

SEGUNDA
EDICIÓN

I RECOMENDACIONES

PACAP

¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?

De la reflexión a las primeras intervenciones



Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO
Dirección General de Salud Pública
Alimentación y Consumo



semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria



Instituto de Salud Pública



Madrid

El trabajo de elaboración de este documento ha sido coordinado por el médico de familia Luis Astray Coloma y han participado en sus distintas fases las siguientes personas:

Elena Aguiló Pastrana. Médica de familia
Amparo Bellver Cebriá. Enfermera
Marisa López Martín. Enfermera
Marta Lozano Sabroso. Trabajadora social
Isabel Montaner Gomis. Médica de familia
Consuelo Reyes Ruiz. Enfermera
Dolores Siles Román. Psicóloga
Mario Soler Torroja. Médico de familia

Nuestro agradecimiento a Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar, Itziar Vergara Micheltoarena y Luis Andres López Fernández por sus aportaciones

La semFYC agradece al Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid la financiación de esta reedición

© semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria)

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción, total o parcial, de esta obra por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación sin permiso escrito del propietario del copyright.

Depósito legal:

Imprime:

Nueva Imprenta, S.A.
Avda. de la Industria, 50
228108 Alcobendas (Madrid)

● Presentación	7
● Introducción	9
● Pensar antes de actuar: una reflexión previa	13
No estamos solos en el universo comunitario	13
El protagonismo centrado en la comunidad	15
Un proceso continuo con principio pero sin fin	18
¿Quiénes son los protagonistas y de quién la iniciativa?	21
¿De qué nivel de participación partimos?	21
● Primera fase: trabajo interno en el equipo de salud	27
Constitución de un grupo de trabajo	28
El necesario consenso interno	30
Tareas en esta fase	31
● Segunda fase: la salida a la comunidad	35
● Tercera fase: las primeras intervenciones	39
● Epílogo: la intervención normalizada	41
● Anexos	43
● Glosario de términos	51
● Bibliografía	55

“La promoción de la salud es realizada por la gente y junto con ella, sin que se le imponga ni se entregue. Amplía la capacidad de las personas para actuar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud”

(Declaración de Yakarta. OMS)

En semFYC tenemos el convencimiento de que las actividades comunitarias forman parte intrínseca del perfil profesional y de los contenidos del trabajo de los médicos de familia. Desde esa óptica apoyamos y nos volcamos con el programa que las impulsa en nuestra sociedad, el programa PACAP, programa multiprofesional, con participación de enfermeras, trabajadoras sociales y ciudadanos.

Con el presente documento sobre **¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?**, se nos brinda la oportunidad de disponer de una herramienta que consideramos de enorme ayuda para implementar y desarrollar esta asignatura aún pendiente y con cierto grado de marginalidad en muchos centros de salud.

La atención primaria continúa siendo potencial de cambio y más que nunca tenemos necesidad de respuestas efectivas y eficientes ante las nuevas necesidades socio-sanitarias. Tenemos necesidad de vínculos potentes entre los actuales recursos sanitarios de atención primaria y los sociales, porque el envejecimiento de la población, la movilidad, las nuevas tecnologías, y, las nuevas formas de enfermar precisan servicios de salud integrados con los sociales. Para la participación más activa y más informada de los usuarios es necesario:

- Una orientación comunitaria de los servicios de Atención Primaria.
- Atención primaria reguladora de las prestaciones de salud que reciben los usuarios.
- Una respuesta fundamentada hacia el envejecimiento de la población futura.

Necesitamos diseñar estrategias asociativas, promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciar la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas y necesidades. Es por ello que hoy más que nunca necesitamos desarrollarnos en las actividades comunitarias.

Llevamos años preguntándonos: ¿Qué estamos haciendo? ¿Cómo lo estamos haciendo? ¿Porqué no realizamos más? ¿Nos resta tiempo o es una inversión eficiente? ¿Desconocemos cómo empezar? El presente documento nos va describiendo los pasos, desde qué debemos pensar antes de actuar, las reflexiones que debemos hacer, las dificultades y elementos favorecedores para el proceso de participación comunitaria, el análisis de iniciativas en relación a las probabilidades de éxito, el análisis del nivel de partida del grupo de trabajo, la necesidad de trabajo interno previo en el equipo de salud, como constituir el grupo de trabajo y por último “la salida a la comunidad”.

Muy importante la advertencia que nos hacen los autores de que en el proceso de intervención/participación comunitaria es fundamental la coordinación de los servicios presentes en el territorio, y como consecuencia de la cesión del protagonismo a la comunidad nos liberará a los sanitarios de tareas que no nos son propias. Paso a paso, hasta llegar a una relación normal con una comunidad organizada.

Nos encontramos ante un proceso de reconversión competencial. La actividad comunitaria de la población es una necesidad y los ciudadanos necesitan aliados y respuestas ¿Se las daremos desde la atención primaria o esperaremos a que la asuman otros?

El presente documento parte de un grupo lleno de gran fuerza e ilusión, incansable y sabiendo que en muchas ocasiones ha nadado a contracorriente, pero su convencimiento de estar en lo

cierto le ha hecho trabajar sin cesar y vencer. No nos cabe la menor duda de que este documento va a ser de gran valor y ayuda para todos, de que va a marcar un antes y un después en el desarrollo de las actividades comunitarias y que nos dará el impulso necesario para que todos aquellos profesionales, todos aquellos grupos que desean ponerse en marcha pero les faltaba la seguridad y los conocimientos necesarios, se animen a desarrollar actividades comunitarias. El documento nos servirá de motor propulsor, de enorme valor, tanto para todos los miembros de los equipos, como para todos los tutores y residentes, al llegarnos en el momento más oportuno, para complementarnos en el pleno desarrollo de nuestro nuevo programa de la especialidad.

Os animamos a leerlo, con la seguridad de que os ayudará a fortalecer el trabajo comunitario y a aproximarnos todavía más a los ciudadanos.

Junta Directiva Permanente de semFYC

Luis Aguilera García
Carmen Moliner Prada
Juan de Dios Alcántara Bellón
Asensio López Santiago
Albert Casasa Plana
Antoni Siso Almirall

Elisa Medina Ferrer
Antonio Monreal Hijar
Isabel Fernández Fernández
Juan Manuel Mendive Arbeloa
Esperanza Martín Correa

Hoy nos encontramos ante una encrucijada, pues es cada vez más común considerar a los servicios sanitarios únicamente como una empresa de provisión de servicios cuyo objetivo es satisfacer la demanda con el menor coste posible. Existe el riesgo de creer que los centros de salud no tienen nada que ver con la promoción de la salud.

Por el contrario, los equipos de atención primaria deben asumir funciones que van desde la prestación de servicios asistenciales hasta la promoción de salud. La estrategia de promoción de salud implica necesariamente la coordinación y participación de las instituciones, los servicios y los propios ciudadanos. Implica la intervención en y con la comunidad.

Es fundamental entender la promoción de la salud y la intervención comunitaria como parte integrante de nuestro perfil como profesionales de atención primaria de salud.

Es objetivo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, a través del Programa de Actividades en Atención Primaria (PACAP en adelante), el establecer recomendaciones que puedan servir de guía a los profesionales de

atención primaria para el desarrollo de las actividades comunitarias.

El PACAP contempla distintas y diversas orientaciones del trabajo comunitario (sensibilidades, conceptos, metodología y prácticas). Todas estas orientaciones convergen, sin embargo, en el convencimiento pleno de que es fundamentalmente a través de la implicación de las personas, grupos y comunidades como puede mejorarse el estado de salud tanto individual como colectivo de la población.

No es posible la promoción de salud sin la participación comunitaria.

Las acciones e intervenciones propias de la atención primaria comprenden, no sólo los aspectos curativos, sino también y de forma fundamental las actividades de prevención y promoción de la salud. La forma más natural y efectiva de llevar a cabo estas acciones es a través de la educación para la salud. Tanto la educación como la promoción de salud contemplan la participación activa de los individuos y de la comunidad como elemento estratégico fundamental.

TABLA 1
 “Estrategia médica” versus “estrategia de promoción de salud”

	Médica	De promoción de salud
Población diana	Los pacientes	Toda la población
Método utilizado	El caso	La epidemiología
Objetivo estratégico	La prestación de un servicio	Elevar el nivel de salud
Orientación	A la demanda, al enfermo	A las necesidades de salud
Cronograma	La atención puntual	El proceso continuo de promoción de salud
Diagnóstico utilizado	Sanitario	Comunitario
Tipo de abordaje	Médico, individual	Intersectorial
Herramientas	El acto médico	La educación para la salud, la intervención sobre los determinantes
Educación para la salud	Individual	Con la participación de la comunidad
Protagonismo	De los sanitarios	De la comunidad
Perspectiva	Sanitaria	Global, comunitaria
Soporte científico	La medicina	Todas las ciencias sociales

Es en el territorio en el que trabajamos, la zona básica de salud, donde tenemos la responsabilidad como profesionales de atención primaria de salud de asumir la promoción de la salud.

Nuestra responsabilidad en la promoción de la salud está necesariamente compartida con el resto de elementos presentes en un territorio.

Es muy importante tener en cuenta que no se nace con el gen de la participación. Los ciudadanos y los grupos aprenden a participar en **un proceso** que requiere de instrumentos y canales que la hagan posible, y siempre sobre la base de la posibilidad de la toma de decisiones y capacidad de influencia. En

este proceso de incorporación a la toma de decisiones, las personas y los grupos adquieren autonomía y capacidad para actuar y mejorar su situación.

La participación se concreta en un territorio y requiere de instrumentos y canales que la hagan posible.

Cuando hablamos de promover la participación comunitaria tenemos que pensar en un proceso dinámico en el que una parte de la población va asumiendo parcelas de poder que tiene que ver con sus intereses y necesidades, entre otras la de salud.

Desgraciadamente, la participación comunitaria (PC en adelante) es un proceso que no se suele dar de forma es-



pontánea y que habitualmente precisa de un “impulso” externo. El impulso desde el centro de salud y los profesionales sanitarios para iniciar un proceso de PC, que cuente desde el principio con los servicios, las instituciones y la comunidad puede ser un dinamizador muy importante y que contribuya a la credibilidad y el éxito de la iniciativa.

La participación es un proceso, tanto individual como colectivo, en el que los ciudadanos aprenden a participar.

Los conceptos de **actividad comunitaria, participación comunitaria, promoción de la salud y educación para la salud**, son utilizados, en ocasiones, de forma equivalente. La interrelación entre ellos es clara y fuerte lo que puede llevar a confusión. Al final de este documento se incluyen en un glosario de términos.

En el presente documento se recoge una propuesta sobre el proceso que podría iniciarse y desarrollarse en un cen-

tro de salud con nula o muy escasa experiencia de actividad comunitaria.

Esta propuesta no intenta ser excluyente y entendemos que podrían hacerse otro tipo de recomendaciones, también correctas. *Cada centro de salud debe diseñar su propia estrategia de relaciones con el medio social en que esta inserto, ya que las realidades organizativas de los centros son distintas y, lo que es más importante, existen variables en la estructura social y la forma de organizarse la población que hay que tener en cuenta.* Todas estas estrategias pueden ser correctas si dan como resultado el desarrollo de actividades dirigidas a potenciar la capacidad de personas y grupos para el abordaje de sus problemas, demandas y necesidades.

Es importante aclarar que estas recomendaciones se centran únicamente en el inicio (cómo empezar) de las actividades comunitarias para que puedan constituir un proceso sostenible y no aborda la continuidad y mantenimiento de las mismas.

Un equipo de atención primaria que desea iniciar alguna actividad con la comunidad debe reflexionar sobre algunos conceptos básicos relacionados con la participación comunitaria.

Si ya existe algún tipo de intervención del centro de salud o de alguno de sus profesionales con la comunidad, vale la

pena hacer un paréntesis y clarificar estos conceptos para que el trabajo con la comunidad sea realista, se evite el voluntarismo y se estimule la participación de los profesionales reticentes. Las prisas no son nada aconsejables en estos primeros momentos, la comunidad tiene sus ritmos aunque en ocasiones se aceleran enormemente, pero no hay atajos.

No estamos solos en el universo comunitario

Uno de los errores más frecuentes al iniciar una intervención con la comunidad es pensar que nosotros somos su único recurso, o el más importante, y que el tema de la salud constituye el principal centro de interés comunitario.

La salud, aunque muy importante, no es el único tema de interés para la comunidad, hay muchos otros problemas que preocupan a la sociedad como el empleo, la educación, la cultura o las relaciones sociales, por mencionar algunos.

Los otros recursos presentes en la comunidad, educativos, sociales, culturales, de ocio, etc., pueden tener incluso

un papel más relevante que el centro de salud para un proceso de participación comunitaria.

Algunos temas de interés comunitario

Educación
Empleo
Salud
Vivienda
Medioambiente
Inmigración
Ocio y tiempo libre
Relaciones sociales
Seguridad ciudadana



Figura 1.—Los servicios y la comunidad

Para intervenir en la comunidad tendremos, por tanto, que contar con el resto de los servicios y recursos con que cuenta la comunidad y tener una visión global, y no únicamente sanitaria, de los problemas de la comunidad.

En un territorio hay distintos servicios y profesionales. Cada uno tiene unas

finalidades específicas pero también comparten problemas y demandas comunes que van a requerir programas interdisciplinarios. La coordinación de los servicios junto a otros recursos comunitarios sirve para enfrentar de una forma más eficaz estos problemas.

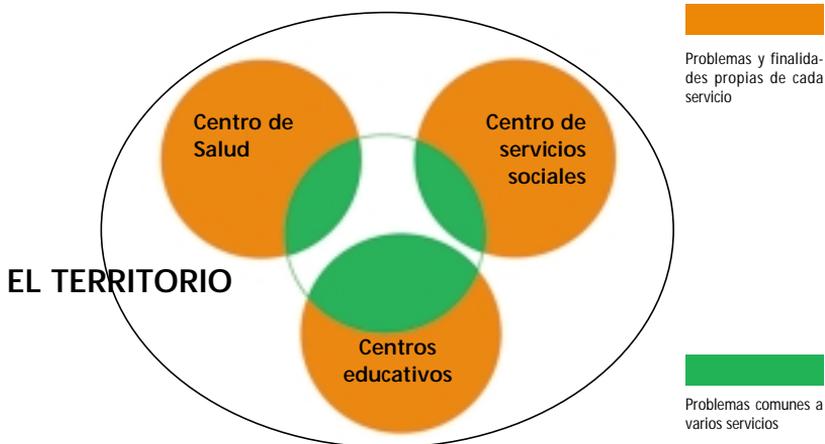


Figura 2.—Finalidades específicas de los servicios y problemas compartidos

El protagonismo centrado en la comunidad

Esta cuestión es clave puesto que difiere habitualmente de la óptica de los profesionales sanitarios que, cuando salimos a la comunidad con alguna propuesta relacionada con la salud, lo solemos hacer desde nuestros objetivos y prioridades, desde nuestra visión “médica” y no global de los problemas. Lo habitual es que convoquemos a los ciudadanos a que acudan a una charla o participen en la distribución de un folleto en el que apenas han influido y del que no se sienten protagonistas.

En un proceso de participación comunitaria, el protagonismo es de la comunidad. El equipo de atención primaria es un recurso más, junto al resto de los servicios presentes en el territorio.

El centro de salud no es el centro de la comunidad, sino únicamente un recurso más, por mucho peso que tenga; y aunque sea el centro de salud el que tome la iniciativa o promueva un proceso de participación comunitaria, la perspectiva es traspasar el protagonismo a la propia comunidad.

... por ejemplo

Hace unos años, en un centro de salud de un barrio periférico de A Coruña los profesionales estaban muy preocupados por la construcción de una nueva urbanización residencial en la zona de salud, donde se esperaba un brusco e inminente asentamiento de 15.000 personas. Este crecimiento demográfico provocaría un aumento tremendo de la demanda asistencial y el desbordamiento de la capacidad física y humana del ya congestionado centro de salud.

Ante esta preocupación, los profesionales deciden trasladar esta inquietud al resto de los servicios y al tejido asociativo del barrio, previamente organizados en una iniciativa surgida años antes: la "Asociación Comunitaria del Distrito".

Debatido en esta asociación comunitaria, todos compartieron la inquietud de los profesionales del centro de salud. Sin embargo su perspectiva, mucho más global, les permitió identificar otras muchas necesidades y problemas: la demanda educativa, de integración social, de espacios verdes, problemas de tráfico, etc.

La organización de la comunidad permitió al centro de salud contar con un "aliado" estratégico importantísimo para conseguir de las instituciones la construcción de un nuevo centro de salud, pero también desencadenó la demanda de otros recursos igualmente importantes para la comunidad.

Sin una comunidad organizada, participativa y protagonista, y sin unas estrechas y "normalizadas" relaciones del equipo de atención primaria con la misma, no hubiese sido posible un abordaje global del problema.

Nos cuesta mucho ceder poder y renunciar al control del proceso y eso nos obliga a asumir la mayor parte de las actividades y tareas de forma voluntarista. Esto tiene para los profesionales de atención primaria, entre otros riesgos, el de "quemarse".

En el fondo, lo esencial, desde un punto de vista estratégico, consiste en establecer unas relaciones normalizadas.

El traspaso del protagonismo a la comunidad requiere de la constitución de una nueva estructura organizativa que irá incorporando progresivamente a personas y grupos al proceso de participación ya iniciado y en la que el equipo de salud participa junto a los demás elementos presentes en el proceso.

El equipo de salud puede asumir una función propulsora de un proceso de participación comunitaria global, dando paso a la iniciativa y protagonismo de la propia comunidad y recuperando su papel como recurso específico en materia de salud.

Por tanto, es fundamental que se descentralice el proceso y que el protagonismo técnico ceda su lugar a un verdadero protagonismo ciudadano. El equipo de salud puede ser el impulsor o promotor pero debe asumirse que el protagonismo y las decisiones recaen sobre la propia comunidad.

TABLA 2
Estrategias de participación comunitaria

	Estrategia centrada en el centro de salud	Estrategia centrada en la comunidad
Servicio implicado	Centro de salud	Coordinación de servicios intersectorial
Área de interés	Salud/enfermedad	Globales, comunitarios
Diagnóstico	De salud	Comunitario
Organización	Consejo de salud	Grupo comunitario
Método	Directivo	Participativo

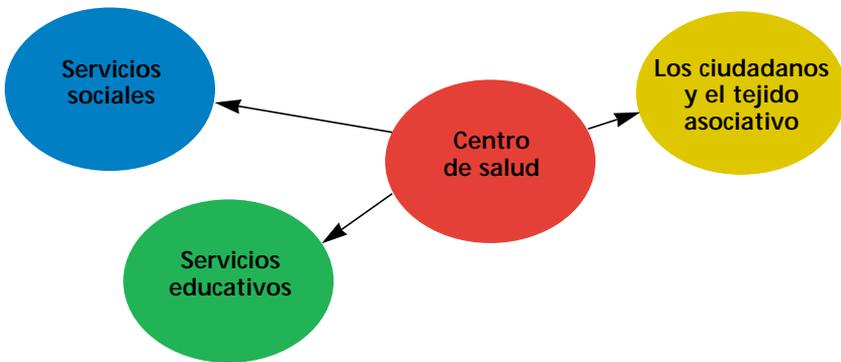


Figura 3.—Visión sanitario-centrista

Una comunidad dispone de distintos servicios y recursos. En la intervención

comunitaria, la comunidad se sitúa como centro y protagonista del proceso.

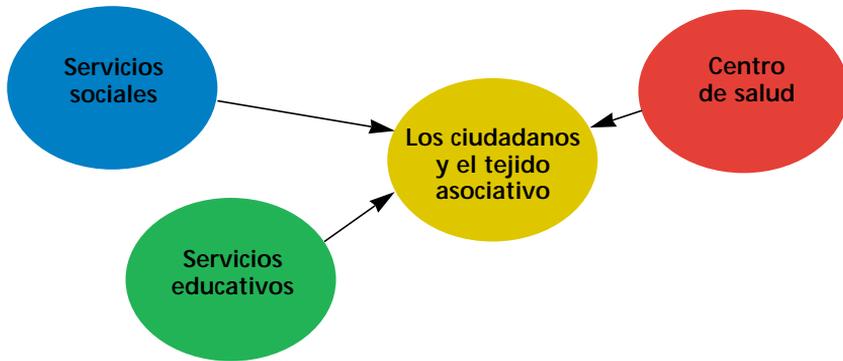


Figura 4.—Visión centrada en la comunidad

Un proceso continuo con principio pero sin fin

La PC tiene unas características específicas de **continuidad en el tiempo**, **diversidad de intereses** y **de recursos**, que definen su naturaleza y que es fundamental conocer y aceptar para no desvirtuar este proceso y evitar la sensación de fracaso por parte de los profesionales.

Los profesionales sanitarios estamos muy acostumbrados a trabajar por programas y proyectos con una duración determinada en el tiempo (finalistas) y que responden a necesidades concretas. Desde esta perspectiva, los recursos que se ponen a disposición de tal o cual pro-

grama están relacionados al grado de necesidad que se detecte. La PC es, sin embargo, un proceso continuo de implicación de la comunidad para mejorar sus condiciones sociales y calidad de vida, que tiene inicio en un momento determinado pero que no tiene fin.

Es importante señalar que no es conveniente apresurar este proceso. El objetivo debe ser buscar la participación como instrumento para fomentar la autonomía de la comunidad y mejorar sus condiciones de vida con una real y democrática participación de los ciudadanos.

¿Quiénes son los protagonistas y de quién la iniciativa?

Los agentes implicados en un proceso de participación comunitaria son tres:

- **La administración**, de la que depende la legislación, la planificación, los recursos y la financiación. En especial, no podemos olvidarnos de la administración local y, en nuestro caso, de la administración sanitaria de la que dependemos.
- **Los servicios**, donde se encuentran los técnicos y profesionales con los que cuenta la comunidad para enfrentar los problemas. Especialmente, los servicios sociales municipales, los servicios de salud y los educativos. También hay que considerar otros servicios/recursos que aún estando fuera de la zona básica de salud puedan ser útiles en el proceso, tales como unidades de toxicomanías, cen-

tros de planificación familiar, técnicos de salud pública, centros de recursos educativos, gabinetes de apoyo escolar, etc.

- **El tejido asociativo y los ciudadanos** en general. Serán los protagonistas del proceso. Hay que tener en cuenta que, dado que en nuestro medio el grado de formalización de las relaciones sociales es relativamente bajo, se deben incorporar al proceso tanto las asociaciones y grupos formalmente constituidos como otros actores y líderes sociales.

El equipo o grupo que impulse el proceso comunitario, en nuestro caso profesionales del centro de salud, tienen que identificar a todos ellos, informarles de la idea y hacerles partícipes de la misma.

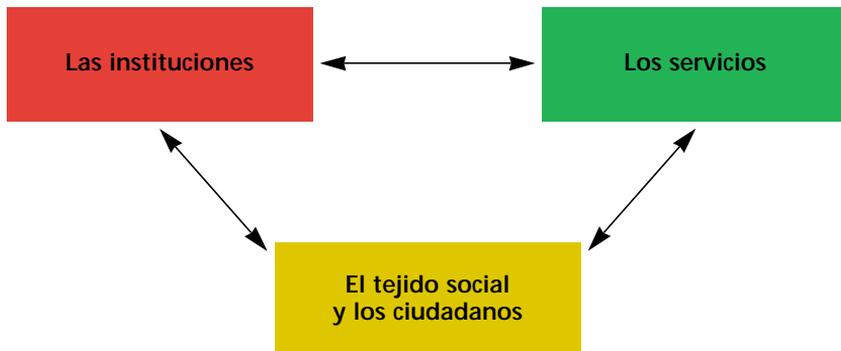


Figura 5.—Los tres agentes de la intervención comunitaria

De una buena relación de los tres agentes del proceso va a depender el éxito del mismo.

Desde el mismo inicio, en las primeras tomas de contacto, es muy importante evitar la exclusión o dejarse a alguno de ellos fuera, ya que *a posteriori* será más difícil hacerles partícipes de algo en lo que se les ha omitido en el inicio.

La iniciativa de una actividad comunitaria puede surgir de cualquiera de estos tres protagonistas. Cuando surge del centro de salud, las posibilidades de encontrar una buena acogida por parte de los ciudadanos y de las instituciones es mayor. Aunque esto es importante, lo es más que, independientemente de quien sea el protagonista inicial, la estrategia procure implicar a la mayoría de los protagonistas presentes en del territorio en un plazo de tiempo razonable.

TABLA 3
Algunos ejemplos de recursos comunitarios

Instituciones	Servicios	Tejido asociativo
Ayuntamiento	Centro de salud	Asociaciones de vecinos
Diputación	Centro de planificación familiar	Asociaciones de mujeres
Gobierno autonómico	Centro de drogodependencias	Asociaciones de jóvenes
Ministerios	Centro de Salud mental	Asociaciones de la Tercera Edad
	Servicio de sanidad ambiental	Asociaciones culturales
	Farmacias (privado)	Clubes deportivos
	Residencias de ancianos	Sindicatos
	Centro de servicios sociales	Partidos políticos
	Centros de empleo	Asociaciones profesionales
	Centros de información juvenil	Organizaciones no gubernamentales
	Centro de la tercera edad	Parroquias
	Guarderías	Grupos de autoayuda
	Colegios de educación primaria	Grupos informales (pandillas, peñas)
	Institutos de enseñanza secundaria	Líderes comunitarios
	Gabinete psicopedagógico	
	Centros culturales	
	Centros deportivos	

Desde nuestra perspectiva como profesionales que trabajamos en un centro de salud, podemos encontrarnos con dos escenarios:

1. Llega al centro de salud una **iniciativa externa**. Ésta a su vez puede provenir:

- Del tejido asociativo.
- De otro servicio de la zona de salud (servicios sociales, un colegio, etc.).
- De una institución (ayuntamiento, administración sanitaria, etc.).

Aunque el equipo de salud aún no tenga muy clara o definida su estrategia para implementar actividades comunitarias, es conveniente que las iniciativas provenientes de la comunidad tengan una buena acogida por parte de los profesionales para establecer lazos de confianza y credibilidad. Esto no significa que tengamos que realizar actividades que no consideramos oportunas ni que tengamos “que hacer” lo

que nos piden. Aunque estas solicitudes sean puntuales, poco elaboradas o no prioritarias (bajo nuestro punto de vista) su acogida será de enorme utilidad en el futuro.

Cuando la iniciativa parte del equipo de atención primaria las probabilidades de éxito aumentan considerablemente.

2. La **iniciativa parte del propio centro de salud**. Ésta a su vez puede surgir:

- Como respuesta a un problema de salud concreto (toxicómanas, embarazo en adolescentes, etc.).
- Como estrategia del equipo para contribuir de forma más eficaz a la salud de la comunidad con la que trabajamos.

Este último escenario es el ideal, aunque los demás pueden servir también para iniciar procesos de intervención comunitaria.

¿De qué nivel de participación partimos?

Sería interesante que cada equipo de atención primaria analice en que situación se encuentra respecto a las actividades comunitarias. Puede ser de utilidad establecer diferentes niveles para que cada equipo pueda concluir en cual de ellos se encuentra y, por tanto, de que situación parte. A modo orientativo se describen cuatro niveles que reflejan distintos grados de desarrollo

de las practicas comunitarias y que tienen que ver con la cesión de poder o empoderamiento de la comunidad.

El grado de empoderamiento de los individuos y los grupos de una comunidad constituye la clave para situarnos en el nivel de participación del que partimos.

PRIMER NIVEL.—Los ciudadanos no tienen ninguna posibilidad de influir en la toma de decisiones acerca de su salud y acerca del servicio que reciben en el centro de salud. Los profesionales realizan una atención individual a la demanda que se presenta espontáneamente en las consultas. El ciudadano es un cliente que utiliza un recurso asistencial. Tampoco se tienen en cuenta sus condicionantes familiares ni sociales.

SEGUNDO NIVEL.—Los ciudadanos no tienen posibilidad de influir en la toma de decisiones pero disponen de algunos espacios de comunicación con los sanitarios, además de la consulta. Hay buzones de sugerencias, grupos de diabéticos, charlas de planificación familiar...

... por ejemplo

En un municipio rural, una enfermera del centro de salud, después de realizar un curso de educación diabetológica, decide iniciar unas charlas mensuales a los diabéticos. Prepara muy bien los contenidos y consigue unas diapositivas maravillosas. Convoca a los diabéticos desde sus consultas de enfermería y con unas cartas.

Al principio, unos cuantos diabéticos acuden al centro de salud a la una del mediodía, prestando mucha atención. Con el paso del tiempo, cada mes acuden menos pacientes y al cabo de un año abandona la actividad, quejándose de la poca participación de la gente.

El centro puede disponer de una trabajadora social que trabaja en su despa-

cho con cita previa, y a la que se derivan los “problemas sociales”. En las consultas, la historia refleja algún apartado sociofamiliar, pero la atención es únicamente asistencial. Hay un programa sociosanitario de asistencia domiciliaria, y en ocasiones un profesional da alguna charla en el local de la asociación de vecinos.

Nadie duda que el control está en los sanitarios y en el centro de salud, aunque hay una cierta apertura a la comunidad, con una cierta sensibilidad a “lo social” pero con orientación asistencial y “*la sartén por el mango*”.

TERCER NIVEL.—La salud sigue siendo de la exclusiva competencia del centro de salud y de los sanitarios. Los ciudadanos apenas tienen capacidad de influencia en la toma de decisiones. Sin embargo, un grupo de profesionales, con la nooposición del resto, ha realizado una aproximación al diagnóstico de salud ayudados por un técnico de salud pública del área, y han extraído unas conclusiones.

Se han priorizado problemas y se ha puesto en marcha un grupo de autoayuda y un taller de mujeres con la colaboración altruista de un/a amigo/a que esta en el paro y “le va la marcha”. En el grupo de diabéticos, éstos han tomado la iniciativa y se ha decidido que las reuniones se hagan en el centro cívico del barrio, por la tarde. Además, se está elaborando un folleto con la enfermera y planificando las actividades para el próximo año.

El centro de salud se ha planteado más proyectos para el futuro. Por ese motivo se han puesto en contacto con los representantes del tejido asociativo y

... por ejemplo

En un centro de salud de una ciudad, una enfermera muy motivada y una trabajadora social muy dinámica constituyen un grupo de diabéticos. Ambas dirigen la experiencia entusiasmadas, las mujeres llevan a sus amigas a las reuniones que hacen por las tardes para hablar de sus problemas, editan un folleto cada seis meses, organizan salidas al campo y muchas otras actividades. Poco a poco van creciendo y sus preocupaciones son más globales. En verano llevan a cabo una "Fiesta por la salud" y ganan un premio del PACAP.

Al cabo de un tiempo, la enfermera cambia de destino y la trabajadora social, que era interina, tiene que irse. Los diabéticos regresan a sus casas, incapaces de mantener la experiencia por sí mismos.



con profesionales de otros servicios. En la primera reunión les han entregado el voluminoso documento del “Diagnóstico de Salud”, en el que la enfermedad cardiovascular, con sus determinantes de hábitos poco saludables, aparece como el problema número uno. La propuesta del centro de salud es que la comunidad participe en la puesta en marcha de un programa de hábitos saludables.

Además se propone la constitución de un consejo de salud como instrumento de participación de los ciudadanos.

Hay una evidente preocupación de algunos sanitarios por la promoción de la salud y la intervención comunitaria. Hay una llamada a la participación de la comunidad, pero sobre aquellos problemas que el centro de salud ha definido. El consejo de salud se mantendrá en función del voluntarismo de los sanitarios que lo están “manteniendo” con una participación formal de algunos dirigentes del tejido asociativo.

En este nivel, la participación, la capacidad de influencia, el empoderamiento de la comunidad es poco, y el peligro

de voluntarismo y “queme” de los profesionales es muy grande. Se trata de una intervención comunitaria, pero centrada en el centro de salud y en los sanitarios.

CUARTO NIVEL.—El tejido asociativo y los ciudadanos han constituido un órgano comunitario representativo y capaz de protagonizar un proceso de participación de tipo global. Un grupo de ciudadanos interesados en la salud, con la colaboración de profesionales del centro de salud, están constituyendo una especie de consejo de salud.

El centro de salud, junto con un instituto de enseñanza media, los servicios sociales municipales y la asociación de padres y madres de alumnos, han puesto en marcha un programa de promoción de la salud destinado a disminuir el consumo de tabaco en los escolares. El tema se ha convertido en un “centro de interés” del instituto y se ha constituido un grupo de salud con la participación de los alumnos.

Nos han solicitado nuestra colaboración en la realización del diagnóstico comu-



nitario en la parte sanitaria y participamos en un equipo técnico, junto a otros profesionales del barrio, para lograr un diagnóstico y prioridades compartidas. El centro de salud, junto a otros servicios y profesionales participa en el proceso como técnicos, asesores, dinamizadores facilitadores del mismo. El protagonismo ya no está en el centro de salud, el cual propone iniciativas o recibe propuestas de la comunidad para poner en marcha programas de salud, muchas veces de forma interdisciplinar con otros servicios de la comunidad.

En este nivel, los ciudadanos y el tejido asociativo tienen una real capacidad de influencia y decisión. Los sanitarios están al servicio de la comunidad como técnicos, como profesionales en materia de salud, y la promoción de la salud y la intervención comunitaria están centradas en la propia comunidad.

Es evidente que a esta situación se llega mediante un proceso que puede iniciarse desde el centro de salud o desde otro lado, y que consiste en el empoderamiento y traspaso de la iniciativa a la propia comunidad. Este nivel es el que garantiza una mayor y más real participación y el que precisa de menor voluntarismo de los sanitarios.

Con el establecimiento de estos niveles de relación del centro de salud con la comunidad intentamos reflejar la situación actual, a riesgo de pecar de simplismo, pero con la intención de que sean de utilidad para reflexionar sobre lo que hacemos y lo que queremos hacer. No son niveles estancos y la situación es dinámica, pudiendo cambiar la situación a lo largo del tiempo.

... por ejemplo

En un barrio periférico de Madrid, a partir de un consejo de salud, una asociación de mujeres ha puesto en marcha un programa de educación para la salud que incluye un grupo de autoayuda para diabéticos, un grupo de aeróbic y un taller de mujeres en situación de crisis.

Las mujeres son las protagonistas y han informado a los sanitarios del centro de salud solicitándoles su colaboración y poniendo estos nuevos recursos de la comunidad a su disposición. Los servicios sociales municipales y el ayuntamiento están también apoyando la iniciativa.

Un médico del equipo colabora con las mujeres en la edición de un folleto, y el taller de mujeres se nutre en gran medida de pacientes que son remitidas desde las consultas del centro de salud.

En un momento determinado, una grave crisis interna del equipo de salud paraliza la colaboración del centro de salud con la asociación de mujeres. Sin embargo, los servicios sociales municipales y el resto de integrantes del consejo de salud consiguen mantener la experiencia con algunos ajustes. Al cabo de dos años un nuevo profesional del equipo de salud retoma la colaboración y la participación del centro de salud en el consejo de salud se reanuda.

Primera fase: trabajo interno en el equipo de salud

En toda comunidad están latiendo una infinidad de relaciones, de grupos formales e informales, de problemas, de sentimientos, de carencias, de contradicciones, de líderes, de recursos, etc., mientras nosotros prestamos una asistencia dentro del centro de salud. Pero nosotros, de pronto, queremos abrir esa puerta que nos separa del mundo exterior, derribar los muros del centro de salud y respirar un poco del aire que se respira en la comunidad para la cual trabajamos.

Sin embargo, no debemos tener prisa. La comunidad está ahí desde siempre y no están esperando por nosotros. Los procesos comunitarios son lentos y no hay atajos. Los profesionales de atención primaria no estamos adiestrados en esta estrategia, nos sentimos medianamente seguros en nuestros despachos y no estamos inicialmente preparados para relacionarnos e intervenir en la comunidad. Por eso, cuando lo hacemos de una manera impulsiva y voluntarista, fracasamos y en ocasiones nos “quemamos”.

Antes de salir a la comunidad hay que realizar un trabajo previo, de reflexión y consenso interno, dentro del equipo de salud.

Trabajar con la comunidad, promover la participación de los ciudadanos, requiere de unos conocimientos, principios y metodología que apenas conocemos como sanitarios. Cuando una o varias personas del equipo de salud tienen la idea o el interés de poner en marcha un proceso de intervención comunitaria, lo primero que tienen que hacer es iniciar una reflexión, un debate con el resto de compañeros. Es una tarea en ocasiones difícil, pero necesaria. Se trata de implicar al mayor número de profesionales, y mantener informado a todo el mundo, incluyendo a los más escépticos.



TABLA 4
**Requerimientos para la intervención comunitaria
 desde los equipos de atención primaria**

Requerimientos externos	Requerimientos internos
Existencia de un territorio y población definidos (zona de salud).	Acuerdo consensuado de los profesionales del equipo de salud.
Existencia de un equipo de atención primaria.	Constitución de un pequeño grupo de trabajo.
Conocimiento y convivencia, no es necesario entusiasmo, de la administración sanitaria de la que dependa el centro de salud.	Implicación formal (no voluntarista) como parte del trabajo profesional.
Coordinación con los servicios sociales y educativos presentes en la zona de salud.	Información normalizada y sostenida de las actividades a todos los miembros del equipo de salud.
Conocimiento y convivencia (mejor colaboración franca) con el ayuntamiento al que pertenezca la zona de salud.	Incorporación de esta área de trabajo a la formación, docencia e investigación del centro de salud.

Constitución de un grupo de trabajo

Está claro que la respuesta de los compañeros será muy dispar. Unos lo tomarán con interés desde el primer momento, otros se mostrarán desconfiados, sobre todo en relación con el miedo a la

carga de trabajo que puede generar. Otros se mostrarán muy escépticos en relación con la utilidad y otros ni siquiera acudirán a la reunión o se opondrán abiertamente.

Esto es normal y no debe paralizar a los más dinámicos del equipo. Simplemente habrá que consensuar distintas formas de implicación en la iniciativa. Podemos aplicar lo que llamaremos **“la teoría de los tres círculos”** (figura 6).

Aceptar el hecho de que el nivel de implicación de los profesionales del centro de salud suele ser muy desigual facilita el consenso para la puesta en marcha de un proceso de intervención/participación comunitaria.

- Unos pocos, dos o tres personas, estarán entusiasmados con la idea y se-

rán el núcleo central, los que llevarán el peso inicial del proceso.

- Por fuera de éstos, habrá otros compañeros que estarán dispuestos a colaborar puntualmente, en ésta o aquella tarea.
- En el último círculo se situarán los que son completamente escépticos o no tienen el más mínimo interés. Es importante que estos últimos no se opongan a la iniciativa. Su compromiso es nulo y únicamente recibirán información de lo que se vaya haciendo.

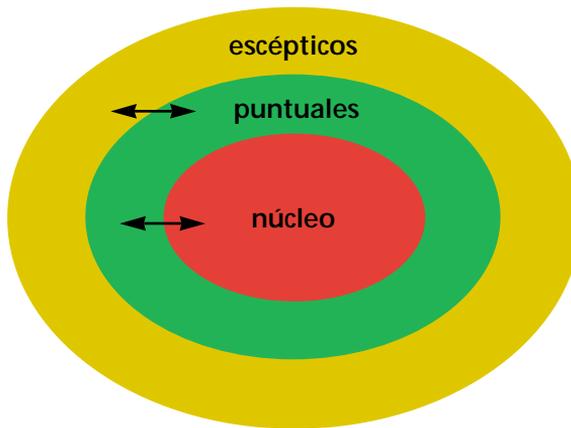


Figura 6.—Teoría de los tres círculos

Los profesionales que se encuentran en el núcleo central pueden constituir el “grupo de trabajo inicial”. Los compartimentos que hemos descrito no son “estancos” de forma que una persona puede pasar de una situación a otra a lo largo del proceso, dependiendo de la

situación y de sus intereses. Aceptar como normal la existencia de muy diferentes grados de compromiso entre los profesionales con el trabajo comunitario facilitara sin duda la aceptación del inicio de las actividades comunitarias por parte del conjunto del equipo

El papel de la dirección o coordinación del centro de salud es importante, aunque no tiene porqué pertenecer al núcleo de la iniciativa. Si va a tener que jugar un papel más institucional,

siendo su presencia importante en los momentos más políticos y formales, tales como el contacto con las instituciones y otros servicios, los actos públicos, etc.

El necesario consenso interno

Es necesario llegar a un consenso en el equipo que implique a la mayor cantidad de profesionales posible, cada uno con su nivel de compromiso y entusiasmo, y que comprenda la no oposición a este proceso por parte de ningún profesional.

Los objetivos al inicio han de ser modestos, que no sobrecarguen y conviertan en voluntarista la iniciativa. En la tabla 5 se propone un ejemplo de “acuerdo-tipo” al que puede llegar en esta primera fase el equipo de salud.

TABLA 3

Algunos ejemplos de recursos comunitarios

El centro de salud, con el objeto de promover la salud de la población, se compromete a *dinamizar* un proceso de participación comunitaria:

1. Iniciando un nuevo tipo de relación con la comunidad y con el resto de los servicios presentes en el territorio.
2. Contribuyendo a la elaboración de un diagnóstico compartido con los servicios y el tejido asociativo.
3. Colaborando a enfrentar los problemas de la comunidad en todo lo relacionado con la salud, la calidad de vida y el bienestar social.
4. Potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas y necesidades.

El centro de salud tiene que dejar muy claro que este papel dinamizador inicial es transitorio. Posteriormente debe ser la propia comunidad la que tome el protagonismo, mientras que el centro

de salud se mantiene como un colaborador más, junto al resto de los elementos que intervienen en el territorio (instituciones, servicios y tejido asociativo).

Tareas en esta fase

Existen diversas tareas que el equipo de salud debe realizar antes de salir a la comunidad con una propuesta. Algunas de estas tareas no son puntuales, sino que deben mantenerse actualizadas a lo largo de todo el proceso. Podríamos resumirlas de la siguiente forma:

Información

Es conveniente mantener informados desde el principio a:

- La institución de la cual depende el centro de salud (área, distrito...) tratando de que apoyen la iniciativa o, en cualquier caso, que no se opongan a ella.
- La institución local por excelencia, el ayuntamiento, pues en el futuro va a tener que jugar un importante papel, como órgano democráticamente elegido por los ciudadanos y con importantes responsabilidades en el desarrollo local y la participación ciudadana. Además, puede constituir una futura fuente de recursos.
- A los servicios sociales presentes en el territorio, ya que en ellos es fácil encontrarse con profesionales que saben de lo que estamos hablando y pueden constituir una importante

fuerza de información sobre el territorio y, si se lo planteamos bien, sin protagonismos, sumarse a la iniciativa.

El ayuntamiento y los servicios sociales pueden constituirse como los mejores aliados en el inicio y mantenimiento de un proceso comunitario.

Hacer una **primera aproximación al conocimiento de la comunidad.**

Se trata de identificar las fuentes de información existentes y "recopilar" la información disponible sobre estado de salud y sus determinantes: datos de morbilidad, censo o padrón, inventario de recursos, registros del centro de salud, etc.

No se trata de hacer, en esta fase, un estudio exhaustivo, sino de realizar un primer documento con los datos más relevantes para caracterizar a la comunidad incluyendo datos cualitativos y cuantitativos: descripción del territorio, datos demográficos, socioeconómicos y culturales, principales problemas que se detectan desde el centro de salud, etc. De esta forma, los datos cuantitativos recogidos inicialmente pueden ampliarse y contrastarse con esta información de tipo cualitativo.



Más adelante, será la propia comunidad, incluyendo al centro de salud y al resto de los servicios del territorio, la que realizará el diagnóstico comunitario. El diagnóstico comunitario será un instrumento fundamental en todo proceso de participación comunitaria, ya que permite tener una visión global y compartida con el resto de los recursos de la comunidad. Debe incluir una parte relacionada con la salud.

La aproximación al conocimiento de la comunidad es una etapa imprescindible como primer paso para la intervención comunitaria.

En esta etapa pueden ser de utilidad los *métodos de valoración rápida (rapid appraisals)* promovidos por la OMS o la

“Guía de recogida de datos para el examen preliminar de la comunidad”, publicada por la semFYC, que propone una metodología muy similar. En el Anexo 2 se adjunta una breve descripción de estos métodos de valoración rápida.

Este documento de primera aproximación al conocimiento de la comunidad tiene como objetivos los siguientes:

1. Socializarlo con la comunidad, por lo que deberá ser un documento sencillo y conciso, fácil de entender por todo el mundo. Constituye una credencial de la disposición del centro de salud a “abrirse”, a relacionarse, a trabajar con la comunidad.

2. Disponer de un punto de partida, un diagnóstico “rápido”, “micro diagnóstico” o diagnóstico de aproximación que no debería sobrepasar las 1015 páginas, renunciando a las exposiciones formales de múltiples datos cuantitativos que van a servir de muy poco en esta fase del proceso.

Es muy probable que este documento refleje una visión muy “médica” de los problemas, pero eso es normal. Es más adelante, cuando se incorpora la información proveniente de la comunidad y de otros sectores sociales, que adopta una visión más global de las necesidades de la población.

Para su elaboración, el centro de salud tendrá que dedicar un esfuerzo, utilizando los recursos de que disponga: trabajadora social, residentes de familia, técnicos de salud del área sanitaria, incluso algún profesional de otros servicios, y requerirá un tiempo de unos meses. Si disponemos de la colaboración de los servicios sociales municipales, esta primera aproximación al conocimiento de la comunidad será mucho más fácil y certera.

En definitiva, tenemos que pensar en un documento que:

- Recoja los datos estructurales básicos más importantes del territorio.
- Recoja los problemas más evidentes de la comunidad desde la óptica de la salud.
- Contribuya a la relación con el tejido asociativo, otros servicios y la administración.
- Recoja un inventario de los recursos del territorio.

Finalmente, deberá presentarse bien, cuidando los detalles, haciendo atractiva su lectura para la población no sanitaria.

 Elaborar un **fichero de los recursos** con los que cuenta la comunidad (servicios, tejido asociativo, etc.). Aunque el inventario de recursos forma parte también del apartado anterior, es conveniente crear un registro específico de recursos que incluya los posibles “testigos privilegiados” (directores de colegios, farmacéuticos...) y “líderes comunitarios” (formales e informales), pues a ellos nos vamos a dirigir cuando hagamos la salida a la comunidad. Muchas de estas personas “clave” las conocemos de las consultas asistenciales, solo hay que estar atentos para identificarlas.

 **Formación** de los miembros interesados del equipo en metodologías de intervención y participación comunitaria, para lo que es aconsejable:

- Recoger bibliografía.
- Conocer otras experiencias.
- Acudir a cursos, talleres, encuentros, etc., y no sólo del ámbito sanitario.
- Buscar asesoramiento, fundamentalmente con profesionales del ámbito del trabajo social.

En definitiva, aprovechar cualquier oportunidad que tengamos en este sentido.

 **Documentación** de todo el proceso. Llevar un registro de las actas de reuniones, conclusiones y narrativos del proceso a medida que este va desarrollándose es una tarea imprescindible para un buen seguimiento y que facilita además el conocimiento del proceso para aquellas nuevas incorporaciones que se vayan produciendo.

Segunda fase: la salida a la comunidad

La primera reunión formal con la comunidad debe ser muy bien preparada, por lo que habrá que tener en cuenta:

1. Hacer una convocatoria formal a todo el mundo, sin exclusiones (asociaciones, servicios, líderes comunitarios, etc.). Que nadie se sienta excluido ni pueda reprocharnos que no se cuenta con ellos.

Si es posible sería bueno que la convocatoria fuera conjunta con los servicios sociales.

El lugar, la hora, la forma de convocar, y el desarrollo de la reunión, tienen que ser muy preparados para garantizar una asistencia importante y exitosa (ver Anexo 3). Es aconsejable hacer esta primera en el centro de salud, dado que somos nosotros los que tomamos la iniciativa de la convocatoria, pero en las siguientes es recomendable realizarlas en locales comunitarios e incluso ir rotando, con el objeto de dar protagonismo a distintos recursos y asociaciones y contribuir a la creación de un sentido de pertenencia al proceso que está naciendo.

2. En esa primera reunión se debe socializar el documento acerca de la aproximación al conocimiento de

la comunidad que hemos realizado en la fase anterior, y pedir la opinión de todos.

En un proceso de intervención/participación comunitaria es fundamental la coordinación de los servicios presentes en el territorio.

3. Nuestra propuesta consiste en el inicio de un proceso de intervención y participación de la comunidad para enfrentar los problemas y contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población del territorio, contando con todos los servicios y los recursos existentes y la colaboración de las instituciones y la administración. El objetivo común es la mejora de la calidad de vida, y no sólo el tema de la salud.
4. También se debe aclarar nuestro papel en la propuesta que les hacemos. Siempre plantear que el protagonista pertenece a la comunidad y que nosotros, como profesionales, jugaremos un papel técnico con propuestas que tengan relación con la promoción de la salud, como asesores en problemas que nos planteen, etc. Que la participación de todo el mundo es la clave para el desarrollo del proceso.

La cesión del protagonismo a la comunidad nos libera a los sanitarios de tareas que no nos son propias y que nos conducirían al voluntarismo y al “queme”.

En las siguientes convocatorias iniciamos el traspaso progresivo del protagonismo planteando la constitución de un órgano impulsor o **comisión promotora** de la iniciativa, a la que más adelante se le puede dar un soporte jurídico, si se considera necesario.

En esta comisión promotora o como le queramos llamar, deberán participar los sectores más dinámicos del tejido asociativo y de los profesionales de los servicios. También personas a título individual interesadas en su comunidad y en el proceso que se quiere iniciar. No es un órgano con representatividad formal de la comunidad, pero sí un grupo

comunitario activo y dinámico capaz de tomar la iniciativa.

Nuestro papel como profesionales del centro de salud en esta fase consiste en participar en esta comisión promotora, dando ideas y sobre todo escuchando a los demás.

En esta fase van a surgir necesidades y problemas en relación con la falta de recursos humanos y la financiación de cualquier actividad. Esto es normal y requiere de un cierto grado de imaginación y voluntarismo. A lo largo del propio proceso de participación comunitaria van a ir apareciendo recursos existentes con los que no se contaba y otros de nueva creación. La colaboración institucional puede ser decisiva en este momento. En cualquier caso, llegado este punto, la responsabilidad y el protagonismo ya no recaen en exclu-



siva en el centro de salud, sino que son compartidos en la comisión promotora.

También podemos tener dificultades que tienen que ver con la situación de descoordinación e individualismo del tejido asociativo, con reticencias a incorporarse a una nueva iniciativa de tipo global, que a muchos les cuesta entender, y que obligara en ocasiones a superar viejos pleitos y rencillas, cediendo en unos casos un protagonismo excesivo, buscando puntos de encuentro, descubriendo necesidades y demandas comunes, y en resumen superando la fragmentación actual de la sociedad. Es necesario vencer ciertos miedos en algunos dirigentes de las asociaciones y que comprendan que este proceso que se inicia contribuirá al fortalecimiento de todo el tejido asociativo en su conjunto y le será útil para los fines propios de cada asociación.

Los profesionales de los servicios, fundamentalmente los sanitarios, educativos y sociales, también tienen dificultades para sumarse a un proceso que les obliga a compartir, a participar con la comunidad, a tener una visión más glo-

bal de los problemas y a trabajar desde una óptica preventiva y de promoción.

Desde el equipo de atención primaria podemos plantear una coordinación técnica e institucional con el resto de los servicios presentes en el territorio con el fin de enfrentar conjuntamente problemas comunes tanto desde la perspectiva asistencial como preventiva. (fracaso escolar, toxicomanías, educación para la salud, etc.)

Al término de esta fase de salida a la comunidad y traspaso de la iniciativa, una nueva estructura organizativa estará funcionando en la comunidad, la comisión promotora, con nuestro apoyo como centro de salud y con el apoyo del resto de los protagonistas del proceso comunitario.

A partir de este momento, esta comisión promotora tendrá que avanzar en el conocimiento de la comunidad, establecer prioridades, planificar programas y actividades, etc. siempre en un contexto de incorporación progresiva de personas y grupos al proceso de participación iniciado.

Tercera fase: las primeras intervenciones

Las primeras intervenciones ya se deciden en este órgano o comisión promotora, en la que nosotros aún estamos, y en la que podemos plantear alguna actividad concreta en materia de salud. Estas primeras intervenciones son muy importantes porque la comunidad nos sigue viendo con cierta desconfianza, está a la expectativa y el grupo promotor es aún muy débil.

Las primeras intervenciones en la comunidad deben asegurar su éxito, siendo de fácil realización, respondiendo a intereses sentidos por la población y asegurando la máxima participación.

Un fracaso en esta fase puede dar al traste con el proceso, cosa que no ocurrirá cuando el proceso esté más avanzado, en el que un fracaso se asume mejor y sirve para avanzar. Hay que garantizar un buen resultado, para lo que es aconsejable que estas primeras intervenciones:

- Tengan que ver con un problema sentido por la comunidad.
- Sean sencillas y garanticen un buen resultado.
- Impliquen a la mayor cantidad de personas posible.

Es decir, no podemos plantear rígidamente un problema que nosotros hemos valorado como muy importante en nuestro diagnóstico de salud, pero que de momento no es sentido como tal por los ciudadanos (sobrecarga asistencial, riesgo cardiovascular, etc.) y mucho menos llegar con todo un programa cerrado.

Quizá unos “Encuentros” o “Fiesta por la salud”, una gestión conjunta ante las instituciones por algo “consegurable”..., es decir, algo que sirva para que se vea la eficacia de la participación y la conjunción de esfuerzos.

Las primeras salidas a la comunidad deben ser bien preparadas, pues de ello va a depender en gran medida el éxito y la sostenibilidad del proceso de participación.

También sería aconsejable que el grupo promotor se presentase a la comunidad y presentase la iniciativa que se va a poner en marcha, por medio de un acto público y/o de un folleto de presentación, y haciendo una invitación a todo el mundo a participar, a sumarse al proceso, siempre con el objetivo puesto en la mejora de la calidad de vida de la población.

En la medida en que se va traspasando el protagonismo a la comunidad, nosotros volveremos a jugar el papel que nos corresponde, como profesionales al servicio de la comunidad, con una relación de colaboración y coordinación con el resto de los elementos de la comunidad. Nuestro papel de dinamizadores iniciales ha terminado.

En esta fase ya se pueden abordar problemas más complejos y de mayor alcance: Por otra parte, es muy probable que ya existan recursos nuevos, institucionales, financieros, humanos, etc. También es muy probable que durante el proceso se haya construido algún órgano estable, representativo de lo más dinámico de la comunidad y con capacidad jurídica para liderar el proceso.

Si hemos llegado hasta aquí después de haber iniciado, promovido, dinamizado este proceso comunitario de tipo global, vamos a disponer como equipo de atención primaria de una nueva y más fructífera relación con la comunidad, **una relación normal con una comunidad organizada**, con la que podremos trabajar para contribuir a la mejora de la salud de la población, y ello sin convertirnos en el "*voluntariado sanitario*" que a tantos profesionales bien intencionados ha defraudado.



Dificultades y elementos favorecedores para el proceso de participación comunitaria

Obstáculos del medio externo

- Intereses contrapuestos o falta de interés de la institución sanitaria responsable.
 - Competencia entre distintas instituciones que puede llevar a una duplicidad de recursos o servicios, a la dificultad para consensuar una oferta única y a una falta de coordinación.
 - Ausencia del modelo de atención primaria de salud.
 - Ausencia de una zona básica de salud bien delimitada, es decir, de un territorio definido.
- El hecho de que los profesionales menos motivados del equipo constituyan un freno.
 - Miedos y resistencias significativas relacionadas con los siguientes aspectos:
 - Revisión del rol profesional.
 - Pérdida de poder y protagonismo.
 - Cuestionamiento de la capacidad profesional, en relación con al abordaje de un campo nuevo de trabajo, que suele generar cierto grado de inseguridad.
 - Falta de recursos metodológicos para abordar el trabajo con la comunidad.
 - La posible invasión por parte de la comunidad con multitud de demandas.

Obstáculos del medio interno (equipo de salud)

- Grandes diferencias entre los profesionales del equipo en cuanto a formación, ideología, intereses y motivaciones.
- Competencia entre los diferentes profesionales, entre estamentos y dentro de los mismos.
- Los modelos de organización de los centros de salud y la “gestión de los tiempos”.
- Desconocimiento de la comunidad y sus recursos.
- Desconocimiento de las necesidades de la comunidad (escasas vías de

contacto) y no articulación de mecanismos de escucha de las mismas.

- Excesivo protagonismo de los profesionales en los encuentros y actividades desarrolladas con la comunidad, dejando a la misma en un lugar pasivo.
- Desconocimiento de otras experiencias de participación comunitaria (partir de cero).
- Falta de espacios de encuentro y vías de coordinación que favorez-

can la puesta en común de dichas experiencias y el contacto entre los profesionales que las llevan a cabo.

- Escasa difusión dentro del equipo de experiencias de trabajo con la comunidad.
- Disposición escasa y a veces no conocida de materiales didácticos de apoyo, así como el acceso a dichos materiales.
- Escasez de experiencias de investigación.

Elementos favorecedores del proceso de participación comunitaria

- Mantener al equipo de salud informado a lo largo de todo el proceso, tratando de buscar su implicación y compromiso, es clave para disminuir resistencias.
- Tener la mayor información posible sobre la institución sanitaria de la que depende el centro de salud (área, gerencia, distrito...) en lo que se refiere a recursos, líneas prioritarias, puntos sensibles de la misma...
- Crear espacios para mantener informada a la administración sanitaria a largo de todo el proceso de participación e implicarla en el mismo.
- Elaborar un fichero de recursos y líderes formales e informales de la comunidad.
- Conocer los servicios y profesionales de las distintas instituciones presentes en la zona básica de salud.
- Iniciar contactos con profesionales identificados como "claves" o "afi-

nes" y plantear vías de colaboración tales como: espacios de reflexión conjuntos, participación en programas, supervisiones, observaciones...

- Plantear programas de intervención conjuntos (intersectoriales) aprovechando los diferentes recursos.
- Crear espacios de reflexión sobre el trabajo con la comunidad que permitan el acercamiento de los profesionales con inquietudes y motivación en este campo y eviten la dispersión de profesionales y experiencias.
- Formación y/o asesoramiento en los enfoques y planteamientos metodológicos más adecuados para favorecer procesos de participación comunitaria.
- Considerar que somos un recurso más de la comunidad y favorecer su implicación real evitando posiciones de protagonismo en nuestro acercamiento a la misma.

Métodos de valoración rápida (*rapid appraisal*)

Los métodos de valoración rápida (*rapid appraisal*) promovidos por la Organización Mundial de la Salud constituyen una forma ágil y participativa de conocer los principales problemas y necesidades de salud bajo la perspectiva de la comunidad. En la tabla 1 se describen sus características principales.

Estos procedimientos consisten básicamente en completar la información de tipo cuantitativo, recogida de las fuentes de información “oficiales”, con información de tipo cualitativo proveniente de la comunidad a través de entrevistas a informadores clave, grupos focales y observación directa.

De una forma resumida la metodología consiste en:

1. Definir los objetivos que se pretenden.
2. Definir la información necesaria (ver figura 1).

TABLA 1

Características de los procedimientos de valoración rápida (rapid appraisal)

- Basados en información relevante de los diferentes componentes de la salud en una comunidad (ver pirámide de información).
- Uso de información preexistente procedente de registros rutinarios, informes o estudios específicos.
- Uso de entrevistas individuales a informadores clave de la comunidad.
- Uso de entrevistas o discusiones grupales (tipo grupos focales).
- Observación directa: recorrido y conversaciones en la comunidad.
- Complementariedad de la información cuantitativa con la cualitativa para identificar los problemas y necesidades de salud.
- Aproximación holística (multisectorial) de los problemas y necesidades.
- Favorece el contacto y la participación comunitaria.

3. Decidir como obtener la información: documentos, informadores clave, grupos focales, observación...
4. Recoger la información.
5. Analizar la información.
6. Revisar los resultados con los informadores clave.

El rigor científico y la validez del análisis realizado se basa en la triangulación, es decir, en la contrastación de los datos provenientes de distintas fuentes de información.



Figura 1.—Pirámide de información para analizar los componentes de la salud de una comunidad

Gestión de reuniones

Las reuniones constituyen una tarea profesional presente en la mayoría de puestos de trabajo. A lo largo de todas las fases del proceso estarán presentes diversos tipos de reuniones: para informar, para recoger información, para intercambiar puntos de vista, para llegar a un acuerdo, para generar ideas, para tomar decisiones...

Pero consideramos que es especialmente importante familiarizarse y profundizar en técnicas de gestión de reuniones de cara a la fase de "salida a la comunidad", lo cual facilitará enormemente la tarea de conseguir resultados satisfactorios de las mismas.

A continuación se ofrecen algunos de los elementos a tener en cuenta en la gestión de reuniones.

Preparación de la reunión

Para que una reunión sea útil tiene que estar bien preparada; para ello hay que tener en cuenta tanto los aspectos materiales y formales como los funcionales:

1. En primer lugar, hay que fijar el **tema de la reunión**: de qué se va a hablar y con quién.
2. **Definición de los objetivos** (qué se quiere conseguir con la reunión), clasificándolos por orden de prioridad (si son muchos se hacen varias reuniones).
3. **Planificar el desarrollo de la reunión**: elaboración de un orden del día en el que se incluyen los temas a tratar y los tiempos asignados a los mismos. Este plan debe ser abierto y flexible, teniendo en cuenta que nunca se debe sobrepasar el tiempo total previsto para la reunión.
4. **Convocatoria de la reunión**: se debe establecer un primer contacto personal, preferiblemente por teléfono, con todos los asis-

tentes con el fin de motivarlos e indagar sobre los horarios y fechas más adecuadas. Una vez fijada la fecha y hora más conveniente, se hará una *convocatoria escrita* en la que se incluirán: los propósitos de la reunión, el orden del día, los asistentes, su carácter de conductor, lugar, fecha, horario y duración, los intervalos previstos (tentativos) y el detalle de documentación informativa previa que se adjunta.

5. **Organización de la reunión:** aspectos tales como la sala, la mesa, el material necesario (botella de agua, papelería, bolígrafos). Conviene hacer un recordatorio de la

convocatoria y asegurarse de la asistencia de los participantes.

- Tema aparte por lo fundamental es el del *lugar de reunión*: un espacio confiable, cómodo y luminoso, con el mayor nivel de privacidad posible. Dado que las personas que asistirán a la reunión procederán de distintos lugares físicos, evaluar el lugar más adecuado (céntrico, de fácil acceso...) y "aceptado/legitimado" por los asistentes.
- *Medios técnicos.* Si se va a utilizar proyector de transparencias, grabadora, ordenador, etc., verificar su estado y su posibilidad de utilización.

Desarrollo de la reunión

Es conveniente estar presente al menos con media hora de antelación en el lugar de la reunión con el doble fin de verificar si la sala está perfectamente acondicionada y de recibir personalmente a todos los asistentes. Una vez tomado asiento, el animador/a dará inicio a la reunión siguiendo los siguientes pasos:

1. Presentación de la persona que conducirá la reunión: animador/a.
2. Bienvenida y agradecimiento a los asistentes.
3. Presentación de los asistentes.
4. Presentación del tema y de los objetivos de la reunión.
5. Revisión del orden del día y asignación de tiempos para cada punto.

nación de tiempos para cada punto.

6. Elegir, si no se había hecho previamente, a una persona que tomará notas para elaborar un acta de la reunión (el acta con los acuerdos alcanzados se enviará a todos los asistentes con posterioridad).

El animador/a es la persona que conduce la reunión.

El papel de la persona que conduce la reunión es fundamental (figura 1). Cabe señalar aquí que si no se tiene experiencia en ello, es conveniente asistir como observador/a al menos a una reunión conducida por otra persona que sí tenga experiencia y de la cual nos conste su profesionalidad.

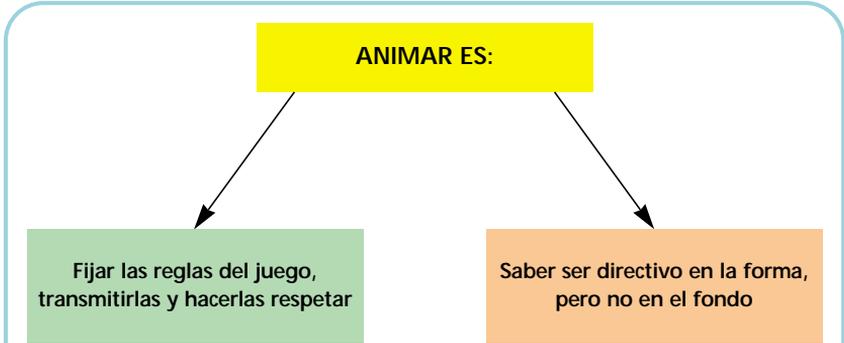


Figura 1.—Qué es animar

Función de clarificación	Clarificar los objetivos Facilitar la comprensión Estructurar la reunión
Función de control	Aportar método Fijar procedimientos Controlar la palabra Estimular la participación Administrar los tiempos
Función de mantenimiento	Crear clima de confianza Gestionar los conflictos Facilitar la comunicación Aceptar los ritmos del grupo Modular el desarrollo de la reunión
Función de dinamización	Generar en el grupo deseo de conseguir algo

Tabla 1.—Funciones del animador

- ¿Realicé todos los preparativos?
- ¿Empecé a la hora prevista?
- ¿Planteé mis intervenciones correctamente, provocaron lo que perseguían?
- ¿Intervinieron todos los asistentes?
- ¿La discusión fue espontánea?
- ¿Se discutió sobre el tema?
- ¿Dominé mis opiniones personales?
- ¿Evité favorecer a individuos o grupos?
- ¿Conseguí actitudes positivas en los participantes?
- ¿Devolví las preguntas al grupo?
- ¿Evité hacer el papel de experto?
- ¿Reconstruí aportaciones mal apreciadas?
- ¿Mantuve el control sobre el proceso?
- ¿Se mantuvo el interés por la reunión?
- ¿Fui resumiendo con frecuencia?
- ¿Utilicé adecuadamente los medios?
- ¿Se asignaron responsabilidades?
- ¿Terminamos a la hora prevista?

Tabla 2.—Algunas preguntas que debemos hacernos tras la reunión

Comunidad

Hay muchas definiciones de comunidad. En su definición clásica “una comunidad” es un conjunto de personas que viven en un territorio y comparten, en distinto grado, aspiraciones e intereses “comunes”. Sin embargo, la estructura social actual es muy diversa y compleja, como un “puzzle social” con intereses y demandas comunes, e intereses y demandas enfrentadas, por lo que es difícil encontrar “comunidades” en las que encaje esta definición.

Desde un punto de vista operativo y no académico, es decir, desde la perspectiva de la intervención comunitaria en salud, una comunidad es *“un territorio en el cual vive una determinada población, que tiene determinadas demandas y necesidades y que cuenta con determinados recursos”*.

Un equipo de salud que desee impulsar un proceso de participación comunitaria debe tener en cuenta los elementos estructurales que determinan y condicionan la vida de las personas y la propia acción comunitaria, es decir: el territorio, la población que lo habita, los recursos de que dispone y, por último, las necesidades y demandas de esa comunidad.

En el caso de núcleos de población o municipios pequeños, en los que coincide la administración local con una

población de 25.000 personas aproximadamente, la comunidad queda muy definida por el elemento territorial, pero en el caso de grandes ciudades o municipios con un incremento espectacular de su población, el ámbito territorial de intervención podría ser un barrio o un distrito. Igualmente, una mancomunidad de pequeños municipios puede conformar el ámbito territorial.

En España, los equipos de atención primaria son responsables de la salud de una población delimitada geográficamente que en muchas ocasiones no se corresponde con las “comunidades reales”. En este punto hemos de ser especialmente respetuosos y tener el criterio y sentir de la población especialmente en cuenta.

El territorio se “divide” según la administración de que se trate. Así, nunca coinciden las divisiones censales con las educativas, sanitarias, etc. Parece que estuviera pensado para dificultar la coordinación y la intervención comunitaria. Por ejemplo, si resulta que los ciudadanos definen como su comunidad un territorio en el que hay dos equipos de atención primaria, serán éstos los que tendrán que asumir este concepto trabajando conjuntamente y no al contrario, como si hubiera dos comunidades.

Actividades comunitarias

Son aquellas actividades realizadas en un territorio, que están dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social de la población, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.

Es conveniente aclarar que el término “actividades comunitarias” remite a dos acepciones diferentes, incluso contrapuestas, de comunidad. Esta puede ser considerada exclusivamente como destinataria de prestaciones, proyectos

y programas o bien como protagonista del proceso. Las diferencias entre ser destinataria o protagonista comportan a su vez importantes diferencias en los objetivos de la intervención y en el enfoque metodológico que se utiliza.

Es frecuente, por otra parte, identificar la intervención comunitaria con acciones destinadas a grupos o colectivos excluidos socialmente. Sin embargo, la intervención comunitaria hay que entenderla como una intervención que va dirigida al conjunto de la población de un territorio, sin más adjetivos diferenciadores.

Participación comunitaria

Según la definición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la participación comunitaria es el *“proceso de intervención de la población en la toma de decisiones para satisfacer sus necesidades de salud, el control de los procesos y la asunción de sus responsabilidades y obligaciones derivadas de esta facultad de decisión”*. Se afirma que la participación comunitaria es esencial para la construcción de una ciudadanía capaz de identificar sus problemas y necesidades, establecer prioridades, elaborar propuestas y contribuir a la toma de decisiones.

Habitualmente solemos quejarnos de que la gente no participa y de que la intervención comunitaria requiere de un voluntarismo militante. Cuando esto sucede es porque nuestro planteamiento no ha sido el más adecuado, porque no nos hemos planteado un proceso real de cesión de poder, de **empoderamiento** de la comunidad, y así sólo conseguimos que la comunidad “consuma” nuestros productos (va a la consulta, lee el folleto, acude al concierto, a la charla de educación sanitaria, etc.).

Promoción de salud

En la Carta de Ottawa (1986), la promoción de la salud se define como el *“proceso que proporciona a los individuos (comunidades) los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo mejorar su nivel de salud”*.

Se considera que la promoción de salud debe cubrir cinco áreas estratégicas, complementarias entre sí (*Declaración de Jakarta, 1996*):

1. Promover la responsabilidad social sobre la salud.
2. Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud.
3. Consolidar las alianzas intersectoriales para la salud.
4. Incrementar la capacidad y empoderamiento de la comunidad y de los individuos.
5. Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud,

Educación para la salud

Según la OPS/OMS, la educación para la salud puede definirse desde dos vertientes. Por una parte, la educación para la salud considerada como fin consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de la salud (individual, familiar y de la comunidad).

Por otro lado, la educación para la salud considerada como medio contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud.

1. semFYC: Perfil del médico de familia. Documentos técnicos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
2. WONCAOMS: Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. La contribución del médico de familia. En *Rev. Comunidad*, publicación periódica del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria, nº 1, semFYC, 1998.
3. World Health Organisation. The Ottawa Charter: principles for health promotion. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1986.
4. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de Salud en el siglo XXI. En *Rev. Comunidad*, publicación periódica del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria, nº 0, semFYC, 1997.
5. Participación de la comunidad en el desarrollo de su salud: un desafío para los servicios de salud. OMS, serie Informes Técnicos, 809, Ginebra, 1991.
6. Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria. Marco Marchioni. Editorial Popular, 1999.
7. Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina. OPS/OMS, 1999.
8. "SALUD 21. Una introducción al marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS". Series, nº 5, Ed. Ministerio de Sanidad, Madrid, 1998.
9. Annet, H., and Rifkin, S.: *Guidelines for rapid participatory appraisals to assess community health needs*, World Health Organisation (WHO/SHS/DHS/95.8). Geneva 1995.
10. Kark, S. L., Kark E., Abramson, J. H., and Gofin, J. (eds.): *Atención Primaria Orientada a la Comunidad*, Ediciones Doyma, SA, Barcelona, 1994.
11. Grupo APOC de la SCMFiC: "Aproximación al conocimiento de la Comunidad en Atención Primaria". Guía de recogida de datos para el examen preliminar de la situación de salud de una comunidad. Edide, Barcelona, 1996.

PACAP

I RECOMENDACIONES

¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?

De la reflexión a las
primeras intervenciones

PACAP

PROGRAMA DE ACTIVIDADES
COMUNITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA
Secretaría PACAP

Arriola, 4, bajo D - 18001 Granada - tel. y fax: 958 208 923
e-mail: pacap@semfyc.es - www.semfycpacap.es



Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO
Dirección General de Salud Pública
Alimentación y Consumo



semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria