



# 16

## artículo

José Francisco García Gutiérrez [[Buscar autor en Medline](#)]

Jaime Jiménez Pernett [[Buscar autor en Medline](#)]



## Tendiendo puentes: de la evidencia científica a la práctica en las actividades de orientación comunitaria

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

### Texto completo

#### A modo de introducción

Las tendencias actuales en el campo de la promoción de la salud mantienen que los programas de orientación comunitaria (POC) continúan siendo la estrategia fundamental para conseguir cambios en los comportamientos de riesgo y en el nivel de salud de la población. Este enfoque centrado en la comunidad se ha desarrollado progresivamente durante las últimas décadas, y ha supuesto un claro desplazamiento del énfasis desde el individuo hacia las influencias sociales y ambientales, como reflejan los modelos ecológicos de salud.

Los POC emplean múltiples intervenciones para modificar el comportamiento en individuos, en grupos poblacionales y en organizaciones, incorporando a menudo estrategias para crear políticas favorecedoras y cambios medioambientales. Algunos elementos clave de los POC hasta el momento han incluido:

- Movilización de las comunidades para que participen activamente en la consecución de las metas de los programas de salud.
- Implementación de actividades en diversos escenarios (incluyendo centros de trabajo, lugares de culto religioso, centros sanitarios y escuelas).
- Utilización de distintas estrategias de intervención a nivel individual (incluyendo concursos y competiciones, programas de autoayuda, medios de comunicación y participación en programas de screening).
- Desarrollo de intervenciones medioambientales (por ejemplo, la promoción de alimentos saludables en restaurantes y supermercados, o iniciativas de política sanitaria general).

Dada la relevancia que las actuaciones comunitarias han adquirido dentro de la práctica (y la política) de la salud pública, resulta esencial clarificar cuáles son las formas más efectivas para conseguir cambios en la salud de la comunidad – y cuáles además están basadas en la evidencia científica disponible-de cara a planificar la "nueva generación" de programas de prevención y promoción de la salud para el futuro.

Un futuro, que en nuestro medio, sigue planteando "viejos conocidos desafíos":

- Desafíos políticos: el envejecimiento, la salud mental, la infancia y la juventud (fuera y dentro del ámbito escolar), la inmigración o las comunidades marginales.
- Desafíos sanitarios: problemas clásicos como la salud cardiovascular y el cáncer, o el impacto del tabaco, el alcohol y la drogadicción.
- Desafíos sociales: temas con creciente notoriedad pública como la salud bucodental, la nutrición y la seguridad (*risk management*).
- Equidad en salud, como objetivo fundamental de casi todas las estrategias de promoción de la salud.

**Reconsiderando las actividades de orientación comunitaria: Promesas, resultados y potencialidades.**

#### "La evidencia de la evidencia"

La salud pública contemporánea se ha centrado en programas de orientación comunitaria para realizar actividades de prevención y promoción de la salud. Sin embargo, la evidencia

### bibliografía

1. Merzel Ch, D'Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance and potencial. *Am J Public Health* 2003;93:557-574

2. Kreuter M, Lezin N, Young L. Evaluation community-based collaborative mechanisms: implications for practitioners. *Health Promot Pract.* 2000;1:49-63.

3. Roussos ST, Fawcett SB. A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annu Rev Public Health.* 2000;21:369-402.

4. Cheadle A, Beery WL, Wagner E, et al. Conference report: community-based health promotion—state of the art and recommendations for the future. *Am J Prev Med.* 1997;13:240-243.

5. Feinleib M. Editorial: new directions for community intervention studies. *Am J Public Health.* 1996;86:1696-1697.

Ver más

### enlaces

No hay enlaces de interés



científica acumulada durante los últimos 25 años indica que -a nivel poblacional- estos programas han tenido poco o nulo impacto en cambiar los comportamientos de riesgo y en los resultados de salud, con la notable excepción de algunas experiencias de prevención del VIH/SIDA. Varias revisiones sistemáticas confirman estos resultados, no por inesperados menos reales<sup>1-6</sup>.

*¿Por qué el impacto ha sido tan limitado?*

Se han postulado numerosas razones para tratar de explicar el aparente fracaso de los programas de intervención comunitaria. La mayoría de las explicaciones propuestas en la literatura estarían incluidas en alguno de los siguientes apartados:

- Limitaciones metodológicas en el diseño de los estudios y en las formas de evaluación. (Destacan aspectos relacionadas con el bajo poder estadístico, las dificultades para detectar diferencias significativas, o la utilización de diseños cuasi-experimentales y de técnicas cualitativas)
- Tendencias seculares en poblacionales concurrentes (que junto con los sesgos de contaminación) dificultan la observación de cambios significativos en las conductas de riesgo de las comunidades.
- Tamaño del efecto menor de lo esperado. La evidencia disponible sugiere que los programas basados en la comunidad suelen obtener efectos mucho menores del 20%-30%, que son los niveles típicos esperados de las intervenciones en salud<sup>7</sup>. Una revisión de los resultados obtenidos en los grandes estudios de intervención comunitaria muestra que la mayoría de los cambios tuvieron efectos menores del 5%, y nunca mayores del 15%<sup>1</sup>.
- Errores Tipo III, es decir, restricciones de las propias intervenciones y/o de la aplicación de estrategias de implementación. En este apartado se concentran muchos de los argumentos que tratan de justificar los modestos resultados científicos de las intervenciones comunitarias. Sobre todo se plantean las debilidades en la implementación y se apela a la intensidad y duración limitadas de las intervenciones, al insuficiente espectro de actividades, y a la baja penetración dentro de la comunidad. También se apunta la falta de especificidad de muchas intervenciones sobre los mecanismos causales (*surrogate outcomes*)<sup>8</sup> y que las poblaciones diana y las medidas de resultados empleadas son demasiado amplias y heterogéneas para detectar posibles cambios<sup>9</sup>.
- Limitaciones de los marcos teóricos. Los modelos integrales de intervención -que actúan simultáneamente sobre el entorno social y ambiental y en el ámbito individual- son muy difíciles de conseguir. La mayoría de las experiencias de orientación comunitaria disponibles no se han acompañado de los cambios normativos (jurídicos) y políticos, que teóricamente se consideran "imprescindibles" para poder obtener resultados de gran envergadura. A esto deberíamos añadir la creciente dificultad para generar "capacidades comunitarias" en temas de salud. Sobre todo, si tenemos en cuenta el confuso contexto de interacción actual entre las fuerzas sociales, económicas y políticas, que está generando "nuevas formas de vida comunitaria" cuyo alcance desconocemos. Las comunidades virtuales de salud en Internet constituyen un claro ejemplo de esta tendencia.

Los argumentos expuestos no son mutuamente excluyentes, y ninguno puede considerarse por sí mismo comodominante o más creíble. En conjunto, ilustran las dificultades a las que nos enfrentamos para evaluar las intervenciones de orientación comunitaria y conseguir un impacto medible a nivel poblacional.

La notable excepción dentro de la promoción de la salud con orientación comunitaria- se encuentra en la prevención del VIH-SIDA. El éxito obtenido por algunos programas en este área para modificar comportamientos sexuales y de consumo de drogas demuestra el potencial que siguen teniendo ciertas intervenciones comunitarias para conseguir mejoras en la salud pública.

La efectividad de estos programas parece estar relacionada, al menos en parte, con tres factores críticos<sup>6</sup>:

- a. Conseguir la implicación activa de la comunidad en el desarrollo y puesta en marcha de las intervenciones.
- b. Centrarse en el cambio de normas sociales para lograr cambios en los comportamientos individuales.
- c. Ajustar la población diana a grupos relativamente pequeños y homogéneos, con una clara percepción de la naturaleza y el grado de riesgo.

## **2.- Buenas prácticas y lecciones aprendidas**

Muchas personas y grupos implicados consideran que las actividades de orientación comunitaria son "autos de fe", y que organizar programas involucrando a miembros de la comunidad en la planificación, implementación y evaluación son estrategias válidas para mejorar la salud de la población, aunque no exista evidencia científica de calidad<sup>10</sup>. Sin

embargo, numerosos observadores coinciden en que estos programas deberían ser capaces de demostrar su impacto en los cambios de comportamiento y en los resultados en salud<sup>11,12</sup>, y así evitar que se dilapiden recursos públicos y privados en estrategias con limitada evidencia de efectividad.

La única forma de resolver este dilema es "tender puentes entre la investigación y la práctica", y promover mejoras continuadas en el diseño y en la evaluación de resultados de las actividades comunitarias.

Para aquellos interesados en esta dinámica, se encuentra disponible en Internet una página-web (con una aceptable versión en español) que contiene diversos recursos para la mejora de las actividades comunitarias, y que puede ser de enorme utilidad práctica:

**Community Tool Box:**

### **3.-Nuevos formatos de orientación comunitaria**

Finalmente, quisiéramos plantear al lector dos preguntas abiertas para la reflexión:

- ¿Cuál es el papel que el Internet y las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TICs) están jugando en la actualidad dentro de las actividades de orientación comunitaria en salud?
- ¿Cuáles podrían ser los usos más relevantes del Internet y de las TICs para potenciar las intervenciones comunitarias en el futuro? No deberíamos olvidar que quienes fueron los niños de la "Generación Playstation" han dejado de serlo y que, tanto ellos como la nueva "Generación We-Dot-Com 2.0" (o "nativos digitales"), esperan nuevos formatos e innovación en muchas áreas sociales. Por supuesto, esto incluye también a las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En el **Anexo I** se presenta una selección de recursos en Internet relacionados con las actividades de orientación comunitaria en salud.

