



ARTÍCULO ESPECIAL

¿Cuál es el sentido de la educación para la salud y las actividades «comunitarias» en atención primaria?

J.L. Turabián^a y B. Pérez-Franco^b

Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. ^aCentro de Salud Polígono Industrial. Toledo. ^bCentro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo.

Atención primaria; Educación sanitaria

«El médico normal trata el problema; el médico bueno trata la persona; el médico mejor trata la comunidad.»
(Proverbio chino)

Aviso importante: Este artículo está pensado para las personas que se identifiquen con alguno de los temas expuestos en la [tabla 1](#).

Aunque las actividades «comunitarias» forman parte del perfil profesional teórico del médico de familia (MF) y otros miembros del equipo de atención primaria (EAP), su desarrollo es escaso y heterogéneo y los sanitarios raramente las ven como parte de su trabajo real desde la consulta faltando modelos de práctica¹⁻³. La propia forma habitual de medir o auditar el trabajo sanitario supone una limitación para el desarrollo completo del profesional: hay un énfasis en el «número de pacientes vistos» y en los «criterios biomédicos de calidad», que impiden la acción humanista y social^{4,5}. Sin embargo, tanto desde el punto de vista epidemiológico como desde el currículo de los profesionales de atención primaria (AP), se insiste en la importancia del trabajo comunitario^{6,7}. Hay diferentes visiones de la «actividad comunitaria» ([tabla 2](#)) que pue-

den solaparse⁸⁻¹². Este artículo contempla «lo comunitario» desde la óptica de la educación para la salud (EpS) y promoción de la salud (PS) y como una tarea a realizar no desde el coordinador del centro, ni desde las instituciones, sino desde la consulta del profesional que atiende enfermos individuales. Pero, entonces exactamente, ¿en qué consiste el trabajo comunitario?, ¿qué subyace en la EpS comunitaria o en las actividades comunitarias del profesional de salud?, ¿qué quiere decir «comunitario» en la realidad del trabajo de atención primaria (AP) actual?, ¿cómo se hace concreto y operativo en la consulta? Comunitario quiere decir dar importancia y tener en cuenta los «contextos». Orientación comunitaria en la AP es: *a*) crear contextos (relaciones, conexiones), y *b*) tener en cuenta los contextos (ambientes, actores, recursos).

Relaciones/contextos

Lo comunitario no se establece sólo a través de lo geográfico, sino a través de los «nexos»¹³. Conceptualmente, una comunidad puede ser un barrio, una «comunidad» de intereses con o sin límites geográficos, o el conjunto de las relaciones y conexiones de una persona. Trabajar desde una perspectiva comunitaria supone que el profesional de AP realiza un trabajo de «creación de contextos» mediante las

relaciones que establece con los pacientes o clientes de la consulta. Por lo tanto, sería más correcto hablar de educación para la salud contextualizada en la comunidad o actividades contextualizadas en la comunidad. La creación de contexto es el resultado de implantar una serie de estrategias de relación profesional-paciente para hacer los servicios aceptables, relevantes y accesibles ([tabla 3](#)). Los modelos de relación profesional-paciente/cliente son superponibles a los modelos educativos^{14,15} y a las tipologías de participación^{16,17}. Estos modelos no son mutuamente excluyentes y pueden solaparse. Así, el sentido de la actividad o EpS contextualizada en la comunidad no tiene que ver tanto con «qué se hace» ni con «cuánto se hace», sino con «cómo se hace el trabajo de AP». Ese «cómo se hace» que da un sentido de contextualización al trabajo son las relaciones/conexiones entre profesional y los pacientes o clientes¹⁸. Construir una relación entre personas crea contextos sociales. La relación entre profesional y paciente contextualiza el trabajo del profesional. El trabajo del profesional de AP no es una serie de tareas sino una serie de relaciones-conexiones sociales donde las tareas quedan inmersas.

Hay que recordar que la enfermedad individual depende de contextos y a su vez produce consecuencias en los con-

E-mail: jturabianf@meditex.es

(Aten Primaria 1998; 22: 662-666)

TABLA 1. Este artículo está pensado para las personas que se identifiquen con alguno de los siguientes temas

1. «Estoy demasiado atareado con lo que hago, y no tengo tiempo para la comunidad»
2. «No puedo hacer eso, no tengo suficientes recursos (enfermeras...)»
3. «Quien tiene que resolver el problema de la atención comunitaria son los burócratas de la dirección o los políticos»
4. «Mis pacientes no tienen problemas comunitarios, por lo que no necesito trabajar en ese tema»
5. «Creo que el trabajo del médico está dentro de la consulta»
6. «La gente no reconoce ya el trabajo que hacemos, como para atender también a los temas comunitarios»
7. «¿Qué podrían hacer las familias y comunidades locales?, no están preparadas ni formadas»
8. «No entiendo cómo puedo trabajar con la comunidad desde mi consulta»

TABLA 2. Visiones de la actividad comunitaria

1. El profesional como activista: el EAP o el profesional carga con el peso de organizar o movilizar a la comunidad, transformándose en un animador sociocultural
2. El profesional como epidemiólogo, salubrista y planificador que trabaja con poblaciones: atención primaria orientada a la comunidad (APOC)
3. Educación para la salud (EpS) y promoción de salud (PS)

TABLA 3. Modelos de relación «creadores de contexto»

1. Estrategia informativa unidireccional: la relación entre profesional y paciente o cliente está «disociada»: las necesidades pueden ser diferentes y no se tienen en cuenta. Relaciones centradas en el profesional y lo que éste cree que debe hacerse («descontextualizada»)
2. Estrategia persuasiva o consultiva: la relación entre profesional y paciente o cliente es «convergente»: se muestra interés o preocupación por el otro, o se ajusta al otro
Técnicas de marketing orientándose al cliente y promoviendo el servicio (presentándolo como interesante y relevante a sus necesidades)
Persuadiendo, motivando
Negociando (confección de la agenda acomodando el contenido al cliente particular, junto con actividades extra...)
«Marketing social» (uso de las prácticas de marketing para fines sociales)
3. Estrategia significativa-participativa-cooperativa-capacitadora: la relación entre profesional y paciente o cliente es de «compartir» y de «ayuda»
La EpS participativa y contextualizada en la comunidad implica un modelo de salud donde hay una relación terapéutica entre personal de salud y los individuos o grupos comunitarios, en la cual exista un esfuerzo genuino para otorgar facultades a los clientes en función de las relaciones entre ellos y sus contextos

textos: sociales, culturales, económicos, ambientales y políticos en donde tiene lugar. Por lo tanto, la actividad clínica-educativa siempre puede (debe) tener una dimensión comunitaria aunque se trabaje con individuos o pacientes. Los pacientes están en contextos (familias, grupos sociales, barrios) e inmersos en redes sociales que suponen: recursos, influjos, conexiones. El trabajo del profesional de AP incluye interacciones con individuos, pero su papel de educador/promotor de salud no está limitado a las interacciones donde hay componentes obvios de EpS, sino que toda interacción/relación con el paciente puede ser más o menos promotora de salud de-

pendiendo de la forma en que se realiza (tabla 3).

Los profesionales necesitan también entender claramente su papel respecto a los niveles estructurales de la EpS y PS: el contexto amplio donde los individuos toman las decisiones sobre la salud. Hay una continuidad entre los problemas de salud vistos en la consulta y los de la comunidad¹⁹. Frente a la importancia de los contextos en la salud individual y colectiva, la respuesta del profesional debe ser transformar su actividad práctica (sus relaciones que crean contextos), mediante estrategias de persuasión y «capacitación» individual y social, para pasar de medicalizar las relaciones sociales a

contextualizar socialmente la práctica médica. No es que los sanitarios deban solucionar los problemas sociales, ni que deban tener en cuenta los problemas sociales (demasiado vago), sino que los problemas sociales son parte de la consulta. No se puede separar de la práctica de AP la patología («disease»), la vivencia («illness») y la repercusión social de los problemas de salud.

Recursos

El significado de la PS en AP es doble: a) holismo, integralidad, atención a factores psico-socioeconómicos-ambientales (contextualización), y b) ca-

TABLA 4. Responsabilidades del profesional sanitario en las «actividades comunitarias»

Estimular un entendimiento crítico de las causas de la enfermedad
Esforzarse en buscar mecanismos para aumentar la participación y el control de pacientes y grupos
Educar a individuos clave que toman las decisiones y a los medios de comunicación
Ayudar a crear medio ambientes favorecedores del desarrollo (de ámbito individual, familiar y comunitario)
Favorecer el aprecio del conocimiento del no experto y la importancia de la cooperación intersectorial
Insistir en la importancia de crear oportunidades de «ayuda mutua»
Esforzarse en establecer relaciones que creen contextos y realizar una asistencia que capacite al paciente

TABLA 5. Estrategias de EpS comunitaria para el profesional sanitario

1. EpS individual que tiene en cuenta contextos y actores
Entrevista clínica centrada en el paciente y su contexto
Favoreciendo las percepciones personales de control y poder
Resolver la demanda de «otra forma» ³⁷
Protocolos que den valor a los contextos ³⁵
La historia clínica como una rica fuente de material sobre la cultura y las relaciones salud/enfermedad
Redes de contactos terapéuticos paciente-paciente ³⁸
Pacientes como educadores de otros pacientes ⁴²
Pacientes como profesores (un paciente relativamente sano que vive con una enfermedad crónica, y que mantiene una relación de intimidad con el profesional o estudiante que no suele ocurrir en el ambiente docente o asistencial habitual, y que enseña en profundidad esa enfermedad, su repercusión individual y familiar, el apoyo social...) ³⁹
Consultas «alternativas» ³²
2. Desarrollo de pequeños grupos
Consultas grupales ³³
3. Organización comunitaria
Desarrollando acciones locales comunitarias sobre asuntos de salud
Servicios sanitarios controlados por usuarios organizados (mujeres...)
Favoreciendo el capital relacional ⁴⁰
Contactos permanentes con líderes locales democráticos
4. Coaliciones
Apoyando a grupos de presión sobre temas de salud pública
Planificación estratégica
Colaborando con otros grupos y ayudando a resolver conflictos
Eventos comunitarios saludables (fiestas de la salud, museo o parque temático de la salud...) ³⁴
Trabajo cooperativo con pacientes y comunidades (transformando el papel del profesional desde «jefe» a compañero y el del paciente desde receptor pasivo o consumidor a compañero)
Redes o alianzas sociales cooperativas estratégicas (formas organizativas entre grupos o instituciones que proporcionan un proceso de aprendizaje colectivo y reducen la incertidumbre en la implementación de innovaciones): ciudades saludables...
Consejo de salud o jurados ciudadanos ⁴¹
5. Acción política
Apoyando a movimientos sociales
Favoreciendo la democracia participativa

pacitación del paciente y grupos, auto-responsabilidad, independencia (ayudar al paciente en su contexto a maximizar su potencial, facilitar su afrontamiento desde sus propios caminos, aumentar sus propios recursos y habilidades; ayudarle a ayudarse a sí mismo ganando poder para tomar sus propias decisiones)^{6,20}. Todas las per-

sonas/comunidades tienen potencialidades para definir sus problemas y necesidades mediante un proceso de aprendizaje mutuo y reflexivo²¹⁻²³. ¿Cuáles son los recursos para la salud en la comunidad?, ¿a quién pide ayuda o consejo para su salud la gente de la comunidad? A la familia, los amigos, los vecinos, servicios sanitarios

ortodoxos (MF, farmacia, privados...), servicios sanitarios no ortodoxos (herbolario, curanderos...), otras fuentes de recursos (voluntarios, grupos de ayuda mutua –GAM–, personas determinadas que superaron un problema, personas «clave» en la comunidad –por su posición, conocimientos, profesión, etc.: maestros, sacerdotes, poli-

TABLA 6. Criterios de buena práctica de EpS contextualizada en la comunidad

1. El MF promueve, establece y mantiene una comunicación efectiva en la relación con pacientes, creando contextos, y los usa de forma terapéutica
2. El MF tiene en cuenta los contextos de sus pacientes, los actores y recursos comunitarios, y los usa de forma terapéutica
3. El MF mantiene un enfoque de planificación estratégica sobre sus pacientes, sus redes, grupos y comunidad (en función de 1 y 2)

cías locales, deportistas...—, autoridades locales, empresas locales, etc. Un recurso es una agencia, grupo o individuo que ayuda a un paciente/cliente a resolver una necesidad. Los recursos de salud pueden ser formales (su propósito principal es la provisión de servicios sanitarios) o informales (proporcionan servicios sanitarios, pero no es esa su función principal), como familiares, GAM, etc. Muchas comunidades disponen de un inventario de recursos y servicios; sin embargo, la mayoría de los profesionales sanitarios encuentran útil realizar su propio inventario, incorporando al inventario local otros recursos familiares, locales, etcétera⁶.

Actores/protagonistas comunitarios

Trabajar con un enfoque comunitario incluye el énfasis en la necesidad de dar poder a la gente, incluida aquella con problemas de salud, para afrontar sus necesidades. Para que este poder pueda usarse efectivamente, es necesario considerar las posiciones de cierto número de actores en el contexto de los pacientes: profesionales, cuidadores informales, amigos, redes sociales, sanadores de la comunidad, gobierno central y local, voluntariado, etc.^{24,25} Esto no son sólo categorías sociales que permiten una clasificación social, son grupos sociales actuales o potenciales. El aumento de la diversidad de la sociedad se refleja en la importancia de la estratificación. Uno de los enfoques para la segmentación respecto a intervenciones en salud es la que se basa en los «estados de cambio» de los individuos (respecto al tabaco, la dieta...)²⁶: precontemplación, contempla-

ción, preparación para la acción, acción, mantenimiento.

Medio ambiente facilitador del desarrollo personal

Se dice que los pacientes y comunidades son apáticos y la autoridad (el médico, la enfermera, el trabajador social, el funcionario, el profesor, el político, etc.) tiene que imponer lo que ha de hacerse. Pero, ¿qué pasa cuando se tienen más oportunidades para tomar decisiones por uno mismo, para trabajar cooperativamente, para marcar las propias prioridades, y para utilizar a los expertos pero no dependiendo de ellos? Cuando existe un medio ambiente facilitador del desarrollo, las personas y grupos logran la cualidad «de acción» porque sus actividades crean canales de comunicación con el resto de integrantes del grupo llegando a ser una red social. En estos ambientes los grupos son «significativos» ya que representan un descubrimiento/despertar de capacidades dormidas que tanto los propios miembros como las autoridades o expertos han subestimado (poder de pensamiento, de autoorganización...). Esta característica no se reconoce a menos que existan condiciones en las que una persona conecte con otras y muestre su capacidad de hacer cosas²⁷.

Coaliciones/alianzas

La práctica de la promoción de la salud comunitaria descansa fundamentalmente en el trabajo de coaliciones. Las coaliciones son organizaciones e individuos trabajando juntos para lograr una meta común. Pueden existir coaliciones para casi cualquier proble-

ma de salud, factor de riesgo y problema social. A partir de la alianza entre múltiples sectores comunitarios para compartir recursos y combinar su energía, se puede conseguir una base amplia para apoyar una acción y proporcionar la vía para resolver problemas demasiado complejos para que los pueda solucionar una sola agencia. Las coaliciones favorecen el sentido de propiedad de la comunidad, lo que puede aumentar la probabilidad de cambios a largo plazo en medio ambientes físicos y sociales que favorezcan la salud²⁸.

Por lo tanto, en las «actividades comunitarias» el profesional sanitario tiene varias responsabilidades que se presentan en la **tabla 4**. La **tabla 5** ofrece un amplio rango de tareas comunitarias^{25,29-41}. Finalmente, en función de lo dicho, la **tabla 6** expone los criterios de buena práctica de EpS contextualizada en la comunidad.

Agradecimiento

Agradecemos las aportaciones de los participantes en los diversos cursos de «EpS comunitaria» impartidos por los autores, que han contribuido a la elaboración de este texto.

Bibliografía

1. Turabíán JL. Cuadernos de medicina de familia y comunitaria. Una introducción a los principios de la medicina de familia. Madrid: Díaz de Santos, 1995.
2. semFYC. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PA-CAP), 1997.
3. Latter S. Nursing, health education and health promotion: lessons learned, progress made and challenges ahead. Health Education Research 1998; 13: I-V.
4. Turabíán JL, Pérez-Franco B. La cartera de servicios en atención primaria. MEDIFAM 1995; 5: 285.

5. Turabián JL. Evaluación de programas de promoción de la salud en la atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 12: 616-619.
6. McMurray A. Community health nursing. Primary health care in practice. Londres: Churchill Livingstone, 1990.
7. Turabián JL, Pérez-Franco B. Del consejo médico persuasivo al participativo en medicina de familia. Elementos para iniciar un debate. *MEDIFAM* 1995; 5: 258-263.
8. Foz G, Panella H, Martín C et al. Atención primaria orientada a la comunidad (I). Fundamentos conceptuales y metodológicos. *Aten Primaria* 1991; 8: 252-254.
9. Peray JL, Panella H, Foz G, Montaner I, Pou R, Martín C. Atención primaria orientada a la comunidad (y II). Desarrollo sistemático de una práctica de APOC. *Aten Primaria* 1991; 8: 720-723.
10. Mettee TM, Martin KB, Williams RL. Tools for community-oriented primary care: a process for linking practice and community data. *J Am Board Fam Pract* 1998; 11: 28-33.
11. Marchioni M. La participación comunitaria hoy. Fracaso de los reglamentos de participación ciudadana. Libro de Ponencias y Comunicaciones. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, La Coruña, 1993; 31-43.
12. Turabián JL. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud. Madrid: Díaz de Santos, 1992.
13. Segura J. La noción de comunidad y el equipo de salud. *Área* 3 1995; 2: 33-45.
14. Turabián JL, Pérez Franco B. Utilidad y límites de la educación sanitaria. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria (en prensa).
15. Turabián JL, Pérez-Franco B. Consejos del médico de cabecera y estilos de vida saludables: ¿hay alternativa a la pasividad a la que nos obligan sus dificultades técnicas y éticas? *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 45.
16. Gyford J. Citizens, consumers and councils. Local government and the public. Londres: MacMillan, 1991.
17. Montazeri A. Social marketing: a tool not a solution. *J Roy Soc Health* 1997; 117: 115-118.
18. De la Cuesta C. Creación de contextos. Trabajo intangible de enfermería comunitaria. *Revista ROL de Enfermería* 1994; 195: 13-19.
19. Turabián JL. Conflicto entre la atención individual y la comunitaria: ¿los árboles nos impiden ver el bosque? *Aten Primaria* 1993; 11: 161-162.
20. Clark JM, Maben J. Health promotion of Project 2000 educated nurses. *Health Education Research. Theory & Practice* 1998; 13: 185-196.
21. Nogueiras Mascareñas LM. La práctica y la teoría del desarrollo comunitario. Descripción de un modelo. Madrid: Narcea, 1996.
22. Adorno TW. Educación para la emancipación. Madrid: Morata, 1998.
23. Turabián JL. El mito de la salud comunitaria: desde lo biológico a lo psicosocial. *Área* 3 1997; 5: 30-38.
24. Clark NM, McLery KR. Creating capacity through health education: what we know and what we don't. *Health Education Quarterly* 1995; 22: 273-289.
25. Turabián JL, Pérez-Franco B. Modelos de participación comunitaria en la salud en el contexto de mercado sanitario: el mito del consumidor. *Aten Primaria* 1998; 21: 321-324.
26. Lennox AS, Bain N, Taylor RJ, McKie L, Donnan PT, Groves J. Stages of change for opportunistic smoking intervention by primary health care team. Part I: randomised controlled trial of the effect of training on patient smoking outcomes and health professional behaviour as recalled by patients. *Health Education Journal* 1998; 57: 140-149.
27. Gibson T. People power. Community and work groups in action. Middlesex: Penguin Books, 1979.
28. Crozier Kegler M, Steckler A, Herndon Malek S, McLeroy K. A multiple case study of implementation in 10 local Project ASSIST coalitions in North Carolina. *Health Education Research. Theory & Practice* 1998; 13: 225-238.
29. Turabián JL, Pérez-Franco B, Baltuille C, García C, Rodríguez J. Red de pacientes con recursos de salud positiva: una herramienta para la producción alternativa de servicios en medicina de familia. *Centro de Salud* 1997; 5: 166-170.
30. Kelly D. Patients as partners in medical education. En: Whitehouse C, Roland M, Campion P, eds. *Teaching medicine in the community. A guide for undergr-*
- duate education. Oxford: Oxford University Press, 1997; 149-152.
31. Vail R, Mahon-Salazar C, Morrison A, Kalet A. Patients as teachers: an integrated approach to teaching medical students about the ambulatory care of HIV infected patients. *Patient Education and Counseling* 1996; 27: 95-101.
32. Duro Martínez JC, Molina Fernández MM. La consulta joven en los centros de salud de Fuenlabrada (Madrid): una evaluación cualitativa. *MEDIFAM* 1998; 8: 221-229.
33. Turabián JL, Pérez-Franco B, Hernández I, Areosa A, Calvo R. Evaluación cuantitativa de un método de educación para diabéticos en consultas grupales. *Centro de Salud* 1998; 6: 290-293.
34. Pérez-Franco B, Turabián JL, Atenza J, Castañeda C, Alfonsea JE y Equipo de Trabajo. Evaluación de la factibilidad y de la estrategia de ejecución de la «IV Fiesta de la Salud de Talavera de la Reina». *MEDIFAM* 1996; 6: 262-267.
35. Turabián JL. Una estrategia de progreso en la atención primaria: servicios capacitadores. *Jano* 1995; XLIX: 101.
36. Turabián JL, Pérez-Franco B. Canales de participación y promoción de la salud de los ciudadanos en los centros de salud. *Cuadernos de Gestión* 1995; 1: 115-125.
37. Turabián JL, Pérez-Franco B, Díaz L, Colino R, Menéndez-Cabeza MV. Desde la cartera de servicios a la promoción de la salud. *Centro de Salud* 1994; 7: 535-539.
38. Turabián JL, Pérez-Franco B, Baltuille C, García C, Rodríguez J. Red de pacientes con recursos de salud positiva: una herramienta para la producción alternativa de servicios en Medicina de Familia. *Centro de Salud* 1997; 5: 166-170.
39. Aranda Regules JM, ed. Nuevas perspectivas en atención primaria de salud. Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
40. Turabián JL, Pérez-Franco B. Oportunidades de los consejos de salud en el mercado sanitario. *Cuadernos de Gestión* 1997; 3: 27-36.
41. Linse ICM. The patient union: a partner in Dutch patient education. *Patient Education and Counseling* 1996; 28: 57-67.