

# *Salud y Fisioterapia comunitaria.*

## *Una aproximacion teorica*

J. Rebollo Roldan. *Profesor Titular de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

R. Chilion Martinez. *Profesora Asociada del Area de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

B. Garcia Hurtado. *Profesora Colaboradora del Area de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

M. Segovia Moran. *Profesor Asociado del Area de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

C. Suarez Serrano. *Profesora Asociada del Area de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

### **RESUMEN**

En el presente trabajo abordamos los necesarios supuestos teóricos sobre la salud y su relación con el campo de la Fisioterapia comunitaria, entrando a conocer el concepto de salud, analizándolo desde una perspectiva histórica y presentando las tendencias actuales. Del mismo modo, entramos en el examen del término salud comunitaria y, por extensión, en el de Fisioterapia comunitaria, más cercanos en el tiempo. Por último, a modo de conclusión, presentamos una serie de consideraciones personales en torno a la intervención del fisioterapeuta en el ámbito comunitario.

*Palabras clave:* Salud, salud comunitaria, fisioterapia, fisioterapia comunitaria.

### **ABSTRACT**

In this work we approach the necessary theoretical assumption over the health, and its relationship with the community physiotherapy's area, to know the concept of health, analyzing it from a historical perspective and showing the presents tendencies. In the same way, we examine the community health term, and, by extension, the community physiotherapy term, nearer in the time. To finish, like a conclusion, we present several personal reflexions about the physiotherapeutics interventions in the community ambit.

*Key Words:* health, community health, physiotherapy, community physiotherapy.

### **INTRODUCCIÓN**

Desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada por la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata (antigua URSS), en septiembre de 1978 y, posteriormente, desde las formulaciones de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (documento oficial del I Congreso

Internacional de Promoción de la Salud, celebrado en noviembre de 1986), se acepta universalmente que la atención a la salud ha de estar basada en las necesidades y problemas de salud de la comunidad concreta a la que va dirigida, que es indispensable la participación activa de los diversos miembros de esa comunidad y que debe apoyarse en elementos intersectoriales, es decir que no

depende exclusivamente de los servicios sanitarios, ya que, como proceso de equilibrio inestable e integral de las personas con el medio ambiente, la salud está condicionada por factores intersectoriales: históricos, biológicos, culturales, socioeconómicos, etc., tanto individuales como colectivos.

Se parte, pues, de la base de que la salud es patrimonio y responsabilidad de todos y, en consecuencia, cualquiera de las actuaciones en salud que se pretendan desarrollar, deben responder a las necesidades, objetivos y planteamientos de la comunidad a la que vayan dirigidas, para lo cual es necesario que se elaboren desde la participación ciudadana en todo el proceso: en confeccionar los elementos diagnósticos de salud de la comunidad, en establecer los objetivos de salud, en seleccionar las prioridades, en el desarrollo de los programas y estrategias de actuación que se pongan en marcha, y en la evaluación de dichos programas.

Posteriormente, la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI, documento oficial de la IV Conferencia de Promoción de la Salud celebrada en Yakarta en julio de 1997, considera la participación como un elemento nuclear de la promoción de la salud, manifestando que las personas deben estar en el centro de las acciones de promoción de la salud y de los procesos políticos para hacerlas efectivas. Por ello, es necesario aumentar la capacidad comunitaria y facultar a los individuos, de modo que las actuaciones en salud se efectúen por y con las personas, no sobre o hacia las personas. Para lo cual se requiere mejorar la capacidad de los individuos para llevar la acción adelante y mejorar la capacidad de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los determinantes de la salud.

El énfasis en la consideración del elemento comunitario se manifiesta también de forma muy especial en el campo de la Fisioterapia, al observar que de forma espontánea se generan actividades relacionadas con la movilidad o más bien con las alteraciones de esta, en el seno de diferentes entidades e instituciones ciudadanas, como respuesta que la propia sociedad articula ante unas necesidades de salud, reales y sentidas por la comunidad. Nos encontramos, pues, que se abre una nueva dimensión de la profesión: la Fisioterapia como elemento de intervención en salud con la comunidad (Fisioterapia comunitaria). Esta circunstancia no ha llevado a considerar necesario proceder al análisis de los diferentes elementos sustantivos que configuran este constructo a partir de los términos relacionados.

Al inicio de nuestro estudio nos parece necesario dejar constancia de que hemos encontrado que los conceptos que vamos a analizar son utilizados por los diferentes autores de forma polivalente, es decir, que presentan distintos significados, de modo que, dependiendo de la posición ideológica en que cada autor se sitúe, adquirirán un contenido determinado u otro. Con este trabajo pretendemos mostrar esa pluralidad de posicionamientos, si bien, posteriormente, nos referiremos a nuestra propia óptica personal, destacando el modelo al que nos adherimos.

## EL CONCEPTO DE SALUD

Nos aproximamos al concepto de salud conociendo, anticipadamente, que existe una cierta dificultad en definirlo, pues, por una parte, ha sufrido importantes variaciones a lo largo del tiempo y, por otra, porque, como afirma José Ma Anto (1983), «*toda cul-*

*tura elabora su propia manera de entender y expresarla salud, e igualmente en el interior de esa cultura, cada Individuo reflexiona e interioriza su propia vivencia de la salud y la de aquellos que le rodean».* Acometeremos, pues, esta tarea, acercándonos, en primer lugar, a las definiciones que ofrecen diversos diccionarios generales y especializados, continuaremos haciendo una breve reflexión sobre el contenido que el término «salud» ha podido sustentar a lo largo de grandes periodos de la historia, hasta situarnos a mediados del presente siglo donde, a partir de la definición que en su carta constitucional ofreciera la Organización Mundial de la Salud (OMS) iremos presentando un análisis de las aportaciones que han efectuado diversos autores; ello nos permitirá aclarar cuál es nuestra posición personal al respecto.

El término «salud» procede del latín *salus* y hace referencia al normal funcionamiento psicobiológico de la persona.

El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española, en su XXI edición, de 1992, define el término salud, en su primera acepción, como «*estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones*». En estos mismos términos, o similares, se expresan otros diccionarios y enciclopedias, incluso especializados, apreciándose en todas las definiciones una concepción estrictamente biológica de la salud, así como un sentido negativo de la misma, por cuanto se considera ésta, desde una óptica desfasada, no por lo que es, sino por lo que no es: la ausencia de enfermedad.

Desde una perspectiva histórica, autores como Illich (1975) consideran que, desde la aparición del hombre sobre la tierra hasta nuestros días, el concepto de salud ha pasado por un proceso evolutivo que se puede dividir en cuatro etapas, cada una de las cuales se refiere a grandes periodos de la

evolución de la cultura en el ámbito occidental y las denominan por la idea principal que puede identificar el concepto de salud preponderante en ese momento histórico, a saber: La salud como mantenimiento de la vida; la salud como valor religioso; la salud como ausencia de la enfermedad y la salud como equilibrio entre el individuo y su ambiente. Prescindiremos de comentar las dos primeras etapas porque consideramos que, estando excesivamente lejanas en el tiempo, no aportan elementos sustanciales para nuestra reflexión teórica.

### **La salud como ausencia de la enfermedad**

A partir del Renacimiento comienzan a desarrollarse las ciencias aplicadas a la atención sanitaria, produciéndose importantes avances en el campo de la anatomía y la fisiología, lo que vino a redundar en un mayor conocimiento de los procesos morbosos que hacen enfermar al ser humano. Este lento, pero constante progreso conlleva a que, a mediados del siglo XIX, el avance de la ciencia médica experimente un extraordinario crecimiento que, a su vez, conduce a un conocimiento más profundo del ser humano desde el punto de vista biológico; llegando a establecer una clara relación entre la enfermedad y el agente que la causa. Esto permitió que los estudios se centraran principalmente en la búsqueda de las causas de las enfermedades y, consecuentemente, en su tratamiento. Así pues, en este periodo, la salud se entiende como la ausencia de enfermedad, como la constatación objetiva de que en el organismo humano no se manifiestan anomalías de tipo anatómico-morfológico, ni comportamientos inadecuados de los aparatos y sistemas que lo componen, es

decir, de enfermedades físicas; así como tampoco de perturbaciones en la vida de relación, o sea, de enfermedades mentales (Vaquero, 1982: 23).

Este concepto, que supuso un gran avance en su época, se perfila hoy como un concepto restringido y negativo, por cuanto define la salud no por lo que es, sino por lo que no es, lo que induce a que la población en general esté más preocupada por la enfermedad que por la salud, y a que todo el sistema sanitario se articule en torno a la persona enferma, centrando su actividad en la asistencia sanitaria, en la curación y la rehabilitación del enfermo, otorgando gran preponderancia a la intervención asistencial, reparadora, personalizada, muy centrada en el personal médico, el paciente y el acto de curar. Consecuentemente, no se ocupa de los aspectos positivos de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud.

Este enfoque, en vigor durante el pasado siglo hasta la década de los cuarenta y, por tanto, hoy desfasado, aún pervive, encontrándose numerosos vestigios del mismo en nuestra sociedad. Buena muestra de ello son las definiciones clásicas del concepto de salud que aún hoy encontramos en los diccionarios y enciclopedias. Ello es debido a que resulta muy difícil sustraerse a la idea de que tener salud equivale a no tener enfermedades, a no sentirse mal. Sin embargo, esta idea no es rigurosamente cierta, porque cuando un enfermo tiene fiebre, dolor, vómitos y otras molestias, aunque le produzcan malestar, hay que considerar que se trata de síntomas favorables, ya que, además de una forma de alerta que sirve para liberar al enfermo de la causa que le ha hecho enfermar, constituyen una forma de lucha contra las limitaciones a las que se enfrenta el organismo. Por tanto, si estos síntomas no se presentaran, el enfermo se sentiría menos en-

fermo en el sentido de que se encontraría mejor y gozaría de mayor bienestar, pero probablemente moriría. Por otro lado, hay enfermedades que contienen una parte generadora de salud, como sucede por ejemplo con las vacunas, mediante las cuales, como es sabido, se procura causar una enfermedad atenuada, podríamos incluso decir que se trata de provocar una enfermedad saludable, pues se pretende evitar que posteriormente sobrevenga otra peor.

### **La salud como equilibrio entre los individuos y su ambiente**

Tras la II Guerra Mundial comienza a tomar cuerpo la idea de que la ausencia de enfermedad no implica de por sí la existencia de salud (Sigerist, 1943). Esta idea recibió pleno reconocimiento en 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud, con el propósito de unificar criterios y estrategias, ofreció, en su Carta Constitucional, un concepto más amplio y positivo, definiendo la salud en los siguientes términos: «*La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades. La posesión del mejor estado de salud, que se es capaz de conseguir, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad; depende de la cooperación más estrecha posible entre los estados y los individuos.*» (OMS, 1960).

Esta definición presenta, según diversos autores entre los que cabe destacar a R. Moragas (1981), M. Terris (1980) y L. Salleras (1985), algunos aspectos positivos e innova-

dores, aunque también, algunos de estos autores, y otros como H. San Martín y V. Pastor (1988), señalan que contiene importantes elementos susceptibles de ser criticados.

A continuación reseñamos una síntesis de ambos posicionamientos.

Entre los aspectos positivos e innovadores cabe destacar los siguientes:

- a) Que por primera vez se define la salud en términos positivos, considerándola no como la ausencia de enfermedad e invalidez, sino como un estado óptimo que se concreta en la idea de completo bienestar.
- b) Que ese bienestar hace referencia no solo al ámbito biofísico de la persona, sino que incluye, también por primera vez, los aspectos mentales y sociales del individuo. Esta inclusión de los aspectos sociales supone que la salud de un individuo exige su armoniosa interrelación con los componentes del medio, especialmente con el grupo de pertenencia, lo que significa que la salud no solo hace referencia al individuo aislado, sino también a su entorno familiar y comunitario. En este sentido, el hecho de que la salud esté referida a los aspectos sociales, supone, como señalan H. San Martín y V. Pastor (1988), que se encuentra relacionada con las estructuras socioeconómicas del tejido social (salario, tipo de trabajo, cultura, vivienda, alimentación, etc.), con el sistema de producción-consumo, con el nivel y los modos de vida de los individuos, de las clases y grupos sociales, con las desigualdades sociales existentes, con el grado de instrucción de cada cual y con el grado de participación social de las comunidades. Este último aspecto es de muy importante consideración en nues-

tro trabajo, por cuanto venimos constatando que la participación social de los ciudadanos interesados en su propia salud, articulados por las diferentes entidades que conforman el tejido social, constituye un elemento fundamental en el camino hacia la consecución y desarrollo de una Fisioterapia comunitaria.

- c) Que la salud constituye uno de los derechos fundamentales del ser humano y que incluye la solidaridad internacional. Consideramos este aspecto muy significativo, pues, como es sabido, los sistemas de producción-consumo así como las desigualdades sociales, tienen una indiscutible dimensión internacional.

Las críticas están fundamentalmente referidas a las siguientes cuestiones:

- a) Se trata de una definición subjetiva, ya que la noción de salud se deja al criterio del individuo: si éste se siente bien está sano, en caso contrario está enfermo. Pero tal razonamiento puede resultar engañoso, pues como afirma M. Terris (1980), según esta definición, salud y malestar son términos excluyentes, pero no salud y enfermedad, pues frecuentemente se da el caso de personas que se sienten bien y solo tras un examen rutinario se les descubre una formación neoplásica u otro tipo de enfermedad que permanece totalmente asintomática. Inversamente, se presenta frecuentemente el caso de personas que sintiendo subjetivamente mal, no se les encuentra ninguna patología tras un examen concienzudo.

Por otra parte, Domínguez Carmona (1981) señala que la definición de la QMS presenta la salud fragmentada en

tres componentes, mientras que el considera que el elemento bienestar hay que entenderlo de forma global, gestaltico, de manera que las dimensiones física, mental y social de la salud no deben considerarse por separado, aunque esta pueda conseguirse y, sobre todo, perderse, por diversos factores que puedan ser incluidos en alguna de esas dimensiones.

- b) Considera la salud como un estado, estableciendo un concepto absoluto y estatico de la salud, cuando una de las características básicas de la misma es su carácter dinámico. A este respecto, señala J.M. Anto (1983:35) que *la salud humana tiene poco que ver con el completo bienestar, ya que este término no tiende a olvidar que la realidad y por tanto, la conciencia de la realidad, consiste en una interrelación compleja entre placer y dolor, seguridad y miedo, descanso y fatiga.*

En efecto, el carácter dinámico de la salud se pone de manifiesto porque, por una parte, el desarrollo de todo organismo desde el nacimiento hasta la muerte supone un constante dinamismo de procesos bioquímicos y morfológicos. Por otra parte, porque el ambiente que rodea al ser humano y que influye ineludiblemente en su salud, es también un proceso dinámico que va evolucionando en sus aspectos biológicos, ecológicos y sociales. Así pues, dada la cantidad de variables constantemente cambiantes que condicionan la salud, ésta no puede concebirse como un estado, sino como un proceso. De ahí que los diversos autores hablen también del proceso de enfermar.

En realidad la salud-enfermedad puede considerarse un continuo dinámico porque

forma parte de la vida y la vida es un proceso, no un estado. En dicho continuo, según podemos observar en el esquema de L. Salleras (1985) hay una zona central no muy bien definida, donde no puede distinguirse lo normal de lo patológico. En un extremo se halla la muerte prematura y en otro el estado óptimo de salud. A la muerte se llega necesariamente por imperativos biológicos y no podemos hacer nada para soslayarla, lo que si podemos hacer es intervenir para evitar las muertes prematuras, es decir, aquellas que sobrevienen como consecuencia de enfermedad o accidente y no como consecuencia de que haya finalizado el ciclo biológico natural de la persona. En el otro extremo se sitúa el grado máximo de bienestar. Este estado, más que una realidad alcanzable, es una meta hacia la que hay que tender. Según este autor, tanto el evitar las muertes prematuras como el conseguir elevados grados de bienestar, pueden alcanzarse mediante procesos de educación para la salud acompañados de otras medidas sociales (figura 1).

En este mismo sentido se posiciona M. Terris (1980), cuando afirma que la salud no puede considerarse un absoluto, ya que, como hemos mencionado anteriormente, no existe un límite neto entre la salud y la enfermedad, sino que en el continuo salud-enfermedad existen diferentes grados y diversas expresiones tanto de la salud como del malestar, e incluso pueden estar entremezcladas. Por este razonamiento dicho autor propone que se elimine de la definición el término «completo».

- c) Se trata más de la expresión de un deseo que de la descripción de una realidad. Desde esta perspectiva se considera que la definición de la OMS más bien parece una declaración de principios, con un

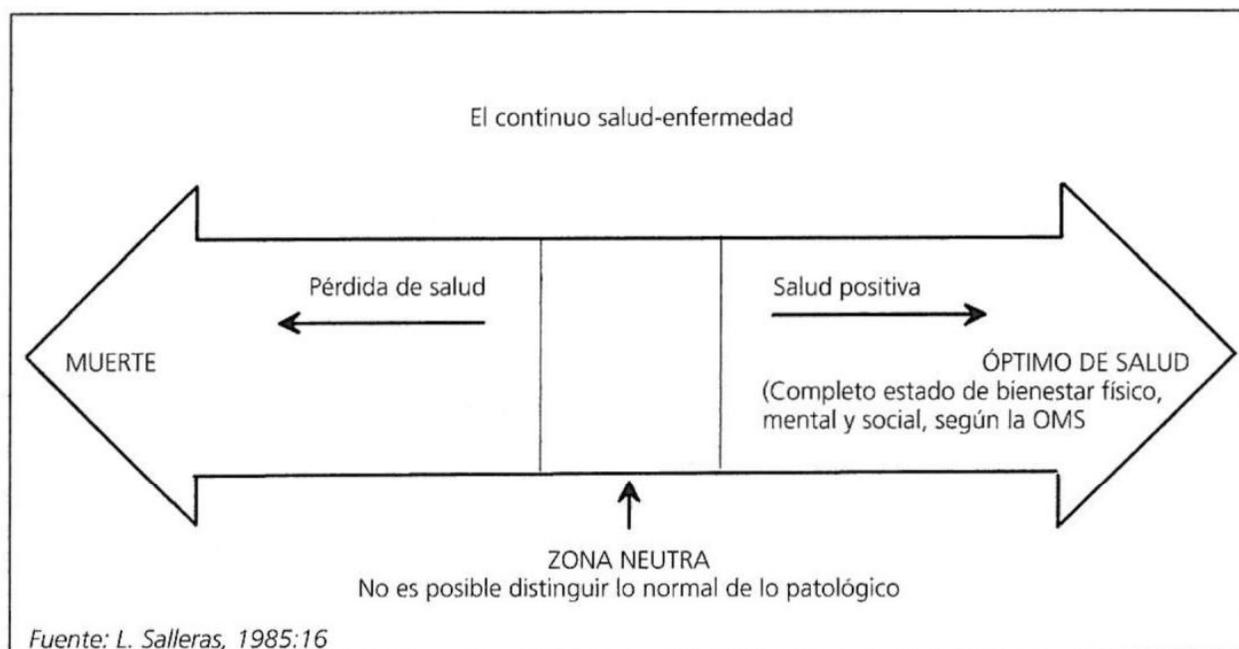


Fig. 1. El continuo salud-enfermedad.

alto grado de abstracción y simplicidad, que conlleva a una valoración acrítica y ahistórica (Godoy, 1984) del concepto de salud. Mas parece una utopía, una especie de meta inalcanzable, porque muy difícilmente se podrá lograr un estado de bienestar completo desde el punto de vista físico, psíquico y social. En consecuencia, tal definición no sirve a los objetivos de las ciencias interesadas en la salud. Por otra parte, ¿cuáles serían los indicadores que nos aseguraran que se ha alcanzado ese grado de completo bienestar social, tanto por los individuos como por las comunidades?

A este respecto, no todos los autores se han mostrado en desacuerdo con esta definición, pues algunos, como R. Moragas (1981) consideran que el hecho de entrañar un componente utópico es ya un elemento positivo, pues, como se sabe por la sociolo-

gía, las utopías, cuando no se utilizan como medio de evasión de la realidad, llegan a cumplir importantes funciones sociales, al constituirse en mecanismos de motivación para mejorar y reformar situaciones sociales inadecuadas e injustas.

Por nuestra parte, hacemos nuestra la reflexión que plantea J.M. Anto (1983:36) cuando considera que más que hacer una crítica a la definición de la QMS por la inclusión del término completo estado de bienestar, lo que se debe hacer es una aproximación al concepto de «estado de bienestar» tal como se entendía en la Europa de la posguerra. Este autor contextualiza la definición de la QMS arguyendo que, en la Europa situada en torno a la II Guerra Mundial, el concepto de bienestar tenía, fundamentalmente, un significado político y económico. Desde el punto de vista económico se trataba de encontrar una adecuada redistribución de las rentas que asegurara un mi-

nimo bienestar económico para la mayoría de la población. Y desde el punto de vista político el estado de bienestar se orientaba hacia la producción de bienes y servicios no rentables para el sector privado, de tal manera que el Estado, al hacerse cargo de ofrecer a la sociedad tales bienes y servicios, garantizara a todos los ciudadanos unos niveles mínimos de percepciones directas por su trabajo y, especialmente, de servicios públicos asistenciales y de previsión social. No es, pues, de extrañar que, en la Europa de la posguerra, el concepto de bienestar, alcanzase su máxima expresión en el terreno de la asistencia sanitaria, de ahí que la OMS definiera la salud en términos de completo estado de bienestar físico, psíquico y social.

Por otra parte, en aquellas fechas todavía no se había producido el debate ecológico general, ni el particular sobre la salud, que fue característico de los años sesenta y setenta, por lo tanto, aquellos enfoques que conciben la salud en cuanto a adaptación aún no se habían producido.

### Nuevos conceptos sobre la salud

Cabe señalar una quinta etapa, a la que podríamos denominar nuevos conceptos sobre la salud, en la cual, a través de diversas definiciones aportadas por distintos autores en las últimas décadas, se enriquece la que ofreciera la OMS, al tiempo que nos pone en mejores condiciones de interpretar la realidad que nos rodea, resaltando la importancia de la salud como equilibrio entre el individuo y su entorno. Así tenemos que:

H.E. Sigerit (1960) considera que la salud no es simplemente un fenómeno negativo de ausencia de patología, sino algo positivo, se trata de mantener una actitud gozosa

ante la vida, una alegre aceptación de las responsabilidades que esta le impone al individuo. Nos resulta sorprendente que, desde el campo de la sanidad se pueda ofrecer una definición tan sugerente.

M. Payne (1963) dice que la salud es por naturaleza un fenómeno de ecología dinámica, que se trata de la expresión de un equilibrio ecológico favorable que no exige una ausencia total de enfermedad, pero que requiere la presencia de haberes positivos que promuevan y fomenten dicho equilibrio.

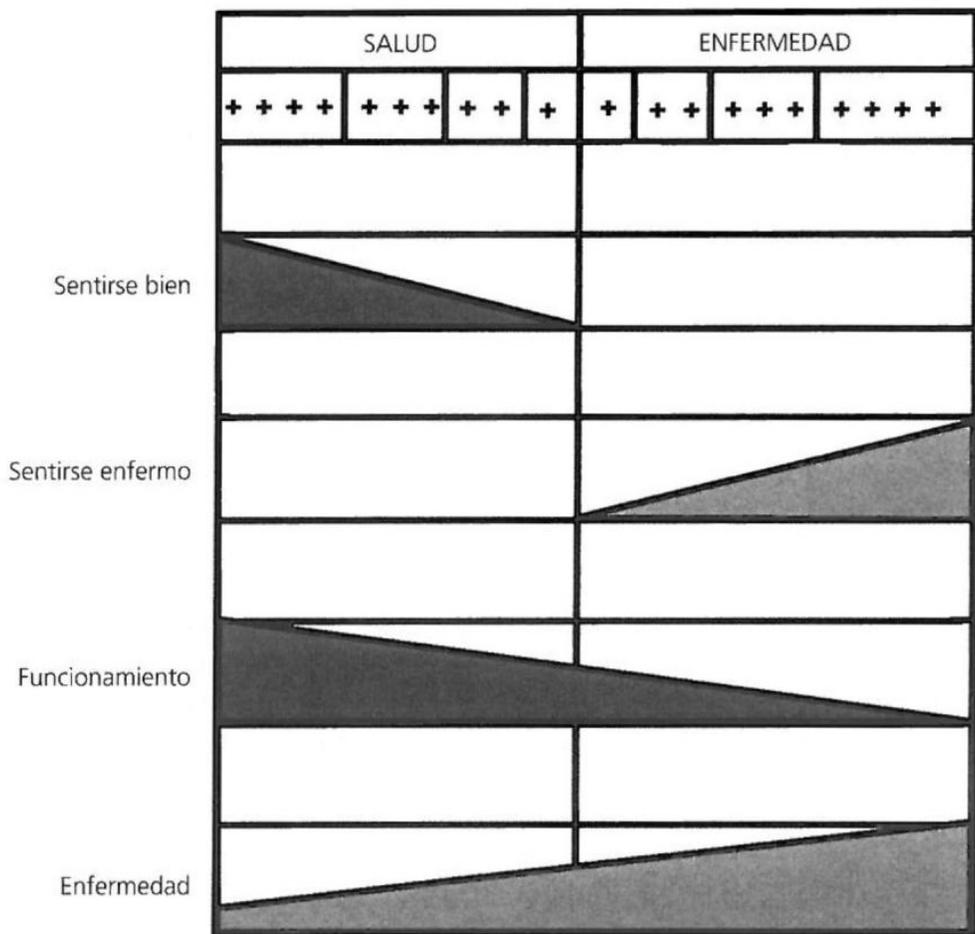
R. Dubos (1975), opina que la salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en este medio en las mejores condiciones.

Para J. M. Terris (1980), la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente ausencia de malestar o invalidez. Este autor modifica la definición de la OMS (1948) en tres de sus componentes: por una parte, elimina el vocablo «completo» puesto que ello, como ya hemos mencionado, plantea la salud en términos de absoluto mientras que, sostiene, existen distintos grados de salud. Por otra parte, sustituye la expresión «enfermedad» por la de «malestar», por cuanto considera que el bienestar (la salud) y la enfermedad pueden coexistir. Por último, añade la capacidad de funcionamiento, considerando así que introduce, al aspecto subjetivo de la salud (sentirse bien), un aspecto objetivo, que es la capacidad para funcionar. Argumenta que esta generalmente aceptado que el propio concepto de malestar presenta también un aspecto subjetivo y otro funcional, pues no se trata solamente de considerar que el individuo se sienta mal, sino de que ese malestar interfiera, en mayor o menor medida, sobre su capacidad para desempeñar las ocupaciones habituales.

En la figura 2 se ilustra la relación entre los aspectos subjetivo y objetivo en el continuo salud-enfermedad. En dicho cuadro observamos, por una parte, los aspectos subjetivos que plantea la OMS: «sentirse bien», que es equivalente a estar sano (reconociendo que existen diversos grados de salud), así como «sentirse enfermo», que es equivalente a estar enfermo (reconociendo que existen diversos grados de enfermedad). Y por otra, el aspecto que Terris considera como objetivo: la capacidad para funcionar, que, en ese continuo salud-enfermedad, se

va perdiendo a medida que aumenta esta última (figura 2).

Consideramos que este autor introduce un importante elemento en el concepto de salud, que resulta especialmente relevante para la fundamentación disciplinar de la Fisioterapia, se trata de «la capacidad para la función» en el desempeño de los roles y ocupaciones habituales. Sin embargo no podemos afirmar que la introducción de este concepto en la definición de salud, significa que se haya añadido un elemento que permita objetivar esta al cien por cien, pues



Fuente: M. Terris, 1987:42

Fig. 2. Relación de los aspectos subjetivo y objetivo en el continuo salud-enfermedad.

pensamos que pueden coexistir la capacidad para la función y ciertos grados precoces de enfermedad que no producen malestar ni limitan la capacidad de funcionamiento.

Bonnevie (citado por Anto: 1983) plantea que el concepto de salud implica el desarrollo de las funciones fundamentales del individuo, las cuales solo pueden lograrse mediante una adaptación, definida ésta como la interacción recíproca entre el ser humano, considerado globalmente de manera biopsicosocial y sus condiciones de vida determinadas socioculturalmente.

Según San Martín y Pastor (1988), la salud representa una situación relativa, variable, producto de todos los factores de la vida social sobre la población y el individuo, cuando estos factores son favorables a la etología individual. De acuerdo con esta idea dichos autores también la salud como un proceso social en su origen, que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de la comunidad y que, finalmente, produce en el individuo, según las circunstancias (favorables o negativas), el estado ecológico de salud o el desequilibrio ecológico que llamamos enfermedad. En este concepto de salud hay tres aspectos a considerar: un componente subjetivo (bienestar), otro objetivo (aptitud para la función) y un tercero de tipo psicocológico-social (adaptación biológica, mental y social del individuo).

E. Godoy (1984) considera la salud como una condición de equilibrio dinámico en la que vive el individuo, cuando dentro de su propio ser y en el ambiente en que se mueve funciona de manera armónica. Esto le proporciona un estado de bienestar integral en el que participa todo el, constituido por una parte física, otra psicológica y otra social, las cuales se interrelacionan permanente-

mente. El estado de equilibrio surge de la acción mutua de dos tipos de factores ambientales: a) uno interno, constituido por elementos genéticos, propios de cada persona y por elementos generados por el ambiente externo. Y b) un ambiente externo, constituido por el ambiente total, el cual viene determinado por elementos naturales como el espacio físico, la geografía, la vivienda, etc; por elementos biológicos (hombre, animales, plantas) y por elementos sociales generados por la actividad comunitaria, como los procesos de producción social, de división social del trabajo, de organización familiar, etc. Cuando la interacción de estos dos ambientes determina la existencia de personas encuadradas en los límites considerados normales por la forma cultural de la sociedad, entonces gozan de ese tipo de bienestar que denominamos salud.

Al examinar las diversas definiciones y aportaciones de los autores anteriores, encontramos que todas ellas señalan hacia la consideración de que la salud es un proceso dinámico e inestable, relacionado con una multiplicidad de factores sociales, ambientales, personales, políticos, culturales etc y que, incluso a veces, el propio dinamismo determina que el individuo pierda, durante períodos más o menos largos, el disfrute de ese bienestar.

Estimamos que la salud no puede ser concebida como una condición existencial estática, porque el dinamismo en sí, es una condición inherente a la salud, pues, a medida que satisfacemos las necesidades más elementales para lograr el bienestar, encontramos nuevos, mejores y más elevados niveles de bienestar que debemos satisfacer para obtener una buena salud. En este sentido, podemos afirmar que la salud tiene en sí misma un motor evolutivo, lo cual permite determinar proyectos de futuro.

Encontramos también que si bien la salud tiene una dimensión colectiva innegable, presenta también una expresión en lo individual, pues lo que significa equilibrio para un individuo, se puede mostrar distinto en otro ser del mismo sexo y edad, al estar presentes otros caracteres genéticos y ambientales diferentes a los del primero.

La misma Organización Mundial de la Salud ha cambiado la definición que ofreciera en 1948, acercándose más al debate ecológico, de manera que en 1985 aborda el concepto de salud como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y de responder de forma positiva a los retos del medio ambiente. Así lo presenta D. Nutbeam (1986), cuando considera que se trata de un concepto positivo que hace hincapié en la necesidad de poner en juego los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas.

A partir de los años ochenta se generaliza la idea de la salud enlazada a los comportamientos. Esta idea viene a establecer la existencia de una relación directa entre el grado de salud y bienestar, o malestar, y el tipo de costumbres y estilos de vida. Los autores que se adscriben a esta corriente, como Bayes (1979, 1983, 1985), Costa y López (1983, 1986), Matarazo (1984), Osborne (1979), Valdes (1983), entre otros, sostienen que la salud depende de nuestra forma de actuar, de nuestros estilos de vida o de nuestros comportamientos, los cuales se encuentran muy enraizados en las formas sociales y culturales que nos envuelven. Hasta tal punto es así, que actualmente se considera que la mayoría de las diez principales causas de muerte en los países desarrollados, se encuentran determinadas, en gran parte, por factores de conducta, de modo que podrían prevenirse y reducir su índice de morbilidad si las personas mejoraran solamente en cin-

co comportamientos, a saber: la dieta, el hábito de fumar, el ejercicio físico, el abuso de alcohol y el uso de fármacos hipotensores. En efecto, las principales patologías (enfermedades cardíacas, neoplasias, accidentes, arteriosclerosis, cirrosis hepática, etc.) están asociadas a factores de riesgo conductuales, como la dieta, el sedentarismo o la ausencia de ejercicio físico, el consumo de tabaco o alcohol y las conductas imprudentes. Obviamente existe en todos los casos una base genética frente a los riesgos conductuales y ambientales que en unas mismas circunstancias hace que unas personas desarrollen una enfermedad y otras no.

Para obtener salud no basta con plantearse, como en otros tiempos, una lucha contra los gérmenes patógenos, aunque ello aun sigue siendo necesario, sino que es preciso orientar el trabajo hacia la modificación de las conductas insanas; pero como éstas se encuentran normalmente relacionadas con diferentes variables ambientales, la libertad de los individuos para modificar sus conductas se ve fuertemente condicionada por dichas variables. Es pues necesario, si se pretenden lograr cambios conductuales, incidir también sobre variables socioculturales, potenciando estrategias de salud con una amplia participación de las comunidades (Costa y López, 1986).

### Consideraciones finales

Hasta aquí hemos presentado el amplio abanico de enfoques conceptuales que se barajan actualmente en torno a la salud. Debemos mencionar que todos estos enfoques, con mayor o menor implantación, se encuentran actualmente en vigor, si bien, como ya hemos comentado anteriormente, los más tradicionales, aquellos que se en-

cuentran centrados en el ámbito biológico, los aspectos clínicos individuales y el sanitario como catalizador de todo el sistema sanitario, y que contemplan la salud con ese sentido negativo y restringido que supone la ausencia de enfermedad, se consideran desfasados.

Por otra parte, reconocemos que las diferentes definiciones presentadas como de signo positivo nos parecen válidas, aunque contengan aspectos ambiguos e imprecisos que les restan la posibilidad de presentar criterios objetivos y evaluables. Así pues, nos parecen más aceptables y ajustadas a la realidad las definiciones planteadas en el apartado «Nuevos conceptos de salud», porque consideramos que para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, cualquier persona o colectivo debe poder discernir y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y evolucionar con su entorno o adaptarse a él. En este contexto, contemplamos la salud como un recurso para la vida cotidiana. Se trata, por tanto, de un concepto positivo que propone potenciar los aspectos sociales y los aspectos personales.

En este contexto consideramos de especial relevancia las conclusiones del primer congreso internacional de promoción de la salud (Carta de Ottawa) celebrado en Ottawa (Canadá) en 1986, organizado por la OMS, donde se plantea que los recursos básicos para la salud son los ingresos, la vivienda y la alimentación. En consecuencia, la mejora de la salud requiere alcanzar un nivel satisfactorio en estos aspectos fundamentales, pero supone también disponer de información y habilidades personales; requiere igualmente un entorno que la promueva y ofrezca oportunidades para poder realizar elecciones saludables entre los bienes de consumo, los servicios y demás posibilidades; se necesitan, finalmente, condiciones

que favorezcan la salud en el entorno económico, social y físico (entorno global). Esta inseparable relación entre la persona y su entorno constituye la base para la concepción socioecológica de la salud más aceptada en la actualidad. Desde esta perspectiva se subraya la importancia de la interacción entre los individuos y su entorno, así como la necesidad de conseguir un cierto equilibrio dinámico entre ambas partes. En este contexto destaca así mismo el carácter subjetivo y la relatividad del concepto de salud, así como el hecho de que las experiencias personales sobre la enfermedad y la salud están muy influenciadas por el contexto cultural en que tienen lugar.

Consideramos también que este concepto socioecológico de la salud implica que los propios interesados han de participar en la planificación, aplicación y toma de decisiones acerca de su propia salud y no abandonarse exclusivamente en las decisiones que tome el personal sanitario. Somos conscientes de que ello requiere un difícil ejercicio de responsabilidad por parte de los individuos y de los colectivos, que se debe fomentar en el ámbito comunitario. Esta circunstancia puede tener una amplia respuesta y una notoria repercusión, según hemos constatado, mediante la puesta en marcha de programas comunitarios de educación para la salud, diseñados desde la Fisioterapia, a llevar a cabo entre los diversos colectivos que componen el tejido social de las comunidades. No nos cabe la menor duda de que en estos programas se encuentra una de las claves principales para el desarrollo de una auténtica Fisioterapia comunitaria.

Desde el punto de vista social, las definiciones positivas resultan extraordinariamente interesantes, por cuanto presentan con claridad que toda la problemática que se suscita en torno a la salud, señala la relación

de ésta con el ambiente de vida del individuo y de las poblaciones, con su cultura, con su nivel de información y de educación, y, por supuesto, con los comportamientos colectivos y el nivel de desarrollo social. Se trata, por consiguiente, de unos campos multidisciplinarios en los que pueden y deben intervenir también los profesionales de la fisioterapia en tanto que constituyen un importante pilar en la promoción de la salud de nuestra sociedad desarrollada y cada vez más sedentaria.

## EL CONCEPTO DE SALUD COMUNITARIA

El concepto de salud comunitaria se encuentra ligado a la evolución que ha seguido el concepto mismo de salud, pues, como acabamos de exponer, hasta tiempos relativamente recientes el principal tema de preocupación de los colectivos e individuos no ha sido la promoción y protección de la salud, sino la atención de la enfermedad.

Si bien existen antecedentes históricos más antiguos, el concepto de salud comunitaria hunde sus raíces más remotas en el de medicina social, término que se acuña a finales del siglo pasado, presentando un referente más cercano en el de salud pública.

A continuación vamos a realizar un recorrido histórico de estos conceptos, entrando en el análisis y evolución de los mismos, lo que nos permitiera desembocar en el más amplio y actual de salud comunitaria.

### La medicina social

En el siglo XVIII aparecen las primeras aportaciones conceptuales, de manera sistemática, sobre lo que posteriormente se denominaría medicina social. Este enfoque

conceptual se construye a partir de la preocupación que manifiestan algunos sectores médicos, al relacionar determinadas situaciones sociales de individuos y colectivos con su estado de salud (o mejor dicho, de enfermedad). SegCin Lyon (1984), en esta época destacan autores como:

Romazini (1633-1717), el cual, para resolver los problemas higiénico-sanitarios de la época, plantea soluciones de carácter social. Escribió un tratado sobre las enfermedades de los artesanos.

Peter Franck (1745-1821), quien asumiendo las ideas políticas y económicas de la ilustración, y ante la necesidad creciente de mejorar la mano de obra, afronta los problemas de salud derivados de la miseria y la precariedad en que viven los obreros, en función del orden social, el bienestar humano y los intereses nacionales. Es pues el primer autor que formula de manera clara y contundente que la higiene y la salud son un asunto del Estado. Por esta razón se le considera el fundador de la higiene pública.

En Alemania, como consecuencia de los cambios ideológicos y sociales que se produjeron a partir de 1848, año del Manifiesto Comunista, un grupo de autores, encabezados por Virchow, constataron la interdependencia existente entre los problemas de salud y los problemas sociales. Los escritos de estos autores, que trataban sobre la necesidad de reformar los servicios sanitarios de forma radical, despertaron un enorme interés, ya que no se limitaban solamente a sostener posturas académicas, sino que presentaban una fuerte carga de compromiso social.

En Inglaterra, inmersa en el desarrollo industrial que promueve el capitalismo liberal y con un importante comercio exterior, se

pone de manifiesto que los pobres tienen más enfermedades, pero, en un primer momento, no lo relacionan con la estructura socioeconómica, sino con los vicios y las malas costumbres de las clases sociales trabajadoras, pues, para el pensamiento preponderante de la época, el régimen político-económico establecido se consideraba como el orden instituido por Dios. Consecuentemente, trabajar y producir para la patria se estimaba como una forma de cumplir con la voluntad divina. Por tanto, plantear que el mismo sistema fuese causa de enfermedad y de desorden había de ser considerado como un atentado contra el plan propuesto por Dios.

Frente a esta posición ideológica aparecen los escritos de Edwin Chadwick y Southwood Smith, los cuales constituyeron los primeros documentos materiales que originaron el cambio ideológico en Inglaterra. La descripción de la forma de vida y la situación laboral de los trabajadores, y de sus implicaciones sanitarias, supuso un gran impacto para el Gobierno inglés y las clases altas (Lyons, 1984). Estos autores aplicaron el método estadístico a sus observaciones sobre los distintos modos de enfermar de los diferentes grupos humanos en relación con sus industrias y sus barrios. En un informe de investigación sobre el trabajo infantil, en la Inglaterra de 1833, se denuncian situaciones como las siguientes:

*Niños, algunos de ellos no mayores de cinco años, eran obligados a trabajar el mismo número de horas que los trabajadores adultos -donce, catorce, dieciséis horas diarias-, a veces toda la noche... Es triste encontrar en el informe palabras como estas, recogidas de boca de esos niños: «Me siento enfermo de cansancio, sobre todo en las noches de invierno». «Me siento tan cansado cuando*

*me arrastro hasta mi casa, que no me importa lo que hago». «Tan cansado, que ni puedo poner un pie delante del otro para caminar». «Muchas veces he estado tan fatigado, que me cuesta mucho trabajo quitarme la ropa por la noche o ponerme la por la mañana\*. «Mi madre me grita porque cuando me siento ya no puedo volver a ponerme de pie»...*

Por otra parte, resulta igualmente aterrador leer las contestaciones de los capataces:

*«Tras trabajar de ocho a nueve horas, los niños de entre ocho y nueve años quedan a punto de desmayarse, siguen trabajando solo si les hablas constantemente, o si se les aplican pequeños castigos físicos que los hacen avivarse. A veces me he visto obligado a castigarlos cuando están casi desvanecidos, y eso hiere mis sentimientos; con el castigo se despiertan y trabajan bien una hora más, pero las dos o tres últimas horas son para mí de trabajo intenso, porque ya están tan exhaustos»... «Los he visto dormirse y seguir haciendo su trabajo dormidos, aun cuando la vara ya no funcionaba y ellos habían ya acabado de trabajar». Coincidimos con M. Terris (1980:42-43) en que no resulta fácil leer estos relatos tranquilamente.*

A partir de las obras de estos autores se cimenta la reforma sanitaria que surge en la Inglaterra del siglo XIX.

Fue el alemán Alfred Grotjahn (1869-1931) quien a principios del presente siglo acuñó el término de «medicina social» (Lyons, 1984), al abordar el estudio de la enfermedad desde un punto de vista social. Establece que esta disciplina se fundamenta en la Demografía, la Economía, las Ciencias

Sociales y la Estadística. Con Grotjan el enfermo ya no es solo un caso clínico, sino también un individuo social (Lain Entralgo, 1986). Sus ideas influyeron notablemente en la URSS y en los estados centro-europeos.

En España tenemos, como antecedentes, destacados autores del movimiento higienista, en el que se incluyen personas de distintas profesiones, como médicos, maestros y abogados, entre los que sobresalen M. Seoane (1838), P.M. Monlou (1847), citados por Serrano (1989); así como Díaz Pena (1864) y Del Valle (1894). Ya en el siglo XX cabe mencionar también a otros notables higienistas, como C. Burgo (1904), profesora numeraria de la Normal de Magisterio de Valencia; Zurano Muñoz (1910), abogado; y Rodríguez López (1915), médico profesor de higiene en las Escuelas Normales de Magisterio de Barcelona.

Un lugar destacado ocupa el Dr. D. Pedro Vallina Martínez, médico natural de Guadalcanal, anarquista militante y filántropo revolucionario que, a su llegada al Hospital General de Sevilla, impresionado por el cuadro dantesco que ofrecía la sala de Santa Catalina, destinada a las mujeres tuberculosas, se dedicó a estudiar el fenómeno de la tuberculosis en la ciudad de Sevilla, entendiendo *«que debía levantarse contra tanto mal, buscar las causas, señalar a los culpables y proteger a las víctimas»*. Así pues, denunció el estado de insalubridad de las viviendas de las clases populares, según sus propias palabras: *«gritando tan alto que me oyeron hasta los sordos; y los culpables del mal se esforzaron por hacerme callar, pero no pudieron»* (Vallina, 1968). Apoyado por D. José Laguillo, director del periódico *El Liberal*, y mediante suscripción popular, levantó un sanatorio antituberculoso en Cantillana, a 25 km de Sevilla.

## De la medicina social a la salud comunitaria

Uno de los pilares básicos sobre los que se asienta el desarrollo de las políticas sociales que se producen en el segundo tercio del siglo XX es la salud, que, junto con la vivienda y el empleo, constituyen el inicio de lo que comenzó a denominarse, inicialmente en Gran Bretaña, como estado de bienestar social, situación que se consideraba alcanzable de manera ideal.

Como parte de ese anhelado estado del bienestar, va abriéndose camino, poco a poco, la realidad de una salud pública, es decir la necesidad de que los poderes públicos implanten y desarrollen un sistema en el que aúnen esfuerzos y coordinen los diferentes recursos de que disponen, para promover la eficacia de los servicios de salud, con el objeto de prevenir las enfermedades y de mejorar el nivel de salud de las poblaciones y comunidades (Winslow, 1951). Pues bien, en esta salud pública encontramos el antecedente inmediato del concepto de salud comunitaria.

La idea de salud comunitaria se inicia en la URSS hacia 1920, fecha en la que comienza a desarrollarse una especie de sistema de servicios, sanitarios y sociales, con el objetivo de proteger la salud de la población y educarla hacia una cultura de la salud integrada en los modos de vida de los individuos y de los colectivos. El sistema soviético fue el primero que introdujo los conceptos de planificación en salud, de regionalización y de sectorización de los servicios y de la población a servir, así como la integración de las actividades y la incorporación de la salud pública en la formación del personal de salud.

Tras la provechosa experiencia de la URSS, la idea comenzó a ser adoptada por otros

países europeos como Gran Bretaña y Yugoslavia y, al otro lado del Atlántico, por Chile, México, Colombia y Brasil entre otros.

Todas estas experiencias presentaron características estructurales comunes, como son: descentralización, programas de salud-enfermedad integrados, el nuevo concepto social de salud, el trabajo en sectores geográficos y de población limitados, pero interrelacionados; la salud pública y la epidemiología como orientadoras de las intervenciones; la educación para la salud como asunto importante; el trabajo en equipos multidisciplinarios y cierto grado de participación de la población.

Por otro lado, desde 1951, la QMS había comenzado a fundamentar la necesidad de organizar servicios de salud de base dirigidos particularmente al Tercer Mundo. Hacia 1960, el discurso de la QMS cambia, para centrarlo en el desarrollo económico y en la organización de servicios integrados de salud-enfermedad de carácter público, con cobertura universal y con participación de la población. Estas dos características entrarán luego a formar parte del concepto de salud comunitaria.

En 1972 Winslow, autor citado anteriormente, considera que el término salud pública incluye la intervención técnica planificada sobre el ambiente ecológico-social de vida de la población humana y sobre la población misma, con el objeto de eliminar riesgos para la salud, promover la salud, prevenir la enfermedad, curar la enfermedad cuando se ha producido, así como sus consecuencias, y hacer educación para la salud.

La propia OMS, en 1973, establece que el término salud pública implica la preocupación por los problemas de salud de las comunidades humanas, el estado sanitario del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los sistemas de servicios de sa-

lud, incluyendo la atención asistencial y la educación para la salud.

En Gran Bretaña, el desarrollo del concepto de medicina social trajo como consecuencia la creación de los Centros Médico-Sociales, organización que terminó desembocando en la creación del Sistema Nacional de Salud. A partir de este Sistema Nacional de Salud se desarrolla la idea del médico en la comunidad, diferenciándolo del médico de familia. La medicina comunitaria se orienta hacia el estudio de la salud y de la enfermedad en las comunidades, de modo que la función del médico consiste en investigar y valorar las necesidades de salud de la población, de tal manera que se puedan establecer prioridades para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención asistencial.

Así pues, encontramos que el concepto mismo de medicina comunitaria implica, necesariamente, la elaboración y puesta en práctica de un programa comunitario de salud, es decir, que orienta su objetivo de trabajo hacia la comunidad y no solamente al individuo aislado como caso clínico. Es obvio que este trabajo no puede ser acometido por un individuo solo, sino que se hace necesario la aparición de todo un equipo de salud, que se haga responsable del estudio de la comunidad con todo el entramado de relaciones sociales, de indagar sobre sus necesidades a fin de ofrecer respuestas adecuadas y satisfactorias, de conocer los recursos disponibles con que cuente, de fomentar su participación, etc. Consecuentemente, al no tratarse ya de una actuación clínica asistencial, sino del trabajo de todo un equipo multiprofesional orientado a la mejora de la salud en la comunidad, el concepto de medicina comunitaria viene a señalar solamente una parte, entre otras, de otro concepto mucho más amplio. Nos es-

tamos refiriendo al concepto de salud comunitaria.

La salud comunitaria implica, pues, una planificación descentralizada, local, que parte de las necesidades reales de salud de las comunidades; una visión integradora de las actividades sanitarias, ambientales y sociales, orientadas epidemiológicamente; una concepción social de la salud; la existencia de diversos niveles de atención sanitaria, una cobertura universal y, muy especialmente, una participación real y consciente de las comunidades. En este sentido, San Martín y Pastor (1988:15) expresan lo siguiente: *Se puede hablar de «Salud Comunitaria» cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación con intereses colectivos comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades, y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas, a través de los programas locales de salud. En realidad, lo que llamamos «salud comunitaria» es el programa de salud pública local, planificado en base a los problemas y necesidades específicas de cada comunidad, ejecutado con la participación de la comunidad.*

Autores como San Martín y Pastor (1988) y Rochon y Desrosiers (1982) consideran que los conceptos de salud pública y de salud comunitaria son muy similares, entendiendo que lo único que los diferencia es el nivel de aplicación, pues estiman que la salud pública hace referencia al establecimiento de una política general en materia de salud, mientras que la salud comunitaria consiste en el establecimiento de una estrategia para la aplicación a nivel local de los programas generales de salud pública.

Del análisis de lo anterior, extraemos una serie de elementos que van a caracterizar de

manera significativa el concepto de salud comunitaria. Dichos elementos son los siguientes:

- a) En el concepto de salud comunitaria se enfatiza sobre la importancia de los ecosistemas físicos, biológicos y sociales, como lugar obligado en el que residen los riesgos para la salud y para la vida humana, así como las oportunidades para el crecimiento y la salud. Lo público y lo comunitario implican, pues, intercambios y ajustes constantes entre los individuos, las organizaciones e instituciones de la comunidad, con el ambiente físico, biológico y psicosocial, que repercuten de modo variable en el binomio salud-enfermedad.
- b) En el concepto de salud comunitaria se establece como función prioritaria las actividades encaminadas a la prevención y a la educación para la salud, determinando que, para llevar a cabo estos menesteres, no es suficiente con actuar sobre cada individuo de manera personal y aislada, sino que es necesario buscar e interesar a los ciudadanos en las organizaciones sociales en las que viven.
- c) El concepto de salud comunitaria incorpora la participación activa y organizada de la comunidad, como una condición indispensable para conocer y valorar los problemas y necesidades de salud, así como para colaborar en su solución y en la evaluación de resultados.

### **Análisis de la situación actual**

En el año 1978 la Organización Mundial de la Salud convocó en la ciudad de Alma Ata, antigua Unión Soviética, una Conferen-

cia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, con el objeto de guiar las estrategias que en el campo de la salud habrán de desarrollarse en todas las naciones de la Tierra. La atención primaria de salud estaba llamada a convertirse en el núcleo central y en la clave del desarrollo de la salud comunitaria y, a partir de ella, de todo el engranaje de los sistemas de servicios de salud, viniendo a ser la principal estrategia a nivel mundial para conseguir el objetivo de salud para todos en el año 2000.

La Ley General de Sanidad y los diversos Reales Decretos que la desarrollan adecúan la estructura sanitaria del Estado español para su adaptación a las exigencias dimanadas de las nuevas concepciones de la salud y de los distintos documentos internacionales suscritos por España en esta materia. De esta manera se contempla la atención primaria de salud como un elemento que habría de dinamizar la ineficacia del modelo tradicional de prestación de servicios. En palabras de Costa y López (1986): *Iba a ser un aire renovador que impregnara la atmósfera para nosotros tan conocida y tan denostada, de la red ambulatoria de la Seguridad Social. Iba a ser el sensible punto de contacto entre la comunidad y el sistema de servicios de salud.*

Sin embargo, la realidad se viene mostrando completamente distinta, pues en los centros de salud, donde supuestamente debía primar la atención primaria, se sigue el mismo esquema de trabajo que en los ambulatorios, pues se continúa primando el carácter clínico asistencial individual sobre la actuación preventiva y comunitaria. Por tanto, los programas de actuación en salud con la comunidad se realizan con cuantitas y, generalmente, a partir de imposiciones procedentes de los servicios centrales y no a partir de las necesidades de salud de la zona a la que atiende el centro.

Por otra parte, la actuación con la comunidad, la necesaria involucración de los servicios sanitarios con el tejido social de los barrios que se encuentran bajo la cobertura de los centros de salud, es prácticamente nula. Como nulo viene siendo también, salvo ocasionales excepciones, el necesario trabajo en equipo. De todo ello se deduce fácilmente que, en definitiva, el nuevo modelo de equipos de atención primaria no ha hecho más que reproducir el tradicional modelo asistencial, aunque, eso sí, con mayor número de facultativos. En consecuencia, sigue mostrándose insuficiente para afrontar los principales problemas de salud de la comunidad, pues resulta obvio que aumentar el número de consultas y de centros, no equivale a conseguir mayores cotas de salud en la población.

Podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que, en términos generales, la atención primaria de salud se ha quedado instalada en los despachos, no se ha convertido en esa especie de unidad móvil, cuya misión es desplazarse y diseminarse ágilmente por aquellos lugares y contextos en los que se articula la comunidad, en aquellos espacios donde los ciudadanos se comportan, cuidan su salud, enferman o mueren.

Así lo reconoce la propia Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, cuya junta directiva considero necesario, a mediados de 1995, poner en marcha una línea de trabajo para impulsar el desarrollo de los contenidos comunitarios de su actividad profesional, pues se habían dado cuenta de que, en la práctica, las actuaciones con la comunidad del personal sanitario venían siendo muy escasas y heterogéneas, considerando que la causa era debida, en parte, a la deficitaria o nula formación que en tales contenidos presentan los *currícula* formativos de las profesiones sanitarias. Esta última

afirmación resulta especialmente significativa para los docentes, pues uno de los objetivos que nos hemos de plantear con cierto rigor es, precisamente, introducir nuevos elementos en la formación universitaria de los alumnos de Fisioterapia, que permitan a los futuros profesionales de esta especialidad sanitaria actuar en el ámbito comunitario.

El fracaso de la atención primaria de salud en introducirse en el tejido social, ha promovido que los colectivos ciudadanos articulen por sí mismos sus propias respuestas a las necesidades de salud de la comunidad, de espaldas al sistema sanitario. Es en este contexto en el que debemos desarrollar nuevas experiencias de actuación en salud consideradas desde la órbita de la Fisioterapia comunitaria, pues, como venimos reiteradamente comentando, la sociedad ha articulado por sí misma la forma de satisfacer sus necesidades de salud en relación con las kinesiopatías, sin contar con el sistema de salud ni con los fisioterapeutas.

Procederemos, pues, a conceptualizar la Fisioterapia en el contexto de actuación con la comunidad. Lo que venimos denominando Fisioterapia comunitaria.

## **EL CONCEPTO DE FISIOTERAPIA COMUNITARIA**

Por considerar que son sobradamente conocidas, prescindiremos aquí de explicitar las diversas definiciones del concepto de Fisioterapia que clásicamente se vienen barajando: la considerada desde el punto de vista etimológico, la definición de la Organización Mundial de la Salud y la de la World Confederation for Physical Therapy. Baste nos decir que, en el contexto general actual acerca de los campos de actuación de las

Ciencias de la Salud, y valorando la definición de la Confederation Mundial de Fisioterapia, consideramos que dicha especialidad no se circunscribe solamente, en un sentido restringido, a la esfera de la terapéutica, del tratamiento, sino que, en un sentido amplio y acorde con las nuevas concepciones de las ciencias biológicas y de otras que les son afines, abarca también los aspectos de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud. Estos últimos aspectos los consideramos de suma importancia, por cuanto constituyen el eje vertebral de las actividades fisioterapéuticas que se vienen realizando en el ámbito comunitario y que venimos profusamente comentando; actividades no desarrolladas desde el sistema sanitario, pero sí demandadas por la comunidad, la cual se dota de sus propios recursos para dar respuesta a las necesidades de salud relacionadas con esta especialidad sanitaria.

Según se recoge en el n.º 45 del periódico *El Fisioterapeuta*, este último aspecto (el carácter preventivo y de promoción de la salud), ha sido destacado en el último Congreso de la WCPT, (mayo de 1999) en la ciudad de Yokohama (Japón) y resulta fundamental y de extraordinaria importancia en nuestra conceptualización, por cuanto nos permite situar a la Fisioterapia plenamente entrelazada con las actuaciones de educación para la salud, desde la Fisioterapia, en el ámbito comunitario, bien con carácter terapéutico, bien con carácter preventivo, o bien con carácter de promoción de la salud.

La complejidad y el desarrollo de las distintas actividades que en otro tiempo se les denominaba paramédicas, ha condicionado el hecho de que constituyan en la actualidad verdaderas especialidades con entidad propia, de forma que hoy no se habla de la medicina, como la clásica disciplina relacionada

con la salud y la enfermedad, sino de las Ciencias de la Salud, entre las que, claro está, se incluye la Fisioterapia.

Por otra parte, ya hemos visto cómo la idea de salud hace referencia a una concepción holística del bienestar físico, mental, espiritual y social de la persona, lo que trasluce la necesidad de una acción pluridisciplinaria, incluso de las propias ciencias de la salud, para actuar sobre esta parcela de las necesidades humanas.

Así pues, por Fisioterapia comunitaria hemos de entender aquella parte de la salud comunitaria que está relacionada con los contenidos científicos y profesionales de la Fisioterapia; o expresado de otra forma, aquella parte de la Fisioterapia que se encarga de promover actividades comunitarias, es decir, actividades de actuación y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad, tratar la enfermedad e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y de los grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades de salud, relacionadas con dicha especialidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (1978), las conductas que nos permiten mejorar la salud se estudian a través de tres sectores o niveles de salud, en cada uno de los cuales se puede actuar desde la Fisioterapia. Dichos niveles son:

- a) La promoción de la salud, mediante la cual se pretende promover conductas favorecedoras de salud, como por ejemplo: el realizar ejercicio físico como hábito de vida, la adaptación ergonómica de los puestos de trabajo (mobiliario, herramientas, etc.), la higiene postural, la higiene respiratoria, etc.
- b) La prevención de la enfermedad, mediante la detección precoz de los factores de riesgo que requieran medidas preventivas, por ejemplo identificación de factores de riesgo de desviaciones vertebrales en los niños, de factores de riesgo en el puesto de trabajo, en las actividades del ama de casa, en los ancianos, etc.
- c) El tratamiento de los problemas de salud. Este nivel se orienta a activar al máximo el potencial, o mecanismo de defensa disminuido, cuando la enfermedad, o la alteración del estado de salud, han producido daños irreversibles. Se trata, pues, de prevenir las deficiencias y discapacidades cuando la patología se ha instaurado o ha pasado a la cronicidad. Por ejemplo, atención precoz a la inmovilización terapéutica, prevención de deficiencias por hipomovilidad, prevención de disfunciones en personas con artrosis, con dolor de espalda, etc.

Los tres niveles que acabamos de comentar pueden y deben abordarse en el ámbito comunitario desde una atención fisioterapéutica directa, ya que muchos de los problemas prevalentes presentan un origen multicausal, no solo biológico, sino también psicológico y social, por tanto la resolución y/o prevención de estos problemas pasa por atender al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial y, por tanto, la proximidad del fisioterapeuta al entorno de aquel facilita una comprensión del contexto del problema y del diseño de los planes globales de actuación.

En el transcurso de nuestras observaciones en los últimos años, hemos visto cómo de forma natural, sin plantear conflictos de competencia ni despertar pruritos profesio-

nales, antes al contrario con un criterio de complementariedad, se han derivado algunos trabajos relacionados con la movilidad, desde monitores de actividad física hacia fisioterapeutas, trabajo que ha originado un verdadero proceso de actuación con la comunidad, con un colectivo que presenta necesidades específicas de salud, en orden a conseguir un más alto nivel de salud positiva que, como hemos comentado, no solamente alcanza la órbita biofísica de las personas, sino también sus aspectos psicosociales.

Por ello consideramos muy necesario desarrollar esta dimensión del campo científico y profesional de la Fisioterapia, que se abre como consecuencia del aumento de la calidad y del nivel de vida, lo que hace que se requieran mayores prestaciones de salud, nuevos requerimientos que rompen los moldes tradicionales de la atención sanitaria. En este sentido queremos mencionar que en los mismos escenarios (espacios comunitarios) donde se desarrollan actividades de salud relacionadas con la movilidad, dirigidas teóricamente para usuarios sanos y, concretamente, en varias instalaciones deportivas municipales, nos hemos tropezado con otros grupos de población que también presentan importantes necesidades relacionadas con la movilidad y que, por tanto, consideramos tributarios de ser atendidos desde la Fisioterapia: se trata de adultos con graves deficiencias motoras causadas por parálisis cerebral infantil, de adultos y niños con síndrome de Down, con espina bífida o con daño cerebral sobrevenido.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anto, J.M.: *Evolution y concepto de la salud humana*. Dasi, M.J. (Coord.): Salud Pública, curso de nivelación de A.T.S. Madrid. LINED. 21-39.
- Asociación Española de Fisioterapeutas: *Reglamento Nacional de la AEF*. Madrid. AER 1991.
- Bayes, R.: *Psicología y medicina*. Barcelona. Fontanella. 1979.
- Bayes, R.: Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria. *Estudios de Psicología*, nº 13. Pags. 92-110. 1983.
- Bayes, R.: *Psicología oncológica*. Barcelona. Martínez Roca. 1985.
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Documento del I Congreso Internacional de Promoción de la Salud. Ottawa 21 de Noviembre de 1986. En *Salud entre todos*, suplemento 32, de Febrero 88. Sevilla. Junta de Andalucía, Consejería de Salud.
- Costa, M.; Lopez, E.: *Salud Comunitaria*. Barcelona. Martínez Roca. 1986.
- Dominguez Carmona, M.: *Antropología de la salud*. La Coruña. Real Academia de Medicina de Galicia. Pag. 40. 1981.
- Dubos, R.: *El espejismo de la salud*. México. Fondo de cultura económica. 1975.
- El Fisioterapeuta*, N°45. Junio 1999. Redacción.
- Godoy, E.: *Salud y cambio social*. Madrid. Ed. Zero. 1984.
- Illich, I.: *Nemesis medica: la expropiación de la salud*. Barcelona. Seix Barral. 1975.
- Lain Entralgo, R.: *Historia de la medicina*. Barcelona. Salvat, 8ª edic. 1986.
- Lyons, A.S.: *Historia de la medicina*. Barcelona. Doyma. 1984.
- Martínez Navarro, E.: Importancia de la epidemiología. *Anales de medicina*, 63, 7. Pags 1059-1067. 1977.
- Matarazo, J.D.: *Behavioral Health: a 1990 challenge for the health services professions*. New York. Wiley. 1984.
- Moragas, R.: Bienestar social del anciano, en campo urbano, S. del: *introduction a la gerontología social*. Madrid. IMSERSO. Pags. 49-79. 1981.
- Munoz, E.: La Fisioterapia. En Igual, C.; Munoz, E. y Aramburu, C.: *Fisioterapia general: Cinesioterapia*. Madrid. Síntesis. 1996.
- Nutbeam, D.: Glosario de promoción de la salud. Separata técnica de la revista *Salud entre todos*. Sevilla. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 1986.

- Oborne, D.J.: Gruneberg, M.M. Y Eiser, J.R. : *Research in psychology and medicine*. New York. Academic. 1979.
- Organization Mundial De La Salud: Constitution de la Organization Mundial de la Salud. Ginebra. OMS. 1960.
- Organization Mundial De La Salud: Reunion del Comite de Expertos en Rehabilitation. Ginebra. OMS. 1966.
- Organization Mundial De La Salud: Relaciones entre los programas de salud y el desarrollo social y economico, en *Cuadernos de Salud Publica*, n°49. 1973.
- Organization Mundial De La Salud: *Alma-Ata. Atencion primaria de salud*. Ginebra. OMS-UNICEF. 1978.
- Organization Mundial De La Salud Oficina Regional para Europa: *Conceptos y principios de promotion de salud*. Copenhagen, 9-13 de julio. Ginebra. OMS. 1984.
- Payne, M.: *El papel de la salud en el desarrollo social y economico*. Citado por Godoy (1984: 73). 1963.
- Real Academia Espanola: *Diccionario de la lengua espanola*. Madrid. R.A.E. 1992.
- Rebollo, J. Y Vallejo, E: *Education de Adultos y Salud: participation e intersectorialidad*. Informe del grupo Education de Adultos y Salud, del I Congreso de Investigation en Andalucia y Europa sobre Education de Adultos, Movimientos Sociales y Universidad. Documento depositado en el Seminario de Pedagogia Social de la Universidad de Sevilla. 1992.
- Rebollo, J.: *Ambito psico-social de la fisioterapia: Nuevos espacios de intervention*. *Cuestiones de Fisioterapia*, Vol. 1, junio 1995. Pp. 67-73. 1995.
- Rebollo, J.: *Education para la Salud. Un enfoque desde la Fisioterapia Comunitaria*. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla. 2000.
- Rochon y Desrosiers: Citado por San Martin, H.; Pastor, V. (1988): *Salud comunitaria. Teoriay practica*. Madrid. Diaz de Santos. 1982.
- Rodriguez Lopez, I.: *Apuntes de higiene general comprendido la higiene escolar*. Barcelona. Tipografia Pallars. 1915.
- Salleras, L.: *Education sanitaria*. Madrid. Diaz de Santos. 1985.
- San Martin, H.; Pastor, V.: *Salud comunitaria. Teoriay practica*. Madrid. Diaz de Santos. 1988.
- Serrano, M.I.: *Education para la salud y participation comunitaria*. Madrid. Diaz de Santos. 1989.
- Sigerist, H.E.: *La medicina y el bienestar humano*. Buenos Aires. Ed. Iman. 1943.
- Sigerist, H.E.: *Mitos en la historia de la salud piiblica*. Madrid. Siglo XXI, 3aed. 1981.
- Terris, M.: *La revolution epidemiolbgica y la medicina social*. Mexico. Siglo XXI. 1980, 1987.
- Valdes, M. y col.: *Medicina psicomatica. Bases psicobgicas y fisiobgicas*. Mexico. Trillas. 1983.
- Vallina, P.: *Mis memorias*. Mexico-Caracas. Ed. Tierra y libertad. 1968.
- Vaquera, J.L.: *Salud publica*. Barcelona. Ed. Piramide. 1982.
- Winslow, C.: *The cost of sickness and the price of health*. Ginebra. WHO. 1951.
- Zurano Munoz, E.: *Higiene y education de la voluntad*. Madrid. Imprenta Ducazcal. 1910.