptos y los modelos que existen en cuanto a la participación. La revisión de los diferentes actores te permite diferenciar entre los actores públicos y privados revisando la manera en la que participa cada uno de ellos en el desarrollo de la salud comunitaria; y por último reconocer la salud como un derecho de todo ser humano.

Recuerda que la salud es un derecho de todos y que cada país tiene la obligación de asegurar el ofrecer servicios de salud que cumplan y cubran las necesidades de atención de los pacientes.

Fuentes de consulta

APHA. (1983). *Community participation in primary health care*. Washington DC: American Public Health Association.

Figueroa, P. D. (2002, abril). Participación comunitaria y salud. *Revista de la facultad de Salud pública y nutrición* 3(2). México: Nuevo León.

Gofin J, y Gofin R. (2010). *Essentials of global community health*. Sudbury, MA: Jones & Barlett Learning; p. 269.

Hevia, P. (1977). Modelos de participación de la comunidad en los programas de salud. *Educación médica y salud*, 11(3): 258-276. Ciudad de Panamá, Panamá.

Lazcano, P. E., Martínez, M. O. G., Charvel, S. y Hernández, A. M. (2012). Funciones esenciales de la salud pública. En: *Salud pública. Teoría y práctica*. Hernández, A. M y Lazcano, P. E. México. Instituto nacional de salud pública. Manual moderno.



Menéndez, E. (1997, febrero). *Antropología médica: espacios propios, campos de nadie*. Nueva Antropología, Vol. XV, núm. 51, pp. 83-103. Asociación Nueva Antropología A.C. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/159/15905107.pdf>

Mori-Sanchez, M. P. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *LIBERABIT. Lima (Perú)*. 14(14): 81-90. Recuperado de 14 de junio de 2016, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100010

Mori-Sanchez, M. P. (2011). Los programas de intervención comunitaria desde la perspectiva de sus actores. *LIBERABIT. Lima (Perú)* 17(1): 59-66. Recuperado de 14 de junio de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000100007&lng=pt&tlng=es.

Dabas, E., Casserly, P., Lemus. J. (2010). *Salud y redes, Modulo 9*; Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/9-modulo-pssyc.pdf>

Moiso, A. (2007). Determinantes de Salud. En: Barragán, H. L. Director. *Fundamentos de Salud pública* (pp. 161-189). Argentina. Universidad Nacional de la Plata. Recuperado de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo___pdf?sequence=4

OMS. (2004). Informe sobre la salud en el mundo, cambiemos el rumbo de la historia. OMS. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1

OMS. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Resumen analítico del Informe final. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS.

OMS. (2015). Salud y derechos humanos. *Nota descriptiva N°323* Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Pasarín, M. I., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J. L. y Gofin, J. (2010). *Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública*. Informe SESPAS 2010. *Gaceta sanitaria* 24(1): 23-27. Barcelona: España. Recuperado de: <http://www.gacetasanitaria.org/es/salud-comunitaria-una-integracion-las/articulo/S0213911110001949/>

Restrepo, V. O. (2003). Salud comunitaria: ¿concepto, realidad, sueño o utopía? *Avances en Enfermería*. 21(1):49–61.

Reyes, W. G., Grau, A. J., Prendes, L. M C. (1999 marzo-abril). ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? *Revista Cubana Medicina General Integral*; 15(2):176-183: Habana Cuba. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi10299.pdf