

## **SALUD COMUNITARIA:**

ALGUNOS APORTES PARA PENSAR  
CON LAS INICIATIVAS BARRIALES

## PRESENTACIÓN

En 2020 el Programa de Intervención Comunitaria (PIC) de Universidad de las Américas abordó el importante desafío de mantener el vínculo con las comunidades y barrios en los que está presente, para responder a las nuevas situaciones ocurridas por la pandemia y sus consecuencias, entre ellas, la cuarentena y las medidas de distanciamiento social.

Los equipos de campus del Programa se dieron a la tarea de comunicarse con dirigentes de los territorios, levantar información relativa a su condición de vida y cómo estaban enfrentando la pandemia en temas de trabajo, salud- enfermedad, convivencia familiar, estudios y cuidados de niños, niñas, adultos mayores etc. Este levantamiento de información realizada por los facilitadores territoriales en todos los barrios en los que está inserto el Programa, no sólo reforzó el vínculo de la Universidad con los actores sociales y dirigentes comunitarios, sino también ofreció la oportunidad de fortalecer el compromiso comunitario declarado en el programa, orientado a dar respuestas oportunas a las nuevas situaciones que estaban enfrentando las comunidades, familias y personas, producto de las medidas sanitarias.

La crisis sanitaria vivida desde marzo de 2020 en nuestro país, ocurre en un contexto social y político denominado estallido social o el despertar social del país, el que se puede reconocer como un espacio de organización social diverso, que convoca a grandes mayorías en la búsqueda de vivir en un país que se organiza bajo los principios de dignidad de todas las personas, equidad en los cuidados y en el acceso a la protección integral de las personas en salud, para formar parte de una sociedad que reconoce la diversidad, que es solidaria y está basada en el respeto a los derechos humanos. Estos principios y propuestas de apoyo mutuo y de solidaridad surgen y se materializan en la práctica cotidiana, ocurren en la vida diaria de los barrios y territorios donde las personas viven. Cabe mencionar lo afín que ha sido esta experiencia territorial con los valores declarados por UDLA, de Compromiso Comunitario, Responsabilidad Ciudadana y Ética Profesional, lo que da coherencia al modelo curricular del programa con el vínculo de establecer estudiantes y docentes, con los barrios y dirigentes sociales.

Así es como surge en los dirigentes de los barrios en los que trabajan, la preocupación por las personas enfermas de covid-19, por el cuidado de los niños que están en casas pequeñas o que quedan encargados, por las personas mayores solas y con pocos recursos para mantener comunicación en la distancia física, etc. En este complejo panorama social y sanitario, lo que aqueja angustiosamente a las comunidades y dirigentes, es la falta de ingresos mínimos para comer. Así es como se crean las ollas comunes y grupos de apoyo comunitario en prácticamente todos los barrios en los que está inserto el programa en las comunas de la región Metropolitana, Viña del Mar y Concepción.

El equipo del Programa Intervención Comunitaria (PIC), identifica esta realidad y la presenta a los docentes, estudiantes y autoridades de la Universidad, dando lugar a un compromiso central para cooperar con los dirigentes y redes sociales locales, que levantan estrategias solidarias y comunitarias de alimentación

colectiva, además de las múltiples actividades de acompañamiento entre vecinas, apoyándose en el cuidado y en acciones de protección frente a la enfermedad.

Los estudiantes se vinculan con las organizaciones de los barrios y territorios a través de sus asignaturas del Programa Intervención Comunitaria (LIC) y guiados por el equipo del Campus y sus docentes, implementan acciones dirigidas a apoyar el trabajo en las comunidades, así mismo el programa IC, realiza encuentros virtuales de intercambio de experiencias con dirigentes. En este proceso de vinculación participaron las direcciones de todas las carreras que implementan en sus currículums las asignaturas del Programa, entre ellas la escuela de Nutrición y Dietética, Terapia Ocupacional, Kinesiología y Fonoaudiología. También las escuelas de Enfermería, Psicología y Trabajo Social participan en iniciativas similares realizando apoyo emocional a adultos mayores, niños, niñas y de contención emocional.

Como parte del vínculo y compromiso comunitarios, se constituye un equipo interdisciplinario en la Universidad, orientado a responder una solicitud comunal de apoyo al trabajo de las ollas comunes, a la que se suman Directores de Carreras, docentes y estudiantes, logrando que la presencia de la Universidad sea aporte al trabajo que están realizando las comunidades.

Se crean guías que entregan información sanitaria sencilla sobre los cuidados alimentarios, incluyendo recetas para cocinar a 100 personas, técnicas de aseo, distribución y cuidados para evitar contaminación y protegerse del COVID-19.

Toda esta experiencia de vínculo con las comunidades y trabajo permanente con los actores comunitarios, favorece un diálogo entre dirigentes de diferentes territorios con docentes y estudiantes, creando espacios de aprendizaje colectivo basado en la experiencia y praxis diaria.

El departamento de Salud comunitaria responde a este compromiso organizando una escuela/taller de actualización docente en Salud comunitaria y elabora este documento de apoyo académico, con la finalidad de compartir criterios sanitarios y orientar la práctica docente para fortalecer el encuentro dialógico, horizontal de los estudiantes con los actores sociales, reforzando el pensamiento crítico y la valoración de la diversidad de saberes en la práctica de los profesionales de la salud que se insertan en realidades de vida complejas.

Este documento de trabajo contribuye a la formación en salud centrada en el modelo de Salud comunitaria que se vincula con la realidad local, respeta los saberes locales y entra en diálogo con las personas para formar parte en la co-construcción de mejores condiciones de salud de las personas y comunidades.

**María Isabel de Ferrari**

Directora del Programa de Intervención Comunitaria

# CONTENIDO

Presentación / 2

¿Cómo promover el diálogo entre comunidades organizadas y espacios académicos en salud comunitaria? / 5

Algunos conceptos para conversar entre vecinas, estudiantes y docentes / 6

1. Determinantes sociales de las desigualdades en salud / 6

2. Necesidades Humanas Fundamentales / 6

3. Objetivos de Desarrollo Sostenible / 12

4. Salud Comunitaria y Acción Comunitaria para la Salud / 13

5. Promoción de salud / 14

6. Resiliencia Comunitaria / 14

Herramientas para promover el diálogo y trabajo en equipo / 16

Bibliografía / 18

## ¿CÓMO PROMOVER EL DIÁLOGO ENTRE COMUNIDADES ORGANIZADAS Y ESPACIOS ACADÉMICOS EN SALUD COMUNITARIA?

Desde hace décadas se viene generando evidencia nacional e internacional sobre la implicancia de los Determinantes Sociales de la Salud sobre la calidad de vida de las personas, familias y comunidades (Vidal et al., 2014). Esto ha permitido que las estrategias desde la salud pública vayan más allá de las personas y comunidades, implicando un análisis de las causas sociales y estructurales que permiten conocer estos determinantes, generar insumos que puedan aportar elementos necesarios en la formulación de políticas públicas y programas con un mayor impacto y generación de conductas saludables en la población (Minsal, 2015). Sumado a esto, el reimpulso de la salud en todas las políticas que vienen desde el origen de la Carta de Ottawa, permite dar cuenta de los factores que determinan la salud y equidad de la población, y también permite diseñar intervenciones efectivas que tendrían un efecto en cada una de las etapas de la vida de las personas, es decir, tener un efecto en la salud y calidad de vida de las comunidades. Desde esta perspectiva, los sistemas de salud, y específicamente desde el primer nivel de atención, han promovido modalidades de abordaje de las problemáticas de la salud colectiva desde la salud pública, generando desde el sistema sanitario distintas recomendaciones sobre los estilos de vida saludables, la promoción de cuidado individual (autocuidado), la necesidad de disminuir los factores de riesgo de las personas que habitan o trabajan en un barrio, entre tantas otras. Esta modalidad ha sido habitualmente vertical, de carácter normativo-centralizada y con escaso nivel de participación de quienes se beneficiarían de estas prácticas sanitarias. Ello, como si se tratase de un conjunto de normativas aplicables, consolidadas por un determinado saber científico –prácticamente indiscutible– y con escasa trascendencia de lo que las comunidades entendían por salud, en su diversidad, en sus costumbres y en sus decisiones. De la falta de comprensión y de diálogo entre las comunidades científicas y las comunidades territoriales, de la falta flexibilidad del vínculo entre calidad de vida y salud, desde el modelo clínico-restrictivo de la salud (Saforcada,2010).

Los graves problemas de salud pública que se han presentado en la última década, dejan de manifiesto que los cambios no se generan por contar con un diagnóstico epidemiológico apropiado o un conjunto de guías clínicas o sanitarias. Ello puede visualizarse en la dificultad de abordar obesidad infantil, en las cifras de jóvenes viviendo con VIH o en la tasa de suicidio en adolescentes, entre otros temas relevantes para la salud colectiva.

Por ello, la situación social y sanitaria que atravesamos en el continente, y en Chile particularmente, nos permite reflexionar sobre algunos tópicos que resultan fundamentales desde la mirada de la Salud Comunitaria.

En los meses de pandemia, el bienestar humano y el bienestar social de las comunidades se han visto severamente afectados y las comunidades organizadas han respondido con capacidades que han ido desarrollando durante muchas décadas: es lo que se entiende por resiliencia comunitaria.

Las comunidades, a través de relatos y de diversos tipos de registros, rememoran otros tiempos de crisis social y ponen en juego aprendizajes colectivos que permiten afrontar condiciones críticas que determinan el nivel de buen vivir y de bienestar alcanzado progresivamente.

Valores arraigados tales como la solidaridad entre vecinas y vecinos, el apoyo mutuo y el sociocuidado en los barrios y familias, afloran en nuevas configuraciones de vínculos y en organizaciones que renacen.

Podemos pensar entonces que –más allá de las posibilidades y los riesgos de enfermar por COVID-19 queda en evidencia la determinación social de la salud y la necesidad de un abordaje integral, multiactoral e intersectorial. Los efectos de la crisis no solo afectan a las personas y las familias que se han visto perjudicadas por COVID 19, sino por los efectos sociales y culturales que afectan a sus comunidades de pertenencia.

Entendemos que la participación ciudadana, social y comunitaria son factores positivos para enfrentar tiempos difíciles: la participación es un derecho humano, es una necesidad humana fundamental y es un medio para alcanzar fines comunes. Sin participación comunitaria todo sería mucho más difícil. Pero para poder reflexionar en conjunto, es necesario visitar algunos conceptos.

Antes de abordar “el cómo” podemos generar un diálogo fecundo, es de nuestro interés compartir algunos conceptos desde los cuales sustentamos nuestro planteo.

## **ALGUNOS CONCEPTOS PARA CONVERSAR ENTRE VECINAS, ESTUDIANTES Y DOCENTES**

### **1. DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD**

La perspectiva de los determinantes sociales de las desigualdades en salud, tienen una extensa historia. La salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de todas aquellas condiciones en las que viven las personas, de sus trayectorias personales y sociales a lo largo de la vida (OMS, 2006). Por otra parte, debemos considerar que estos factores se encuentran conectados entre sí e influenciados por la estructura de la sociedad, políticas sociales, distribución de la riqueza, relaciones de poder que van generando desigualdades o inequidades en salud. Este último concepto se puede entender como “aquellas diferencias sistemáticas en el nivel de salud de los individuos que son consideradas innecesarias, injustas y evitables. Un estudio publicado recientemente, destaca las desigualdades en la esperanza de vida al nacer en mujeres, con casi 18 años de diferencia en comunas de mayor (sector oriente) y menor ingreso (sector poniente de Santiago) y esta diferencia que es solo de 8 años para los hombres. Además, Santiago es la ciudad que presenta una relación más marcada entre el nivel socioeconómico de las comunas (nivel educacional) y la esperanza de vida de su población. (Bilal, et al., 2019).

Estos antecedentes contribuyen a tener una mirada crítica sobre aspectos mucho más allá de los factores de riesgo o estilos de vida poco saludables, sino que plantea una visión holística de la problemática de salud

y la influencia de las desigualdades sociales en la salud poblacional. En agosto de 2008, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), entregó su informe final luego de varios años de elaboración, el cual se tituló “Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud”.

*Los Determinantes Sociales de la Salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.*

*Los Determinantes Sociales de la Salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.*

Imagen 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales de la salud.



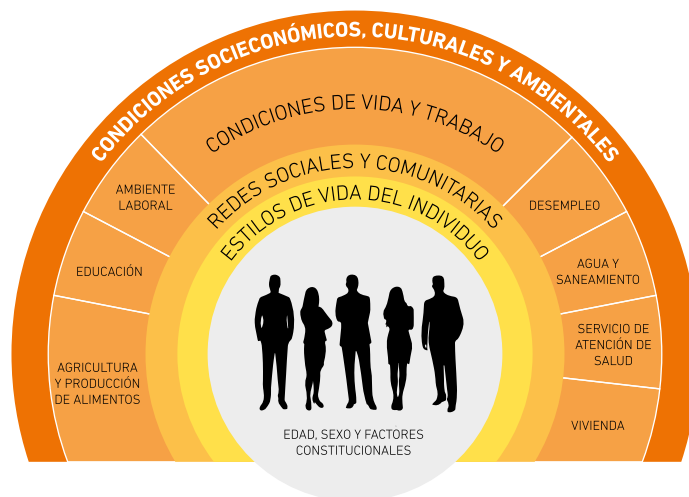
Fuente: Comisión para reducir las desigualdades en salud en España 2010.

Tal como lo expresan dos académicos con amplia trayectoria en el campo de la salud pública (Artaza y Méndez, 2020):

“Chile es un país con un fuerte determinismo social de la calidad de vida de las personas y una predominancia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Los pendientes más relevantes son, entre otros, construir un nuevo contrato social en torno a una comprensión común del derecho a la salud, mejorar las capacidades del estado chileno para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud, mancomunar fondos para mejorar la equidad en el financiamiento, aumentar el gasto público y su calidad y eficiencia, pasar de una

participación social solo como mecanismo formal de control social, a una instancia que permita una real inclusión, autonomía y diálogo, y cambiar el paradigma de los prestadores que siguen organizados con base en "problemas y patologías", hacia uno efectivamente centrado en necesidades integrales de personas y sus comunidades".

Imagen 2. Modelo Socioeconómico de Salud de Dalgren y Whitehead 2006.



Ahora bien, si visualizamos con atención la primera figura, podremos comprender cómo un problema de salud, cuyo origen es una infección viral, afecta aspectos que resultan imprescindibles en la salud de las poblaciones. Y es que en realidad hay condicionantes sociales que preceden a las consecuencias como lo son las políticas públicas, económicas y sociales. Y también cómo operan los ejes de la desigualdad social. Podremos, a su vez, observar el lugar que ocupa la atención en salud: no es lo central, por más que sea muy importante.

Y si observamos la segunda imagen, se pueden evidenciar los determinantes estructurados en capas jerárquicas, partiendo desde el interior al exterior, el núcleo central donde se encuentran los factores biológicos de los individuos, como es la edad, sexo, etc. En las capas siguientes las personas están agrupadas, es decir, configuran comunidades, las que pueden tener distintas características. A su vez, las personas interactúan, se sienten parte, forman parte y plantean sus necesidades en cada espacio social. La participación puede ser considerada un medio para incidir en la determinación social de la salud, y podemos entenderla también como un derecho humano trascendente.

## 2. NECESIDADES HUMANAS FUNDAMENTALES

La participación es una de necesidad humana fundamental, tal como lo plantearon hace décadas los autores que formularon la teoría del Desarrollo a Escala Humana (Max Neef et al; 1986). Poder confrontar el planteo de las necesidades básicas y el economicismo, fueron ejes de este planteo que, sumado a otros tantos, dieron origen al concepto de desarrollo Humano de Naciones Unidas y a un sistema de indicadores



que reflejan los avances y las dificultades de una manera más integral. Por ejemplo, al considerar la multidimensionalidad de la pobreza.

Esta necesidad se conjuga con las modalidades de satisfacción de otras necesidades humanas fundamentales formuladas: entendimiento, subsistencia, protección, afecto, ocio, creación, identidad y libertad. Por una parte, las necesidades tienen una dimensión del ser, tener, hacer y estar (existenciales); y, por otra, las necesidades que hemos mencionado (axiológicas).

Resulta imposible pensar que estas necesidades se alcancen solo en la dimensión individual o familiar, ya que las mismas son fruto de la satisfacción social y comunitaria.

*“El desarrollo a escala humana se sustenta en la satisfacción de las Necesidades Humanas Fundamentales, en la generación de crecientes niveles de autodependencia, en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, en los procesos globales y los comportamientos locales, en lo personal con lo social, la planificación con la autonomía y de la sociedad civil con el Estado. Necesidades humanas, autodependencia y articulaciones orgánicas, son pilares fundamentales que sustentan el desarrollo a escala humana. Pero para servir a su propósito sustentador deben, a su vez, apoyarse sobre una base sólida. Esa base se construye a partir del protagonismo real de las personas (...) (Max Neef et al, 1986)*

Las necesidades humanas son interdependientes, y pueden desagregarse según categorías existenciales y según categorías axiológicas. Max - Neef y sus colegas, cuestionan el criterio para medir la pobreza como un hecho meramente económico, es decir el economicismo. Así, cada vez que una necesidad humana no se satisface adecuadamente, podemos plantear que existe un tipo de pobreza (de afecto, de entendimiento, de creatividad, etc.).

A su vez, cada pobreza genera patologías, “toda vez que rebasa límites críticos de intensidad y duración”. Esto es trascendental para pensar las patologías no solamente desde el cuerpo individual, sino familiar y social.

Las Necesidades Humanas Fundamentales (NHF) son finitas, pocas y clasificables. A ello se vincula que las NHF son las mismas en distintas culturas y a través de los períodos históricos. Lo que se modifica con el tiempo y en las diversas culturas es la forma en que las necesidades se satisfacen.

Las NHF cambian de acuerdo con el ritmo de la evolución de la especie humana. Por ello, y por ser universales, tienen una trayectoria única. Los satisfactores, en cambio, tienen una doble trayectoria: por un lado, se modifican al ritmo de la evolución de la especie, y por otra se diversifican de acuerdo con las culturas y las circunstancias. Los bienes económicos, finalmente, tienen una triple trayectoria: se modifican a ritmos coyunturales, se diversifican según las culturas, y dentro de estas, se diversifican de acuerdo con los diversos estratos sociales (Max Neef, 1986). Los satisfactores, pueden clasificarse en cinco tipos:

a) violadores o destructores; b) pseudo-satisfactores; c) satisfactores inhibidores; d) satisfactores singulares; e) satisfactores sinérgicos.

Los satisfactores inhibidores son los que, por el modo en que satisfacen una necesidad determinada, dificultan seriamente la posibilidad de satisfacer otras necesidades humanas.

Los satisfactores singulares son aquellos que apuntan a la satisfacción de una sola necesidad, siendo neutros respecto de la satisfacción de otras necesidades. Son característicos de los planes y programas de desarrollo, cooperación y asistencia. Su principal atributo es el de ser institucionalizados, ya que tanto en la organización del Estado como en la organización civil, su generación suele estar vinculada a instituciones, sean estas ministerios, otras reparticiones públicas o empresas de diverso tipo. (Max Neef, 1986).

Los satisfactores sinérgicos son lo que, por la forma en que satisfacen una necesidad determinada, estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades. Habitualmente se pone como ejemplo la lactancia materna, con las condiciones psíquicas, vinculares y materiales para que se concrete adecuadamente para la madre y su hija/o.

Los destructores o violadores son elementos de efecto paradójico, pues al ser aplicados con la intención de satisfacer una determinada necesidad, no solo aniquilan la posibilidad de su satisfacción en un plazo mediano, sino que imposibilitan, por sus efectos colaterales, la satisfacción adecuada de otras necesidades. Uno de ellos puede ser el armamentismo o la construcción de un muro para aislarse de otros pueblos o naciones.

Los pseudo-satisfactores son elementos que estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad determinada. Plantean Max Neef et. al (1986) que, sin llegar a la agresividad de los violadores o destructores, pueden en ocasiones aniquilar en un plazo mediano, la posibilidad de satisfacer la necesidad a que originalmente apuntan. Su atributo especial es que generalmente son inducidos a través de propaganda, publicidad u otros medios de persuasión.

## MATRIZ DE NECESIDADES Y SATISFACTORES

| NECESIDADES SEGÚN CATEGORÍAS AXIOLÓGICAS | NECESIDADES SEGÚN CATEGORÍAS EXISTENCIALES  |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
|  | SER   | TENER  | HACER  | ESTAR   |
| <b>SUBSISTENCIA</b>                      | Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad                                     | Alimentación, abrigo, trabajo  | Alimentar, procrear, descansar, trabajar   | Entorno vital, entorno social   |
| <b>PROTECCIÓN</b>                        | Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad.   | Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo                    | Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender  | Contorno vital, contorno social, morada   |
| <b>AFECTO</b>                            | Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor | Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines  | Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar              | Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro.  |
| <b>ENTENDIMIENTO</b>                     | Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad                    | Literatura, maestros, método, políticas educacionales, políticas comunicacionales  | Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar.                      | Ámbitos de interacción formativa, escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia                          |
| <b>PARTICIPACIÓN</b>                     | Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor            | Derechos, responsabilidades, obligaciones, trabajo   | Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar.          | Ámbitos de interacción participativa, partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias                        |
| <b>OCIO</b>                              | Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad                      | Juegos, espectáculos, fiestas, calma   | Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar              | Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes.  |
| <b>CREACIÓN</b>                          | Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad             | Habilidades, destrezas, método, trabajo  | Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar                             | Ámbitos de producción y retroalimentación, talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios, de expresión, libertad temporal |
| <b>IDENTIDAD</b>                         | Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad  | Símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo | Comprometerse, integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer | Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas   |
| <b>LIBERTAD</b>                          | Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia  | Igualdad de derechos   | Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar            | Plasticidad espaciotemporal   |

Fuente: Max Neef et al., *Desarrollo a escala humana*, p.42.

### 3. OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE:

“Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) son fruto del acuerdo alcanzado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas y se componen de una Declaración, 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas. Los Estados Miembros han convenido en tratar de alcanzarlos para 2030. La salud ocupa un lugar fundamental en el ODS 3 «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», articulado en torno a 13 metas que cubren un amplio abanico de la labor de la OMS. La mayoría de los ODS están relacionados directamente con la salud o contribuirán a la salud indirectamente. El nuevo programa, basado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tiene por objeto ser pertinente a todos los países y se centra en mejorar la igualdad para responder a las necesidades de las mujeres, los niños y las personas más necesitadas y desfavorecidas.” (OMS, 2016)



Procedido en colaboración con **YOUNG & RUBICAM** | [TheGlobalGoalsHub.com](http://TheGlobalGoalsHub.com) | +31 20 688 9999  
Para saber más sobre la infografía, por favor contacta con: [info@youngrubicam.org](mailto:info@youngrubicam.org)

Pues bien, si bien existen entonces aspectos macroeconómicos y macrosociales que determinan o condicionan la salud de las comunidades, hay dimensiones que pueden desarrollarse a nivel comunitario, es decir, a escala humana. Por lo tanto, la acción comunitaria en salud es una modalidad de abordar lo relacionado con la determinación social, pero en una dimensión humana, barrial, colectiva.

#### 4. SALUD COMUNITARIA Y ACCIÓN COMUNITARIA PARA LA SALUD

Los siguientes conceptos, aportados por un equipo que ha sistematizado definiciones y conceptos actuales (Sobrino, García, Cofiño, 2018), pueden resultar de utilidad para nuestro trabajo:

**Salud Comunitaria:**

*“Expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características individuales y familiares, el medio social, cultural y ambiental, así como los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales”.*

**Acción comunitaria para la salud:**

*“Todas las acciones individuales, colectivas e intersectoriales orientadas a ese esfuerzo”.*

*Alianza de Salud Comunitaria. Glosario.*

Para autores de amplia trayectoria (Saforcada, 2010), se trata de un nuevo paradigma: el paradigma de salud comunitaria, el cual “implica un conjunto de concepciones y prácticas que no surgieron de iniciativas provenientes de los ámbitos académicos, sino de las comunidades y se nos hacen evidentes, a nosotros los profesionales, cuando logramos trabajar con las poblaciones, adoptando una actitud de amplia apertura hacia la co-construcción de conocimientos”.

A su vez, las acciones comunitarias en salud pueden entenderse desde las bases consensuadas internacionalmente sobre desarrollo sostenible y desde el marco conceptual de las Necesidades Humanas Fundamentales. La relación entre salud y calidad de vida de las poblaciones requiere cuestionar –a la luz de la crisis medioambiental actual– los conceptos de desarrollo, de desarrollo sostenible y de desarrollo sustentable, abriendo un diálogo fecundo y buscando acuerdos, comprendiendo la relevancia de la actividad económica, pero la importancia fundamental de la vida de las personas (Güida; 2020).

Es importante que cada comunidad, desde sus auténticos intereses y heterogeneidad, pueda visualizar cuáles son los ODS, cómo se ven más afectadas las metas de esta agenda trazada hacia el 2030, en la que como país nos hemos comprometido, y qué acciones se pueden desarrollar desde lo territorial.

En conclusión: la participación comunitaria es una necesidad humana fundamental y es, a su vez, un medio para abogar por los derechos en salud. Todas las dimensiones de los Determinantes Sociales de la Salud y todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, implican que las personas y las comunidades se involucren para la creación del bienestar social.

## 5. PROMOCIÓN DE SALUD

La promoción de salud, se define como un proceso social, político, multiactorial e intersectorial, participativo y comunitario, que implica abogar por el Desarrollo Sostenible para lograr una mejor salud, bienestar y alcanzar una mayor equidad. La promoción contempla entender la salud desde una mirada positiva, que vaya más allá de la capacidad física, y que se entienda como una fuente de riqueza de la vida cotidiana que permita aumentar el control del determinante de su propia salud. En este proceso de entender la promoción de salud, como un proceso que permite capacitar a las personas, familias y comunidades en que puedan desarrollar condiciones favorables para la vida, es necesario diferenciarla de la prevención de la enfermedad que va focalizada en reducir los factores de riesgo y las enfermedades. (Hernandez-Aguado, I y Lumberras Lacarra, B; 2018).



## 6. RESILIENCIA COMUNITARIA

Este concepto es fundamental en salud comunitaria, para superar miradas sesgadas, que desempoderan y que solo visualizan vulnerabilidades sociales y personales. En ese sentido, recomendamos la siguiente lectura:

RESILIENCIA COMUNITARIA Y SU VINCULACIÓN AL CONTEXTO LATINOAMERICANO ACTUAL, cuya autora es Maria Rocío Menanteux Suazo (Revista de Trabajo Social de Universidad San Sebastián, 2015):

<http://www.tscuadernosdetrabajosocial.cl/index.php/TS/article/view/87>

*“La resiliencia comunitaria está basada en un enfoque de recursos y capacidades en las comunidades orientándose a través de ciertos lineamientos de base, esto es, en lugar de tratar de predecir los cambios específicos, acepta que el cambio es inevitable e impredecible. Asimismo, identifica los recursos y capacidades de adaptación que una comunidad puede utilizar para superar los problemas que puedan derivarse del cambio, en lugar de centrarse en los posibles puntos débiles. Por último, un elemento fundamental del enfoque es que en lugar de depender de las intervenciones externas superar las vulnerabilidades, se basa en las capacidades ( recursos, flexibilidad) ya establecidas dentro de una comunidad (Maguire & Cartwright, 2008).*

*Este enfoque en los recursos y capacidades no pasa por alto los componentes de una comunidad, que pueden ser vulnerables a un cambio en particular. El enfoque de resiliencia se equilibra ya que incluye tanto las vulnerabilidades dentro de una comunidad, así como los recursos y las capacidades adaptativas que permiten a las comunidad superar estas vulnerabilidades y gestionar el cambio de manera positiva (Folke, 2006).*

*Los escenarios de aplicación de la resiliencia comunitaria han sido diversos en consideración a las características de las crisis que las comunidades han debido enfrentar y también a las particularidades del contexto en que éstas se han producido. En el entorno anglosajón y norteamericano, el enfoque se han puesto en práctica frente a crisis políticas y sociales, guerras y refugiados de éstas. desastres naturales - huracanes principalmente - y en el marco de la crisis medioambiental en general”.*

A continuación, se proponen algunas actividades de trabajos grupales para realizar por vecinas y vecinos en torno a las temáticas desarrolladas en el documento para promover el diálogo y trabajo en equipo:

# HERRAMIENTAS PARA PROMOVER EL DIÁLOGO Y TRABAJO EN EQUIPO

## TRABAJANDO DESDE LAS NECESIDADES HUMANAS FUNDAMENTALES

1. Diseñar en grupo de 5 a 6 personas una matriz de Necesidades Humanas Fundamentales. Esta actividad busca una reflexión conjunta entre los participantes en torno al tema de las necesidades humanas y los satisfactores desde lo individual y de lo colectivo.
2. Compartirlo con otro grupo en una fecha determinada.
3. Utilizar el texto de Manfred Max Neef et. al. para guiarse.  
[http://www.daghammarskjold.se/wp-content/uploads/1986/08/86\\_especial.pdf](http://www.daghammarskjold.se/wp-content/uploads/1986/08/86_especial.pdf)

## PENSANDO LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

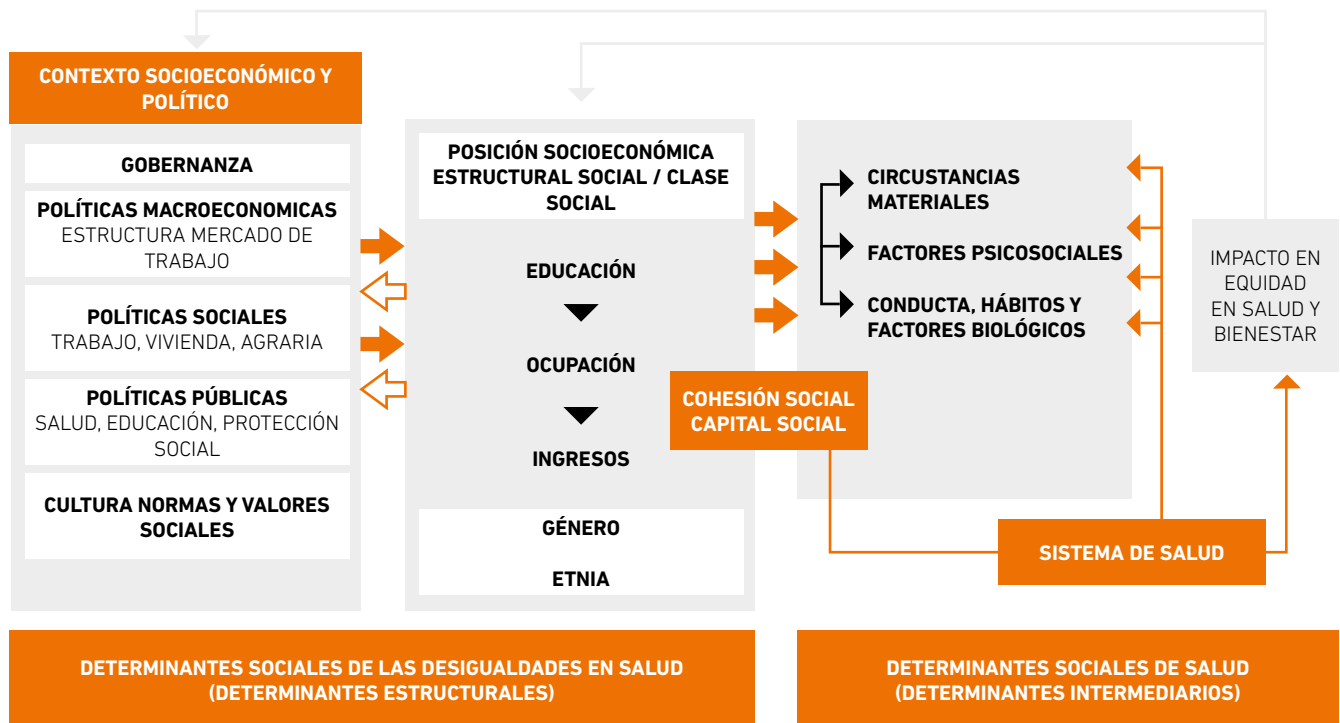
1. Compartir el texto "Acuerdo Regional sobre el Acceso a la Información, la Participación Pública y el Acceso a la Justicia en Asuntos Ambientales en América Latina y el Caribe del Acuerdo de Escazú. <https://www.iidh.ed.cr/derecho-informacion/media/1079/acuerdoescazu.pdf>
2. Realizar un aporte al texto, pensando desde los aspectos socioambientales de la comunidad o de la comuna que habitamos.
3. Compartir sus reflexiones con los otros grupos de trabajo.

## MIRANDO LOS DETERMINANTES SOCIALES DESDE LAS COMUNIDADES

1. Leer el texto "Hechos Probados de los Determinantes Sociales de la Salud". Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
2. Tomar el diseño de los Determinantes Sociales de la Salud. (Ver imagen 1)
3. Analizar aquellos factores que son determinantes o condicionantes, visto desde nuestras experiencias personales, familiares y grupales
4. Usar ejemplos concretos de la comunidad, comuna o ciudad en la cual vivimos que evidencien Determinantes Sociales de la Salud. Una vez desarrollado lo anterior, se solicita esquematizarlo siguiendo la imagen 1.
5. Compartir lo realizado con otros grupos o equipos de trabajo.



Imagen 2. Modelo Socioeconómico de Salud de Dalgren y Whitehead 2006.



### RESILIENCIA COMUNITARIA: ¿COMPARTIMOS CONCEPTOS?

1. Analizar junto al equipo de docentes y estudiantes el concepto de resiliencia comunitaria.
2. Describir aspectos de resiliencia que existen en nuestras comunidades.
3. Analizar las posibilidades de potenciar dichas capacidades resilientes desde la perspectiva de género y generaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

Artaza Barrios O, Méndez CA. (2020): "Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal de salud". Revista Panamericana de Salud Pública. 2020;44:e16. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.16>

Bilal Usama, Alazraqui Mario, Caiaffa W, Lopez-Olmedo N, Martinez-Folgar K, Miranda J, Rodriguez D, Vives A, Diez-Roux A. (2019). "Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis". The Lancet Planetary Health. Vol 3, N°12. Rescatado 25/11/2020 de: [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(19\)30235-9/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(19)30235-9/fulltext#articleInformation)

Güida, C. (2020): "Paradigmas en salud y modelos de desarrollo socioeconómico: tensiones conceptuales para la comprensión de los desastres socioambientales" en Programa de Reducción de Riesgos y Desastres, Unidad de Redes Transdisciplinarias, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile (2020). Position Paper "Los territorios que habita(re)mos: ¿Qué futuro existe para las zonas de sacrificio?". Position Paper N°1, Serie Desastres Socionaturales. Santiago, Chile: Universidad de Chile. Rescatado 18/11/2020 de: <https://www.uchile.cl/publicaciones/163852/position-paper-los-territorios-que-habitaremos>

Hernandez-Aguado, I y Lumbreras Lacarra, B. (2018). "Manual de Epidemiología y Salud Pública: para pregrados en Ciencias de la Salud. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana, S.A.

Max Neef, M; Hopenhayn, M; Elizalde, A. (1986): "Desarrollo a Escala Humana una opción para el futuro". Cepaur - Fundación Dag Hammarskjold. Santiago de Chile. Rescatado 20/11/2020 de: [http://www.daghammarskjold.se/wp-content/uploads/1986/08/86\\_especial.pdf](http://www.daghammarskjold.se/wp-content/uploads/1986/08/86_especial.pdf)

MINSAL (2015): "Municipios, comunas y comunidades saludables: Orientaciones técnicas". Informe Final. Rescatado 22/11/2020 de [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/MUNICIPIOS%20COMUNAS%20Y%20COMUNIDADES%20SALUDABLES%20OT%20FINAL\(3\).pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/MUNICIPIOS%20COMUNAS%20Y%20COMUNIDADES%20SALUDABLES%20OT%20FINAL(3).pdf)

OMS (2006): "Hechos Probados: Los Determinantes Sociales de la Salud". Informe Final, Ed. española, trad. de la 2ª ed. de la OMS. Rescatado 24/11/2020 de <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>

OMS (2008): "Subsanar las Desigualdades Sociales de salud en una generación". Informe Final Determinantes Sociales de Salud: Rescatado 20/11/2020 de [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)

Saforcada, E. (2010): "Acerca del concepto de Salud Comunitaria". Revista it 2010, 1 (1): 7-19. Programa APEX – Cerro, UdelaR. Rescatado 20/11/2020 de: <http://www.aou.org.uy/pdf/estructura/Saforcada.pdf>

Sobrino, C; García, M; Cofiño, R (2018): "¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018". Gaceta Sanitaria Volume 32, Supplement 1, October 2018, Pages 5-12. Rescatado 20/11/2020 de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301547#!>

Vidal Gutierrez, Daisy, Chamblas García, Isis, Zavala Gutierrez, Mercedes, Müller Gilchrist, Ralph, Rodriguez Torres, María Cecilia, & Chávez Montecino, Alejandra. (2014). Determinantes Sociales en Salud y Estilos de vida en Población Adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 61-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100006>

