

Editorial

Epidemias, virus y activos para la salud del barrio

Epidemics, viruses and neighborhood health assets

Mariano Hernán-García^{a,*}, Jara Cubillo-Llanes^b, Daniel García-Blanco^c y Rafael Cofiño^{a,d}^a Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España^b Ministerio de Sanidad, Madrid, España^c Centro de Salud Soldevilla, Madrid, España^d Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias, Oviedo, España

Xian Lu se mudó a Wuhan para cocinar 400 comidas diarias para personal médico durante el pico de la crisis por COVID-19 en la ciudad. Él es uno de los jóvenes reconocidos por la Organización de las Naciones Unidas debido a su esfuerzo en la lucha solidaria contra la pandemia¹. En Granada, una médica de familias y comunidades y un médico residente de esa especialidad reorientaron su radio del barrio del Albaicín para informar y compartir con el vecindario las iniciativas *Ajuntamientos*, *Comité de cuidados* y otras muchas acciones vecinales y activos del barrio². *Somos Tribu*³, en Madrid, es uno de los miles de ejemplos de la abundancia de redes de solidaridad vecinal en todo el mundo. Desde algunas instituciones también se han puesto en marcha iniciativas para mejorar el día a día de las personas. Sirvan de ejemplo la *Plataforma Utebo en red sin virus*⁴ o la del Ayuntamiento de Donosti⁵, como muestra de muchas otras.

La acción comunitaria es la base de esas experiencias que han surgido para la dinamización de las relaciones de cooperación entre las personas de una comunidad, con el fin de mantener o mejorar el bienestar. De esta manera promueven el desarrollo y la construcción de lo que denominamos salud comunitaria: expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad con unas determinadas características individuales, familiares, del medio social, político, económico, cultural y ambiental⁶.

Pretendemos enfatizar la importancia que tiene para la salud pública comprender las aportaciones creativas de las comunidades, utilizando sus habilidades y aprovechando los talentos del vecindario⁷ para afrontar los retos de la vida cotidiana. Esto nos permite ver cuán robusta, solidaria y conectada es nuestra sociedad, y qué capacidad tiene su capital social de fomentar o proteger la salud⁸.

¿Consumir sanidad o coproducir nuestro propio bienestar juntos? Ante una pandemia, la tentación de desdibujar a cada una de las personas, una a una, de un barrio o una ciudad, es casi imperceptible, pero real. La gente contaminada por un virus, o con miedo a ser contaminada, tiene sus propias formas de vivir, algunas saludables, procedentes de las redes, del entorno, de la cultura o de la vida cotidiana, y otras no. En situaciones de emergencia surge la solidaridad y se crean nuevas redes de colaboración frente a un objetivo común, iniciativas que refuerzan la acción comunitaria y el apoyo entre personas de barrios y pueblos para preservar la salud comunitaria⁶.

Lo colectivo y la participación tienen efecto sobre el empoderamiento de la población y sobre el manejo de las condiciones de

vida. Aunque todavía son necesarios más estudios para relacionar el efecto de la participación de la comunidad en forma de resultados en salud, esta es clave en el establecimiento de prioridades para impulsar la mejora de la atención sanitaria⁹. Las intervenciones desde el sector salud que utilizan la participación de la comunidad se benefician del aprendizaje contextualizado, las relaciones de confianza en la organización y el enfoque de la salud equitativo y basado en los derechos y en la optimización de las intervenciones de salud pública¹⁰. La dinamización de las relaciones y redes puede ser de gran importancia para disminuir la transmisión del virus al contribuir a la comunicación, haciendo accesible el conocimiento, detectando necesidades y promoviendo mecanismos de cooperación. La conexión de los colectivos vecinales con los recursos profesionales podría ser hipotéticamente multiplicadora de la efectividad de la promoción de la salud¹¹.

La acción comunitaria tiene un papel importante cuando se trata de identificar y comprender las nuevas necesidades, vulnerabilidades, barreras, percepciones de riesgo y comportamientos; también lo tiene con relación a los conocimientos, las acciones y las estrategias de resistencia empleadas por el vecindario. Ahora tenemos el reto de profundizar de forma rápida y cualitativa en la narrativa de las personas que están padeciendo y de las que se están organizando en cada territorio; las necesidades serán diferentes y nuevas, surgidas durante la epidemia o relacionadas con lo que ya se sabía, pero investigar sobre ello nos va a servir para dar una respuesta rigurosa a la situación¹².

El desarrollo del modelo de activos para la salud en ciertas colectividades anglosajonas es un mecanismo de protección de la comunidad ante la inexistencia de los servicios públicos. En nuestra sociedad, uno de los mayores activos es el estado democrático, y con él la protección colectiva de la población con criterios de equidad. No podemos caer en el error de pretender que sea la ciudadanía organizada la que genere ella sola mecanismos de protección de la comunidad y, de paso, reducir los servicios públicos. Tampoco es lógico que las instituciones generen respuestas dejando fuera la participación de las redes vecinales de cada barrio, que conocen el territorio y son reconocidas por quienes viven en él. Apostar por la salud comunitaria implica una ciudadanía activa y unos profesionales y unas instituciones públicas fuertes en recursos y en políticas que garanticen el bienestar y la protección colectiva de la población con criterios de equidad¹³. En una situación excepcional, como la que se ha determinado tras el estado de alarma con el Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo¹⁴, esto es aún más necesario.

El periodo de desescalada y de posibles nuevas ondas epidémicas que vamos a vivir nos tiene que servir para reforzar el papel del Estado y de los servicios públicos como activos fundamentales en

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: easp15@gmail.com (M. Hernán-García).

nuestra democracia, articulando con la ciudadanía, que se organiza día a día a pie de calle, un Estado fuerte para la respuesta desde las instituciones públicas. Al actuar se hace necesario promover, desde el principio, un diálogo local entre las comunidades, las instituciones y los servicios públicos (atención primaria de salud, salud pública, servicios sociales, educación, asociaciones y otros) para trabajar con la información precisa y adaptada a cada circunstancia y contexto; un diálogo a través de canales normalizados, a todos los niveles y a lo largo de toda la respuesta, para facilitar la participación activa en el proceso, movilizandando acciones, recursos y activos para la salud, sin dejar a nadie atrás. El reto para la salud pública es investigar sobre la efectividad de la salud comunitaria basada en activos tanto desde el conocimiento científico como desde el conocimiento lego¹⁵ y la ayuda mutua.

La acción comunitaria también debe ser repensada en un escenario con nuevas medidas de prevención y seguridad: garantizar la distancia física, disminuir la densidad de personas en reuniones y en actos, y evitar acciones bienintencionadas pero que sin protección pueden generar una situación de incremento del riesgo epidémico. Esta nueva forma de generar cohesión social manteniendo la distancia física también nos servirá para tener nuevos modelos y nuevas prácticas de relación inimaginables hace unas semanas.

En situación de confinamiento hay personas que son capaces de afrontar los problemas con recursos y formas de hacer creativas y solidarias. A pesar del confinamiento y del distanciamiento social o físico, a pesar de la desaparición del espacio público y de los lugares de encuentro, las personas han encontrado formas de organizarse y cooperar con otras. Ante nuevas grietas, es probable que estemos aprendiendo a hacer nuevas costuras¹⁶ del barrio, del pueblo, identificando cuáles son los activos personales, grupales o sociales que pueden ayudar a afrontar mejor la crisis. Se ha buscado la forma de visibilizar, poner en común y ofrecer las pequeñas riquezas a quienes más las necesitan, creando redes locales de apoyo para compartir ayuda durante el confinamiento. Estas redes, diversas y de colaboración, en algunas ocasiones han surgido desde las instituciones o desde los servicios, y en otras desde la ciudadanía; algunas son unidireccionales y otras vienen de un trabajo intersectorial y una amplia participación previa¹⁷. Surgen en lugares donde ya existían procesos participativos en marcha que pueden haber facilitado la organización o nacen simplemente de la necesidad de dar respuestas coordinadas y contextualizadas. Es necesario desarrollar investigación y estudios rápidos, con orientación de investigación-participativa, que permitan consolidar esta impresión sobre el capital social para seguir avanzando en el conocimiento sobre el modelo de activos para la salud y sus repercusiones para la salud pública¹⁸.

La idea de coproducción en el contexto de la salud comunitaria reconoce que las personas que usan los servicios de atención social o sanitaria y sus familias tienen conocimientos y experiencia que pueden usarse para ayudar a mejorar los servicios, no solo para ellos mismos, sino también para otras personas que necesitan atención social¹⁹. Quienes siempre han vivido al día tienen mucho que decir sobre cómo manejarse en situaciones de aislamiento y estrés psicosocial; por ejemplo, las personas con diagnóstico de trastorno mental grave puede que hayan desarrollado recursos y conocimientos que pueden ser útiles para trabajar con sus iguales. Por ello es clave plantearnos cómo reforzar los vínculos y la cohesión social.

Desde los enfoques avanzados de servicios sociales se recomienda revisar cómo nos cuidamos desde la comunidad, con reciprocidad, solidaridad, intercambio y estado social de derecho²⁰. Aquí es relevante poner énfasis en las situaciones de exclusión y dar soporte equitativo, pensando en quienes están en mayores dificultades²¹. Coproducir salud en nuestras comunidades es tarea de todos, pero es muy importante identificar de manera rigurosa las riquezas en servicios, recursos naturales y ambientales, infraestructuras, asociaciones, instituciones, culturas, diversidades, personas

y economías del lugar²². Sin embargo, los activos, por su subjetividad, pueden variar durante una emergencia: ciertos recursos físicos de los territorios, como los parques, las aceras, los bancos, etc., han perdido importancia durante el confinamiento, pero volverán a ganarla, mientras otros, como las casas, los balcones y los comercios, han formado parte del día a día de las personas. En las comunidades vecinales en las que las personas se encuentran cada día a las 20:00 h adquiere un nuevo valor esa forma de proximidad.

Habrà que estar atentos a la evolución de la crisis y establecer mecanismos para detectar cómo los activos se van transformando para adaptarse a las nuevas circunstancias y ver en cada momento cuáles son los más adecuados para generar salud y bienestar. Para esta tarea es indispensable la participación ciudadana, pero también es necesaria una clarificación de términos para no confundir una participación cosmética o manipulada con la participación como forma de democracia popular y como responsabilidad de la comunidad, una participación en la que las personas tengan poder en el momento de tomar decisiones, que sea amplia, inclusiva y tenga en cuenta la diversidad²³.

Muchos estudios han demostrado que vivir en una situación de injusticia social ocasiona estrés, que puede ser el origen de procesos inflamatorios que derivan en enfermedades^{24,25}. La sociología de la salud y la medicina social identifican la brecha que en el seno de una sociedad genera la injusticia social, y ahora la COVID-19 nos la coloca en primer plano.

Tenemos el deber de reducir el déficit de salud, y más aún cuando la incertidumbre de una pandemia acecha desde los medios de comunicación, el escenario de la confrontación política y la propia biología, y todo aquello que pone de manifiesto nuestras debilidades como seres humanos. Por eso, los que nos dedicamos a la salud pública tenemos que comprender mejor los datos, escuchando a la gente del barrio o del pueblo y aprovechando las pequeñas riquezas que tenemos. Existen situaciones en la vida que a las personas nos hacen estar en mayor riesgo de enfermar; ahora un virus, maldito, que se lleva a nuestros mayores y a las personas más vulnerables ante él, vuelve a recordárnoslo. Y también nos recuerda que al pensar en el futuro no debemos olvidar que la relación entre salud, injusticia y estrés es muy fuerte y dañina para la salud.

Saber vivir con la COVID-19 es un aprendizaje más que conforma la importancia de la interacción de lo social con nuestra biología-genética, con la microbiología y el entorno. Por eso hemos de salir más reforzados también en lo comunitario, más realistas y transformados. Nos toca ahora un tiempo en el que debemos abrazarnos menos para poder abrazarnos y besarnos mejor en el futuro.

Contribuciones de autoría

M. Hernán elaboró el primer borrador del artículo, integrando la parte conceptual. J. Cubillo incorporó la perspectiva de las experiencias prácticas citadas y su relación con la Acción Comunitaria e incorporó nueva bibliografía, adecuando el texto a la norma de la revista. D. García revisó la perspectiva de equidad del texto y vinculó las ideas con acciones en el territorio. R. Cofiño incorporó la visión desde los servicios de salud pública y aportó lo referido a la importancia del Estado y el sector público, e hizo la revisión final del texto. El borrador final del manuscrito enviado es fruto del acuerdo entre las cuatro personas que lo firman.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Pandemic school closures: risks and opportunities. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2020 (Consultado el 20/4/2020.) Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30105-X/Abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30105-X/Abstract).
2. Convierten una radio del Albaicín en herramienta para informar de la pandemia. *La Vanguardia*. 2020 (Consultado el 20/4/2020.) Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/politica/20200401/48248971130/convierten-una-radio-del-albaicin-en-herramienta-para-informar-de-la-pandemia.html>.
3. Somos Tribu VK. Red de solidaridad y apoyo mutuo frente al COVID19. Madrid: Somos Tribu; 2020 (Consultado el 20/4/2020.) Disponible en: <https://somotribuvk.com/recursos-publicos-en-vk>.
4. Ayuntamiento de Utebo. Utebo en red sin virus. Utebo: Plan social municipal frente a coronavirus.;2020. (Consultado el 20/4/2020.) Disponible en: <https://izquierdaunida.org/wp-content/uploads/2020/03/plan-de-coronavirus-de-utebo.pdf>.
5. Covid19.Donostia. Ayuntamiento de Donostia. 2020. (Consultado el 20/4/2020.) Disponible en: <https://www.donostia.eus/ataria/en/web/info/covid19>.
6. Sobrino C, Hernán M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud comunitaria? *Gac Sanit.* 2018;32:5–12.
7. Hernán M, García D. Acción comunitaria y emergencias. Comprender el COVID-19 desde una perspectiva de salud pública. Granada: EASP; 2020. (Consultado el 20/4/2020.) Disponible en: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/accion-comunitaria-y-emergencias/>.
8. Kumar S, Calvo R, Avendano M, et al. Social support, volunteering and health around the world: cross-national evidence from 139 countries. *Soc Sci Med.* 2012;74:696–706.
9. Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell J. J por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018. p. 65. (Consultado el 20/4/2020.) Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC.579.Guia.Adapta.Participacion.-Comunitaria.pdf>.
10. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: a systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One.* 2019;14:e0216112.
11. Escudero M, Luque N, Ruiz A. Un esfuerzo colosal y colectivo: iniciativas de los municipios de Andalucía en tiempos de coronavirus. Comprender el COVID-19 desde una perspectiva de salud pública. Granada: EASP; 2020. (Consultado el 20/4/2020.) Disponible en: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/un-esfuerzo-colosal-y-colectivo-iniciativas-de-los-municipios-de-andalucia-en-tiempos-de-coronavirus/>.
12. World Health Organization. Risk communication and community engagement action plan guidance. COVID-19 preparedness and response. (Consultado el 20/4/2020.) Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance).
13. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol.* 1985;14:32–8.
14. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo. BOE-A-2020-3692. (Consultado el 27/4/2020.) Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>.
15. Sánchez L. Una mirada al conocimiento científico y lego a la luz de cuatro enfoques sobre construcción del conocimiento. *Anales de Psicología.* 2003;19:1–14.
16. Jacobs J. Muerte y vida de las grandes ciudades. Madrid: Capitan Swing Libros; 2011. p. 488.
17. Gállego J, Líneros C, Nuin B, et al. En-red-ando: dialogando sobre salud comunitaria y redes. *Gac Sanit.* 2018;32:63–5.
18. Álvarez C, Morgan A, Cantero MT, et al. Improving the evidence base on public health assets – the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69:721–3.
19. National Institute for Health Care and Excellence. NG44. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. 2016 (Consultado el 20/4/2020.) Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>.
20. Fantova F. Los cuidados como eje para la transformación de las políticas sociales. *Rev Estudios Sociales y Sociología Aplicada.* 2017:71–86. (Consultado el 20/4/2020.) Disponible en: <https://docplayer.es/123077399-Hacia-una-sociedad-que-cuida.html>.
21. Cinco claves para el estado de solidaridad. *ATD Cuarto Mundo España.* 2020. (Consultado el 20/4/2020.) Disponible en: <https://atdciuartomundo.es/2020/04/01/5-claves-para-el-estado-de-solidaridad/>.
22. Cubillo J, García D, Cofiño R, et al. Técnicas de identificación de activos para la salud aplicable a cada centro de salud. *FMC.* 2019;26:18–26.
23. Lewis S, Bamba C, Barnes A, et al. Reframing «participation» and «inclusion» in public health policy and practice to address health inequalities: evidence from a major resident-led neighborhood improvement initiative. *Health Soc Care Community.* 2019;27:199–206.
24. Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level: why equality is better for everyone.* London: Penguin; 2010. p. 346.
25. Wilkinson R, Marmot M. *The solid facts: social determinants of health.* 2nd ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003. p. 31. (Consultado el 20/4/2020.) Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf.